A CLÍNICA DO SUJEITO: POR UMA CLÍNICA REFORMULADA E AMPLIADA.

Gastão Wagner de Sousa Campos - 1996/1997

Este trabalho está dedicado à Franco Basaglia.

1- A CLÍNICA EM GRAMSCI, SARTRE E BASAGLIA:

Um trabalho sobre a Clínica que começasse discutindo com Gramsci, em seguida citasse Sartre e, depois, rendesse homenagem à Basaglia. Um dos primeiros médicos modernos a sugerir que as práticas em saúde deveriam se orientar por uma fenomenologia materialista. Sim, Franco Basaglia sentiu-se obrigado a responder de maneira concreta à materialidade horripilante produzida pela psiquiatria aplicada em pacientes reclusos nos manicômios, e este seu compromisso com a prática e com as pessoas pelas quais ele se responsabilizara o impediram de operar apenas com conceitos críticos. Por isto ele necessitou inventar alguma coisa que operasse no lugar do saber negado. Paulo Amarante analisou este movimento de negação e de reinvenção das políticas e das práticas em saúde mental em seu livro *O Homem e a Serpente* (Amarante, P., 1996).

Em certo sentido, um pioneiro neste esforço de compatibilizar determinação estrutural com processos mutantes operados por Sujeitos concretos foi o filósofo e militante esquerdista Antônio Gramsci. Alguém com quem a medicina nunca dialogou e a quem, a Saúde Coletiva, bastante influenciada pelas várias nuances do chamado materialismo estruturalista, sempre desdenhou. Pena, porque com isto perdeu-se uma oportunidade de recolocar em cena alguém que, sem aderir ao idealismo, havia reconhecido o potencial criativo das massas, dos agrupamentos e dos indivíduos. A possibilidade de inventar o novo, apesar das determinações ou dos condicionamentos estruturais, quer fossem eles biológicos, biográficos, econômicos, políticos ou históricos. Isto lhe valeu a acusação de voluntarismo, de subjetivismo e de hipervalorizar o papel instituinte dos sujeitos fazendo história. E para ele se fazia história de múltiplas e variadas maneiras. Ele foi um dos primeiros a falar em processos de mudança molecular: a educação, a

cultura, o trabalho, a política, a igreja, os meios de comunicação, em todos estes espaços se construiria o novo ou se reforçaria a velha dominação. A revolução não seria o único nem o principal meio para se constituir o novo em novas sociedades (Gramsci, A., 1978). Basaglia recuperou muito de Gramsci para pensar instituições e práticas sanitárias.

No entanto, Gramsci nunca chegou a elaborar uma Teoria sobre o Sujeito. Sua prioridade era pensar o novo intelectual orgânico, o Maquiavel moderno: o partido dos trabalhadores, que para ele seria o partido comunista. Forneceu muitas indicações valiosas sobre a complexidade das relações sociais, mas não trabalhou fundo a dialética alienação/libertação, ou seja, sobre as maneiras de se produzir Sujeitos com altos coeficientes de autonomia e de iniciativa em situações em que a maioria dos determinantes estariam voltados para a produção da submissão.

Neste ponto, Basaglia viu-se obrigado a apoiar-se em Sartre. Um francês originário do existencialismo radical, herdeiro de uma fenomenologia que praticamente liqüidava qualquer relação dialética entre Sujeito e Objeto, ao atribuir ao Sujeito quase que a responsabilidade total pela construção de Sentido ou de Significado para as coisas ou para os fenômenos. Tudo partiria do Sujeito, quase uma onipotência significadora de um Sujeito que nomeava o Mundo, sem que fosse por ele influenciado. Pois bem, este mesmo Jean Paul Sartre, mais tarde, tentaria modular esta perspectiva excessivamente subjetiva, combinando-a com o marxismo. Deste esforço resultou um esboço de Teoria sobre algumas possibilidades de desalienação dos Sujeitos. Sartre falava em *serialidade*, em Grupos que repetiam comportamentos condicionados por estruturas dominantes, mas apontava também para a possibilidade da construção de Grupos Sujeitos, agrupamentos aptos a lidar com estas determinações de forma mais livre, agrupamentos voltados para a construção da liberdade, do novo e de modos de convivência mais justos. Inegavelmente, há uma pitada de Freud em tudo isto, de qualquer forma, Sartre valorizava o Sujeito dentro de uma perspectiva ao mesmo tempo humanista e materialista (Sartre, J. P., 1963).

Mas e a Clínica com tudo isto? Basaglia aproveitou-se de todo este caldo para repensar políticas e práticas em saúde. Amarante sintetiza bem a contribuição de Basaglia com a seguinte frase:

"*Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exlusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente'* " (Amarante, 1996).

Bem, a perspectiva é bem fenomenológica: sai o objeto ontologizado da medicina - a doença - e entra em seu lugar o doente. Mas não um enfermo em geral, mas um Sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. Toda ênfase sobre uma existência concreta e sobre a possibilidade de se *inventar saúde* para estes enfermos. Mas inventar saúde, para Basaglia, implicaria mais do que uma intervenção técnica e estaria ligada à noção de *reprodução social do paciente*. Noção esta profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa e de protagonismo; ou seja, partia-se do reconhecimento do paciente como uma pessoa com direitos, mas, ao mesmo tempo, argumentava-se sobre a necessidade de preparar-se para fazer valer os próprios direitos, construindo um mundo melhor para o Sujeito e para os outros. Uma miscelânea de atividades políticas, gerenciais, de promoção e de assistência à saúde (Basaglia, F., et al., 1985).

A proposta aqui desenvolvida parte deste patamar e compartilha desta mesma convicção. A reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade. Daí o título, Clínica do Sujeito. Entretanto, mais do que louvá-lo é necessário dar mais alguns passos nesta picada aberta por Basaglia. Primeiro, porque, agora, estar-se-ia discutindo a clínica em geral e não apenas aquela praticada em manicômios; e, segundo, porque, com certeza, os movimentos que operaram sobre inspiração basagliana cuidaram muito mais do protagonismo político do que esclareceram sobre a nova instituição que estavam reinventando.

Centrar a ação clínica sobre o Sujeito, tudo bem, no entanto, este Sujeito seria um Sujeito concreto, não somente marcado por uma biografia singular, mas também o seu corpo e sua dinâmcia corporal estariam marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade, ou de sofrimento ou de deficiência relativa à maioria dos circundantes em um dado contexto social específico. Colocar a *doença entre parênteses* é um ótimo exercício para quebrar a onipotência dos médicos, mas nem sempre ajuda o enfermo. Evita que sofra iatrogenia, intervenções exageradas, mas não, necessariamente, melhora sua relação com o mundo. Como ressaltar o Sujeito trazendo junto sua integralidade humana; humanidade que, no caso, incluie também distúrbios, sofrimentos, dores, risco de morte, doença enfim?

Ou como produzir saúde para aqueles Sujeitos portadores de qualquer enfermidade sem considerar também o combate a esta enfermidade? Assim, partindo de Basaglia, creio, importante, buscar-se uma nova dialética entre Sujeito e doença. Nem a antidialética positivista da medicina que fica com a doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos Sujeitos

concretos, nem a revolta ao outro extremo: a doença entre parênteses, como se não existisse, quando, na verdade, ela está lá, no corpo, todo o tempo, fazendo barulho, desmanchando o *silêncio dos órgãos*. A doença está lá, dependendo dos médicos e da medicina, é verdade, mas também independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, com certeza, mas também independente da vontade dos Sujeitos. Está lá, simplesmente, enquanto processo humano de nascer, crescer, gastar a vida, minguar e morrer. E sabendo que as coisas nem sempre acontecem nesta ordem exata, cartesiana. Então, colocar a *doença entre parênteses*, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas, em seguida, agora, em homenagem a Basaglia, sem descartar o doente e o seu contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto. Senão qual especificidade teriam os serviços ou os profissionais de saúde?

2- A DOENÇA TOTAL OU A DOENÇA COMO PARTE DA VIDA HUMANA:

Clínica do Sujeito? Sim uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências. No entanto, a medicina não somente trabalha com uma ontologização das enfermidades - as doenças são o verdadeiro objeto de trabalho da clínica -, como acaba por tomar as pessoas por suas doenças. Seria como se a doença ocupasse toda personalidade, todo o corpo, todo o Ser do doente. Seu João da Silva desapareceria para dar lugar a um psicótico, ou a um hipertenso, ou a um canceroso, ou a um poliqueixoso, quando não se acerta imediatamente com algum diagnóstico. Fala-se até em uma arte psicopatológica para se referir a pinturas elaboradas por doentes mentais, como se a doença substituisse a mente, o cérebro, a vontade, todo o Ser do enfermo. Para a medicina a essência do Sujeito seria esvaziada pela doença, a qual ocuparia o seu lugar a posteriori.

Fazendo uma analogia com o conceito de Instituição Total de Goffman (Goffman;1996) poder-se-ia falar em Doença Total. Para a medicina haveria um apagamento de todas as outras dimensões existenciais ou sociais do enfermo, a doença o recobriria como uma segunda pele, uma nova identidade. As pessoas deixariam de ser velhas, jovens, pais ou mães, trabalhadores, aposentados ou desempregados, músicos ou professores, e todos seriam enfermos de alguma coisa, assim, pouco importaria lidar com a doença como um dos componentes destas existências concretas. Não são sequer levantadas questões sobre como combinar uma dada enfermidade e o Ser concreto

acometido, como combinar o enfrentamento de uma determinada doença com a luta contra o desemprego, o combate a uma certa enfermidade com o cumprimento de funções maternas, o cuidado e tratamento de um dado mal-estar com a conservação de algum conforto e de algum prazer.

Esta polêmica haveria que se estabelecer com a Clínica, sem o que nunca haveria Clínica reformada e muito menos ampliada. Uma enfermidade perturba, transforma e até mata Sujeitos, contudo, apenas raramente, liqüida com todas as demais dimensões da existência de cada um. Assim, hipertensões arteriais semelhantes segundo critérios clínicos tradicionais, teriam conseqüências e gravidades distintas conforme o Sujeito e o Contexto em questão. A clínica se empobrece toda vez que ignora estas inter-relações, perdendo capacidade de resolver problemas estritamente clínicos, inclusive.

Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica.

Entretanto, tratar-se-ia de uma ampliação, não de uma troca. O objeto a ser estudado e a partir do qual se desdobraria um Campo de Responsabilidades para a Clínica, seria um composto, uma mescla, resultante de uma síntese dialética entre o Sujeito e sua Doença. Considerar a doença é muito importante porque influie inclusive na definição sobre a que clínica se deveria recorrer. Em casos de enfermidades ou de deficiências crônicas, de longa duração e, em geral, incuráveis, pensar-se na Clínica do Sujeito. Em geral, estas pessoas estariam quase sempre muito dependentes de algum tipo de apoio técnico (medicação, hormônios, insulina, reabilitação física, etc), sujeitas a variação de humor em virtude de suas enfermidades que os inferiorizam em relação à média da espécie ou do contexto socio-cultural (terapia individual, trabalho em grupo), e ainda mais expostas às dificuldades do contexto e que se beneficiariam de programas sociais específicos(cooperativas de trabalho, apoio educacional, viagens, habitações coletivas, etc). Enfim, pessoas com qualquer destas características se beneficiariam de uma Clinica reformulada e amplida.

Nesta relação entre doença e Sujeito há, portanto, muitas posições possíveis. Desde aquelas em que a doença ocupa grandes espaços na existência do Sujeito, até outras em que a enfermidade é um risco na água, um evento transitório e fugaz. Por outro lado, doenças semelhantes do ponto de vista classificatório podem incidir de forma diferenciada conforme a história e os recursos subjetivos e materiais de cada Sujeito. Os serviços de saúde deveriam operar com plasticidade suficiente para dar conta desta variedade.

Sobra a questão: haveria mais de uma Clínica? O que seria a Clínica? Haveria uma Clínica somente Clínica, uma Clinica sem adjetivos que a qualificasse?

3- A CLÍNICA E SUAS VARIAÇÕES DE SEMBLANTE:

A medicina imagina a existência de uma clínica única, de uma clínica totalizante: a clínica científica e ética. No entanto, trata-se de uma pura declaração ideológica, talvez assentada sobre a preocupação em vender a imagem de uma instituição racional e humana. Nos principais manuais de Semiologia já se encontra que a Clínica seria *ciência e arte*(Campos;1992), uma contradição em termos, já que ciência refere-se a saberes e procedimentos normalizados e arte à invenção ou à improvisação. Historicamente, a instituição médica vem resolvendo este dilema tratando de transformar a doença em objeto científico, passível de elaborações estruturadas e, portanto, base de apoio para uma ação orientada dos profissionais; ao mesmo tempo que imagina a relação médico-paciente, ou seja, o trabalho com Sujeitos concretos, como vinculada ao campo da arte e, portanto, do imprevisível; o espaço em que cada caso seria um caso diferente dos demais.

Apesar de ideologia esta ideologia existe e, portanto, existe uma Clínica clínica, pelo menos enquanto sistema de referência, e, convenhamos, alguns sistemas de referência exercem bastante influência sobre a materialidade das coisas e dos fenômenos. E no caso da Medicina, operar em nome de um sistema de referência, ao mesmo tempo, duro de certezas e cheio de vazios, tem lhe assegurado respeitabilidade e longevidade. Por este motivo, optou-se por trabalhar com a idéia de semblantes, de faces ou de dobras da Clínica. Há, de fato, na prática, inúmeras clínicas. Contudo, existie contiguidade entre elas, mas há também muitas diferenças entre estas clínicas. Neste sentido, é importante considerar três semblantes principais sobre os quais a Clínica se apresenta. Há uma Clínica Oficial (a Clínica clínica), uma Clínica Degradada e uma outra Ampliada (Clínica do Sujeito).

Clínica Degradada ou Ampliada, sempre, em relação àquela considerada Oficial, é óbvio. Degradada por quê? Este conceito procura reconhecer que contextos socio-econômicos específicos podem exercer uma determinação tão absoluta sobre a prática clínica, que esta teria sua potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída. Então o degradado aqui se refere a limites externos impostos à potência da Clínica clínica. Muitos críticos da medicina têm se valido destas degradações decorrentes de interesses econômicos corporativos ou de políticas de saúde muito deficientes para criticar a Clínica

enquanto instituição(Illich;1975), este expediente lhes têm simplificado a tarefa, gerando, contudo, bastante confusão. Quando uma empresa médica dificulta o livre-arbítrio dos médicos, ou lhes impõem restrições independente da gravidade de cada caso, a baixa eficácia das práticas não poderia ser atribuída à clínica em si, mas àquela clínica degrada por aquelas condições específicas. Outro exemplo, o modelo de Pronto-atendimento praticado em milhares de instituições públicas brasileiras e que já foi brilhantemente criticado por Ricardo Bruno, que o denominou de sistema de trabalho *queixa-conduta* (Gonçalvez, R.B.; 1994). Ora, este estilo de trabalho viola princípios básicos dos próprios manuais da Clínica Oficial; a degradação existente resulta de uma mescla de uma política de saúde inadequada com um comportamento alienado de médicos que a praticam, atendem os casos de uma forma padronizada, quase que independente da gravidade e das necessidades de cada um dos seus pacientes.

Portanto, há uma Clínica Degradada por interesses econômicos ou por desequilíbrios muito pronunciados de poder. Toda vez que a racionalidade estritamente clínica é atravessada por outras racionalidades do tipo instrumental ou estratégica, há uma degradação de sua potencialidade teórica e perde-se oportunidade de resolver problemas de saúde.

Não que se esteja imaginando uma situação ideal em que a racionalidade clínica pudesse se desenvolver de forma pura. Isto seria idealismo, seria não reconhecer o conceito de prática social, que afirma que toda ação de saúde é uma prática sempre submetida a determinantes sociais, políticos e econômicos . Entretanto, as organizações de saúde podem criar ambientes e situações mais ou menos protegidos de todas estas determinações. Instituições mais ou menos permeáveis a estas múltiplas forças e interesses em jogo. Existem serviços de saúde que subordinam todas estas outras lógicas àquela da produção de saúde; que sempre procuram assegurar supremacia ao interesse do paciente. Não que esta postura seja sempre vencedora, o que se está reconhecendo aqui é a existência de organizações em que o interesse econômico aparece antes que o do paciente, em que a lógica política e de poder se sobrepõem à razão da cura ou da reabilitação de pessoas. Isto produz uma Clínica Degradada.

No entanto, a Clínica Oficial (Clínica clínica) é também bastante limitada. E estes limites, ao contrário daquilo divulgado pela ideologia médica, não resultam apenas de aspectos obscuros - desconhecidos - dos processos saúde-doença. Inúmeros autores demonstraram suas limitações ontológicas, suas debilidades de constituição(Foucault;1980),(Canguilhem;1982). É verdade que a Medicina sempre os ignorou. Recentemente, com a crise de custos e de eficácia, sem nenhuma citação à estes críticos originais, constata-se alguma

abertura entre alguns epígonos da Instituição Médica. As Faculdades de Medicina admitem rever o seu modelo pedagógico, por exemplo. De qualquer forma, produziu-se abundante literatura criticando a Medicina Oficial. Pode-se, inclusive, afirmar que nas últimas três décadas importante parcela da pesquisa em Saúde Coletiva teve como objeto o estudo crítico das práticas médicas. Demonstrou-se que a Medicina opera com um objeto de estudo e de trabalho reduzido, o que traria implicações negativas tanto para o seu campo de saberes quanto para os seus métodos e técnicas de intervenção (Camargo, Jr.;1990). Além do mais, poder-se-ia constatar hoje, que esta redução autorizaria a Clínica Oficial a se desresponsabilizar pela integralidade dos Sujeitos. Mesmo a Clínica somente se responsabiliza pela enfermidade, nunca pela pessoa do enfermo.

Este objeto de estudo e de intervenção estaria reduzido em múltiplas dimensões: por um lado, um enfoque desequilibrado para o lado biológico, esquecendo-se das dimensões subjetiva e social das pessoas. O que acarretaria em saberes e práticas marcados pelo mecanicismo e pela unilateralidade de abordagem. Por outro lado, aborda-se mais a doença do que o indivíduo, e mesmo quando este é considerado, pensa-se em um indivíduo fragmentado, um ser composto de partes que apenas, teoricamente, guardariam alguma noção de interdependência. Este reducionismo tem inúmeras conseqüências negativas: abordagem terapêutica excessivamente voltada para a noção de cura - freqüentemente confundida com a simples eliminação de sintomas e, no melhor dos casos, com a correção de lesões anatômicas ou funcionais - , ficando em segundo plano tanto as possibilidades de promoção da saúde, ou de prevenção e, até mesmo aquelas, de reabilitação. Além do mais, este objeto reduzido autorizaria a multiplicação de especialidades, que terminaram por fragmentar, em um grau insuportável, o processo de trabalho em saúde. Em decorrência, vem se reduzindo a capacidade operacional de cada Clinico, estabelecendo-se uma cadeia de dependência quase impossível de ser integrada em projetos terapêuticos coerentes.

Todo este sistema vem produzindo relações bastante paradoxais com a sociedade. Em certa medida, a Medicina nunca perdeu sua capacidade de exercer controle social sobre a maioria das pessoas, seu papel de árbitro e seu discurso competente sobre temas ligados à vida continuam vigentes. No entanto, percebe-se, no dia-a-dia, um grau cada vez maior de alienação de seus agentes em relação aos sujeitos concretos dependentes de seus cuidados. Alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da seqüência automática de procedimentos e, no entanto,

grande capacidade de influenciar o imaginário social. Talvez pela articulação da Clínica com a Mídia e com o Complexo Médico-industrial. Talvez pela funça social de adversários da morte e do sofrimento, talvez pela capacidade de resolver uma séria de problemas de saúde e de aliviar muitos sofrimentos que a Clínica, mesmo quando degradada, ainda conserve, por tudo isto, a Clínica segue sendo uma instituição importante e influente. Um espaço em que as pessoas investem afetos e esperanças, onde, ainda se produz valores de uso e, inevitável, disputa-se poder, e, muitas vezes, transmuta-se valores de uso em puros valores de troca, interesse econômico, realização de mais-valia dos outros, quase nunca dos enfermos.

Pois bem, e a Clínica do Sujeito? Ampliada e revisada, revista. Disto trata este trabalho. Contudo, ela teria que enfrentar e derrotar estes principais *nós críticos* que a Clínica Oficial não tem conseguido sequer analisar e muito menos resolver. Como criticar a fragmentação decorrente da especialização progressiva sem cair em um obscurantismo simplista? Um obscurantismo que negasse o progressivo desenvolvimento de saberes e de tecnologias. Haveria que se enfrentar esse desafio não apenas se socorrendo do lugar comum pós-moderno da transdiplinariedade. Os conceitos de Campo e Núcleo de saberes e de responsabilidades tentaram operar esta difícil travessia. Depois articulá-los às noções de Equipe (Clínico) de Referência - organização vertical do processo de trabalho, organização baseada no Campo, espaço de uma clínica ampliada -, com àquela de Apoio Especializado Matricial - organização horizontal do processo de trabalho, em que se tenta combinar especialização com interdisciplinariedade, especialistas apoiando o trabalho do Clínico de Referência conforme Projeto Terapêutico coordenado pelo próprio Referência, mas elaborado em permanente negociação com a Equipe envolvida na atenção matricial. Além disto, superar a alienação e a fragmentação e o tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo da reconstituição de Vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela. Superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade operando-se com Projetos Terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o ex-paciente, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros. Uma crítica que se pretenda dialética da Clínica clínica está obrigada a desconstruir reconstruindo alternativas concretas de saberes e de práxis: uma clínica reformulada e ampliada.

4- ENTRE A ONTOLOGIA DA DOENÇA E A FENOMELOGIA DO SUJEITO DOENTE: (UMA PRIMEIRA AMPLIAÇÃO DO OBJETO DE TRABALHO DA CLÍNICA)

O objeto da Clínica do Sujeito inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito. Não há como ignorar a enfermidade, senão não seria clínica mas sociologia ou filosofia existencial. E não há como abordar a doença sem enquadrá-la dentro de uma certa ontologia. A doença existe e não-existe, antes de Weber a clínica já operava, na prática, com um conceito muito semelhante ao de tipo-ideal. Uma abstração concreta: a doença. Um Ser inanimada mas dotado de animação externa. Um Ser provável, ainda que inexistente na prática. Uma regularidade que nunca se repete exatamente igual. Então por que considerá-los, estes padrões teóricos? Porque dentro da ontologia há todo um mundo de certeza, que infunde segurança aos Sujeitos Operadores, ao agentes de saúde. Tratar a doença como um Ser com identidade próprio é a base que autoriza um profissional de saúde a intervir em casos concretos. O problema ocorre quando este Ser da Doença substitui completamente o Ser realmente existente e perde-se a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso. No entanto, saber sobre a hipertensão em geral ajuda bastante. Como conhecer desdobramentos genéricos sobre o processo de gestação considerado normal, também ajuda muito. E, embora se saiba que esta suposta normalidade inexiste, saber sobre o tipo ideal de gestação ajuda. Ajuda mas atrapalha também, atrapalha porque em nome desta abstração autorizam-se intervenções descabidas, intervenções que desconhecem a variabilidade possível do singular.

Todo saber tende a produzir uma certa ontologia do seu objeto, tende a transformar o objeto de análise em um Ser com vida própria. A política procede assim com o Estado, os estados se transformam em Sujeitos, quase que independente dos seres concretos que os operam. A medicina transformou-se a si própria em um ser dotado de vida própria, com desenvolvimento, enfermidades e capacidade de autocorreção. Toda padronização, toda programação e todo planejamento implicam em supor um mundo de regularidades. Um mundo em que as doenças seriam a mesma em cada uma de suas múltiplas manifestações, um mundo em que estas variações jamais destruiriam a identidade da doença, ou do problema institucional ou social enfrentado por estas formas de práxis. Em resumo, aprender sobre uma práxis pressupõe supor casos que se repetiriam mais ou menos iguais. Da ontologia à ortodoxia, no entanto, há apenas um passo. Sobre estas supostas verdades, em geral, organiza-se todo um sistema de poder, uma hierarquia de guardiães, de fiéis defensores da identidade da ontologia contra a variação da vida.

Entretanto, tratados sobre a doença ou sobre a fisiologia padrão dos seres humanos ajuda a clínica. Mais do que a ajudar, a torna possível.

O desafio estaria em passar deste campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. Situação e estrutura. O saber seguro e preso às estruturas; ou a imprevisibilidade caótica das situações sempre distintas. Como realizar este percurso com segurança? Uma primeira resposta: o reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado já seria uma primeira solução, pois obrigaria todo especialistas a reconsiderar seus saberes quando diante de qualquer caso concreto. Sempre.

No entanto, fica a questão: Como realizar este trajeto do geral ao particular com um pouco mais de segurança do que aquela, por exemplo, exigida do artista? A Clínica como arte? Mas a vida de uma pessoa não é um amontoado de argila ou de pedra que se possa atirar fora caso a intuição do artista não tenha funcionado. Por isto é muito importante conhecer aspectos genéricos dos processos saúde-doença-atenção. Por isto é importante aprender com a variação, por isto é importante saber escutar e, mais, saber também perscrutar o caso singular. E decidir, mas decidir ponderando, ouvindo outros profissionais, expondo incertezas, compartilhando dúvidas. Por isto a Clínica do Sujeito demanda trabalho em equipe e um *agir comunicativo*, Habermas e a Clínica. A arrogância de um sábio que conhece quase toda a história de um Ser inexistente pode atrapalhar mais do que ajudar. No entanto, há que se saber sobre as regularidades possíveis.

Note-se como esta exigência básica da prática clínica é antagônica a tendência contemporânea de realizar uma clínica sem riscos de insucesso. Pressionados pelos sucessivos processos por má-prática, empresas e profisionais de saúde, particularmente nos EUA, atuam apenas em situações em que o risco de insucesso é muito pequeno. No fundo, todos perdem com este novo círculo vicioso. A tendência medicalizante e intervencionista é substituída por uma postura omissa. De um extremo ao outro, sem mediações mais profícuas.

Neste sentido, as organizações de saúde, inclusive para assegurar o exercício de uma Clínica de qualidade, estariam obrigadas a adotar uma cultura da comunicação. E o primeiro passo é quebrar a arrogância pétrea da Medicina, com seus doutores e com seus protocolos, que seriam bem-vindos, desde que houvesse espaço para se duvidar deles, para que as Equipes agissem apoiado neles mas duvidando deles. A Gestão Colegiada e a divisão dos serviços de saúde em Unidades de Produção, compostas por Equipes multiprofissionais, criam condições institucionais favoráveis à troca de informação e à construção

coletiva dos projetos terapêuticos. Construção coletiva, portanto; no entanto evitando-se a diluição de responsabilidades e a omissão diante do desconhecido ou diante do imprevisto.

Bibliografia:

- Amarante, Paulo; 1996. O homem e a serpente. Rio de Janeiro, editora FIOCRUZ.
- Basaglia, F et al;1985. A instituição Negada, tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro, editora Graal.
- Campos, Gastão W.S.;1992. Reforma da Reforma: repensando a saúde. São Paulo, editora Hucitec.
- Canguilhem, G.;1982. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro, editora Forense.
- Camargo, Jr.;1990. (Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da clínica. Rio de Janeiro, dissertação de mestrado Instituto de Medicina Social da UERJ.
- Foucault, M.;1980. O nascimento da Clínica. Rio de Janeiro, editora Forense universitária.
- Goffman, E.;1996. Manicômios, prisões e conventos, tradução de Dante Leite. São Paulo Editora Perspectiva.
- Gramsci, Antonio; 1978. Concepção dialética da história tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro, editora Civilização Brasileira.
- Illich, I.;1975. A expropriação da saúde: gênese da Medicina. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- Mendes-Gonçalvez, R.B.;1994. Tecnoloiga e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo, Hucitec.
- Sartre, J.P.;1963. Crítica de la razón dialética. Buenos Aires, ed. Lousada.