



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Clínica Ampliada: Fortalecimento da autonomia do sujeito como instrumento ativo no processo terapêutico

Maikon Guimarães Fernandes

Salvador (Bahia)
Fevereiro, 2014

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Fernandes, Maikon Guimarães

F363 Clínica ampliada: fortalecimento da autonomia do sujeito como instrumento ativo no processo terapêutico / Maikon Guimarães Fernandes. Salvador: MG, Fernandes, 2014.

VII; 77 fls.

Orientadora: Profª. Drª. Lílian Carneiro de Carvalho.

Monografia (Conclusão de Curso) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013.

1. Atendimento humanizado. 2. Relação médico-paciente. 3. Autonomia. 4. Poder. I. Carvalho, Lílian de Carneiro. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU – 614.253-082



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Clínica Ampliada: Fortalecimento da autonomia do sujeito como instrumento ativo no processo terapêutico

Maikon Guimarães Fernandes

Professora orientadora: **Lilian Carneiro de Carvalho**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2013.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Fevereiro, 2014

Monografia: *Clínica Ampliada: Fortalecimento da autonomia do sujeito como instrumento ativo no processo terapêutico*, de Maikon Guimarães Fernandes.

Professora orientadora: **Lilian Carneiro de Carvalho**

COMISSÃO REVISORA:

- **Lilian Carneiro de Carvalho** (Presidente), Professora Auxiliar I do departamento de saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.
- **Camila Vasconcelos**, Professora Assistente I do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lara de Araujo Torreão**, Professora Assistente I do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Milena Magalhães Aleluia**, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós graduação em Patologia humana e Patologia experimental (PPgPat) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VI Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

“O conhecimento nos faz responsáveis.” (Che Guevara)

Aos meus pais (**Zezelia** e **Nélio**),
aos meus irmãos (**Murilo**, **Emanuela** e **Dayane**),
a **Karla Monik**, aos meus avós (**Lira** e **Tinó**).

AGRADECIMENTOS

- ◆ A minha Professora orientadora, Profa. **Lilian Carneiro de Carvalho**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas e à minha vida profissional de futuro médico.
- ◆ A minha Professora ex-orientadora, Profa. Doutora. **Tânia Morais Regis**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas e à minha vida profissional de futuro médico.
- ◆ Ao Prof^o Doutor. **Ivan Maia de Mello**, pelas orientações e sugestões, que contribuíram para o embasamento e aprofundamento dos conteúdos abordados na construção da monografia.
- ◆ Ao Prof^o Doutor. **José Tavares-Neto**, por sua dedicação e disponibilidade.

SUMÁRIO

I. RESUMO	2
II. INTRODUÇÃO	3
III. JUSTIFICATIVA	6
IV. OBJETIVOS	7
V. METODOLOGIA	8
VI. HISTÓRIA DA CLÍNICA	11
VI.1 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE	16
VII. O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO CONTEXTO DA CLÍNICA	25
VIII. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PRÁTICA CLÍNICA	32
VIII.1 PRINCÍPIOS DA AUTONOMIA	37
VIII.2 RELAÇÕES DE PODER INERENTES À PRÁTICA CLÍNICA	41
IX. A CONSTRUÇÃO DO SUJEITO NA PRÁTICA DA CLÍNICA AMPLIADA	45
IX.1 O SUJEITO NA PRÁTICA CLÍNICA	47
IX.2 CLÍNICA AMPLIADA	52
IX.3 O FORTALECIMENTO DA AUTONOMIA DO SUJEITO NA PRÁTICA CLÍNICA	57
X. CONCLUSÃO	62
XI. SUMMARY	65
XII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

I. RESUMO

Clínica Ampliada: Fortalecimento da autonomia do sujeito como instrumento ativo no processo terapêutico

A clínica é muito antiga na medicina, desde o tempos de Hipócrates. Ao longo do tempo as transformações que ocorreram na organização do saber médico, estão relacionado a compreensão do processo saúde-doença. Apesar de todas as tranformações que ocorreram com o advento da revolução técnico-científica na prática médica, entendendo que o processo saúde-doença é determinado por multifatores, seja eles sóciais, educacionais ou políticos; as bases de poder das relações médicos-pacientes praticamente se manteve às mesmas. A clínica ampliada surge como uma estratégia de reformulação da tradicional clínica, onde o sujeito passa a ser o centro da prática médica. Para alcançar este objetivo, utiliza-se uma abordagem qualitativa, interpretativa e descritiva, apartir da análise epstemiológica, genealógica e arqueológica foucaultiana sobre a história da medicina e as relações de poder na prática clínica. Diante desse novo contexto da clínica reformulada e ampliada tem-se os questionamentos dos limites do saber biomédico, entendendo a necessidade de compartilhar os saberes e as responsabilidades. Desta maneira, um dos principais objetivos a serem galgados neste estudo é o fortalecimento da autonomia dos sujeitos que, é de fundamental importância não so para romper paradigmas, bem como para respeitar a autonomia dos indivíduos frente as suas necessidades singulares.

Palavras chaves: 1. Atendimento humanizado; 2. Relação médico-paciente; 3. Poder; 4. Autonomia.

II. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a medicina classificatória vai dando lugar a uma medicina científica. A sistematização na medicina classificatória fica próxima de disciplinas como a botânica, em que cada sinal e sintoma é organizado de forma sistemática. Nesse campo teórico de conhecimento, a doença não tem uma localização precisa no corpo humano. Segundo Foucault (1980, p.09), “para a medicina classificatória, o fato de atingir um órgão não é absolutamente necessário para definir uma doença: esta pode ir de um ponto de localização a outro, ganhar outras superfícies corporais, permanecendo idêntica sua natureza”.

Segundo Foucault (1980, p.10), “A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII”. Com o processo de cientificização da medicina, muda-se o olhar sobre o corpo do ser humano. O surgimento do hospital como um ambiente destinado à cura permitiu que a medicina configurasse um novo espaço da doença no corpo humano (Foucault, 1980).

No novo cenário político e ideológico, a institucionalização de instituições como os hospitais e as universidades permitiu um maior controle social da medicina, configurando o surgimento de uma classe médica liberal organizada. Nesse novo campo do saber médico, há implantação do currículo médico e controle da formação médica, proibindo-se a medicina chalaritanista.

A partir daí, tem-se uma nova forma de intervenção na prática médica, ligada a uma economia capitalista hegemônica, centrada nos grandes centros hospitalares, que permite o surgimento de várias subespecialidades médicas com o intuito de curar o corpo do indivíduo do processo de adoecimento abstraindo todo o sujeito desse processo, com foco na doença. Segundo Foucault (1980, p.21), “Entra-se em uma nova forma inteiramente nova e mais ou menos desconhecida, no século XVIII, de espacialização institucional da doença”.

Ao longo dos anos, com o advento da revolução técnico-científica e o surgimento de novos campos do saber e do estruturalismo marxista, o processo saúde-doença sofre mudanças no campo prático-teórico. Segundo Ferigato e Ballarim (2007), antes um processo entendido como uma tríade, agente etiológico, hospedeiro, meio ambiente, dando-se maior ênfase a um em detrimento do outro; agora passa a ser considerado um conjunto de fatores sociais, econômicos e patológicos.

A prática clínica tem como principal cerne a relação médico-paciente. Esse tipo de relação interpessoal é caracterizado pelas interações entre os sujeitos. Segundo Campos (2005, *apud* Ferigato e Ballarim, 2007, p. 55): “Ao falarmos em pessoas e relações interpessoais, estamos automaticamente falando em desejos, poderes, saberes e singularidades”. Os poderes existentes na prática clínica deixam essas relações interpessoais estremecidas, pois quem é tratado é desprovido de conhecimento e quem trata detém o conhecimento científico.

Esta forma de racionalidade fundamenta-se na verticalidade de poder existente entre quem trata e quem é tratado, sendo que os primeiros impõem uma objetividade aos usuários restringindo as possibilidades de expressão da subjetividade, e conseqüentemente, de desejos, interesses, necessidades e singularidades e ao mesmo tempo, profissionais permanecem aprisionados a determinados discursos que embora lhe atribuam uma carga de poder, pouco oferecem margem à expressão de sua singularidade, criatividade. (Ferigato e Ballarim, 2007, p.55).

A autonomia do paciente é um dos pontos mais importantes na construção do sujeito. A grande disparidade existente na relação médico-paciente é amenizada quando se tem um sujeito autônomo. Segundo Campos (2005, p.107), “seres humanos menos alienados ou com maior capacidade analítica, ou reflexiva serão, sempre, mais capazes de construir a felicidade humana”.

Ao longo dos anos os modelos de atenção em saúde no Brasil sofreram diversas alterações na sua forma de intervenção e cuidado com os indivíduos. No período colonial, a saúde pública era tida como de caráter emergencial e nem toda população tinha acesso aos serviços de saúde. Com as

mudanças políticas ideológicas ocorridas no país ao longo dos séculos, muda-se a concepção de saúde, passando a ser um dever do estado e um direito de todo cidadão.

Desde então, no país, modelos de atenção em saúde buscam manter a integralidade e universalidade, princípios básicos garantidos pela constituição de 1988. Dessa forma, dois modelos de atenção em saúde têm destaque hoje no Brasil: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitaria. Esses dois modelos apresentam como foco principal a clínica e a cura dos indivíduos.

A clínica ampliada surge como uma alternativa de consolidação do sujeito como uma pessoa detentora de conhecimento capaz de ajudar no processo de restauração da saúde.

A partir da proposta de co-produção de sujeitos podemos imaginar um modelo de análise para a clínica que reconheça a relação clínica como um encontro desses dois sujeitos co-produzidos. Cada um dos sujeitos é singular e dialeticamente co-produzidos por forças universais e particulares. (Campos, 2002 *apud* Cunha, 2007, p. 42).

A construção de um sujeito ativo, autônomo, cooperador, na prática clínica, diminui as disparidades existentes nas relações entre médicos e pacientes. A clínica ampliada possibilita que o sujeito possa ser participativo na construção social exercendo assim sua cidadania, contribuindo para a formação de uma clínica equânime e ética. Segundo Ortega (2000), essas novas formas de operacionalização da prática clínica permite o surgimento de novos tipos de relações sociais, em que os sujeitos possam ser autônomos: “Relações livres, que apontam para o desafio e para a incitação recíproca não para a submissão ao outro” (Ortega, 2000, p.89).

Sendo assim, fica evidente que uma boa prática clínica não está associada apenas a um conhecimento científico, com foco apenas na doença, mas sim a um fortalecimento da autonomia do sujeito entendendo suas singularidades e como um coautor no seu processo de reestabelecimento da saúde.

III. JUSTIFICATIVA

A clínica ampliada é de fundamental importância no restabelecimento da saúde dos indivíduos. A adesão do paciente ao tratamento como a sua participação como coautor do plano terapêutico dependem de uma clínica ampliada, organizada e institucionalizada. Para que essa adesão e participação dos usuários nas consultas se torne mais produtiva, é importante uma mudança de postura na relação dos profissionais da saúde e dos usuários, sobretudo nas relações médicos e pacientes. É preciso entender o paciente como uma pessoa portadora de conhecimento, desejo, saber, poder, e que isso tudo pode influenciar de maneira negativa ou positiva no plano terapêutico, cabendo ao profissional guiar o usuário.

IV. OBJETIVO GERAL

Este trabalho objetiva a fundamentação da importância da clínica ampliada na construção de sujeitos autônomos e ativos no reestabelecimento da sua saúde, entendendo-os como sujeitos portadores de saberes, desejos, conhecimentos e singularidades que podem influenciar na relação médico-paciente. Pretende-se ainda justificar a clínica ampliada como alternativa para complementar à tradicional clínica, fundamentando-se a partir de um conceito de saúde que vai além de um bem estar físico e social.

IV.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Propor o fortalecimento da autonomia dos sujeitos no processo terapêutico;
2. Demonstrar a construção de sujeitos (médicos e pacientes), participativos, autônomos e coautores no plano terapêutico;
3. Justificar a ampliação do conceito de saúde na prática clínica;
4. Discutir a relação médico-paciente frente aos poderes inerentes à prática clínica;
5. Fundamentar a importância da relação médico-paciente no processo terapêutico;
6. Discutir a importância das singularidades dos sujeitos no reestabelecimento da saúde;
7. Apresentar o modelo biomédico como hegemônico, ineficaz e excludente frente as necessidades singulares de cada sujeito;
8. Fundamentar a importância da clínica ampliada como alternativa para a construção de uma clínica voltada para o sujeito, repetindo suas singularidades e autonomia.

V. METODOLOGIA

Na realização deste estudo, foi feita uma abordagem qualitativa, interpretativa e descritiva. Inicialmente foram listados os autores que discutem os temas. Em seguida, foi selecionado como principal autor o filósofo francês Michel Foucault, conhecido pelas suas críticas e abordagens às instituições sociais: escola, prisão, manicômio, medicina, dentre outras, as quais define como instituições de sequestro.

Para fundamentar o presente estudo, partimos da arqueologia foucaultiana da história da medicina, compreendendo a transformação do saber médico moderno no século XVIII, e como são estabelecidas as novas formas de poder a partir da transformação desse saber. O nascimento da medicina moderna não foi determinado a partir da oposição entre teoria e experiência na prática médica, mas na mudança do olhar, o olhar deixa de ser superficial e passa a ser profundo na investigação do organismo doente. Em suma, é a mudança no olhar, na linguagem, aliada à prática médica, que permite o surgimento de uma medicina moderna. (Foucault, 1980)

Outro aspecto problematizado no estudo são as relações de poder existentes na prática clínica, sobretudo na relação médico-paciente. Para dar embasamento teórico, tem-se o estudo, a partir da genealogia foucaultiana sobre a construção dos poderes nas práticas médicas. Segundo o autor, o indivíduo é o resultado de processos de objetivação que acontecem nas redes de poder. Dessa forma, o poder não é um objeto, é um instrumento exercido e praticado como estratégia ou tática nas relações interpessoais. (Foucault, 1979)

Para o autor, a categoria sujeito aparece quando certas condições do saber sofrem modificações possibilitando que o homem seja conhecido, e relaciona essas condições epistemológicas com as demais práticas sociais, institucionais e técnicas, mostrando que não há saber que não produza poder.

Para Foucault, o fortalecimento da autonomia dos sujeitos é conquistada a partir de uma libertação que ocorre pelo exercício individual de práticas de liberdade, que contribui para desenvolver a ética de um cuidado de si. Essa conquista de autonomia é que torna socialmente possível a libertação das relações de poder enraizadas na sociedade.

Outro autor selecionado foi George Canguilhem, médico e epistemólogo francês, que em uma das suas principais obras, *O Normal e o Patológico*, faz uma crítica à visão limitada da vida a partir de apenas estudos de leis físico-químicas. Para o autor, é preciso partir do próprio ser vivo para compreender o processo de vida. A normatização do processo de vida reduz o objeto de estudo na área da saúde, implicando na decomposição dos sujeitos em análises no campo da lógica-matemática. Dessa forma, para Canguilhem, a doença não é uma variação da saúde, mas sim uma nova dimensão do processo de viver. (Canguilhem 1990).

O outro autor foi Gastão Wagner de Souza Campos, que defende a prática de uma clínica ampliada e compartilhada para o fortalecimento da autonomia dos sujeitos. O autor faz críticas ao modelo biomédico hegemônico, centrado na cura dos indivíduos. Segundo o autor, é necessário ampliar o objeto de estudo na área da saúde, construindo uma nova clínica, onde os sujeitos sejam o cerne da clínica. A construção de práticas e saberes em saúde deve ter a participação de uma equipe multidisciplinar de profissionais, na qual a produção e as responsabilidades em saúde sejam compartilhadas. O autor traz diversos trabalhos sobre saúde pública, gestão e clínica ampliada.

Os demais autores selecionados, como Gustavo Tenório Cunha e outros, por escreverem sobre as relações dos sujeitos na prática clínica dando ênfase ao fortalecimento do sujeito, serviram para ampliar o conhecimento sobre o assunto, proporcionando um maior embasamento teórico para as discussões necessárias durante a realização dessa pesquisa.

Após as leituras, a organização das ideias ocorreu através de fichamentos e resumos. O texto se encontra dividido em sumário, resumo, introdução, justificativa, objetivo geral, objetivos específicos, quatro capítulos, conclusão e referências bibliográficas. É importante assinalar que os conteúdos dos capítulos estão entrelaçados, pois o tema se superpõe continuamente.

Para complementação das leituras realizadas, foram utilizadas pesquisas bibliográficas a partir de análises de fontes secundárias como: livros, artigos, revistas, trabalhos de conclusão de curso, dissertações de mestrado, tese de doutorado, dentre outros.

VI. HISTÓRIA DA CLÍNICA

A clínica é uma prática muito antiga na medicina. Desde os tempos de Hipócrates, a medicina tem na clínica sua principal forma de intervenção no cuidado com o indivíduo.

Nos tempos passados, a arte da medicina era ensinada na presença de seu objeto e os jovens aprendiam a ciência médica no leito do doente; estes muitas vezes, eram alojados no próprio domicílio do médico, e acompanhavam os professores, dia e noite, na visita a seus clientes. A última testemunha e o representante mais ambíguo desse equilíbrio foi Hipócrates: a medicina grega do século V, nada mais seria do que a codificação desta clínica universal e imediata; formaria sua primeira consciência total e, neste sentido, seria tão ‘simples e pura’ quanto esta experiência primeira [...]. (Foucault, 1980, p.61).

Nesse campo teórico prático de conhecimento do saber, a medicina tinha na clínica sua forma máxima de humanismo. A prática de se observar o doente em seu leito, permitia ao médico observar o seu paciente com um olhar aguçado sobre as formas e manifestações das doenças, seus sinais e sintomas, essa observação é o cerne da clínica médica.

É na clínica, se dizia, que a medicina havia encontrado sua possibilidade de origem. Na aurora da humanidade, antes de toda crença vã, antes de todo sistema, a medicina residia em uma relação imediata do sofrimento com aquilo que o alivia. Esta relação era de instinto e de sensibilidade, mais do que experiência; era estabelecida pelo indivíduo para consigo mesmo antes de ser tomada em uma rede social.(Foucault, 1980, p.60).

Nesse contexto de uma medicina observacional, desprovida de conhecimento científico, o poder inerente à prática clínica, ainda incipiente e acanhado, vai se consolidar alguns anos depois como o poder máximo sobre o corpo dos indivíduos.

A medicina na época hipocrática, com pouca cientifização e poder de intervenção, vai se aproximar de disciplinas como a botânica, sendo as doenças classificadas de forma sistemática. Segundo Gilbert autor daquela época,(1772 *apud* Foucault, 1980, p.2), “nunca tratem uma doença

sem se assegurar da espécie”. A medicina classificatória nesse campo de saber vai consolidar uma nosologia das espécies, agrupando os sintomas e os sinais de cada doença, de forma sistematizada.

Na medicina das espécies, o entendimento do processo saúde doença tinha um caráter estrutural, o médico precisava ter o conhecimento de todo processo de adoecimento do indivíduo, que estrutura acomete primeiro, quais são os horários dos picos febris, que partes estão envolvidas, ou seja, estava associada à experiência histórica de cada doença, uma compreensão da qualidade de cada sinal ou sintoma.

A percepção da doença no doente supões, portanto um olhar qualitativo; para apreender a doença é preciso olhar onde há secura, ardor, excitação, onde há umidade, ingurgitamento, debilidade. [...] Admite-se que uma doença possa durar e que, no seu desenvolvimento, possam aparecer, de cada vez, episódios; desde Hipócrates, calculam-se os dias críticos; conhecem-se os valores significativos das pulsações arteriais: “Quando o pulso propulsivo aparece a cada trigésima pulsação, aproximadamente, a hemorragia sobrevém mais ou menos quatro dias depois; quando ele sobrevém a cada décima sexta pulsação, a hemorragia chega em três dias... finalmente, quando a cada quarta, terceira pulsação ou é continuo, deve-se esperar hemorragia no espaço de vinte e quatro horas.” (Foucault, 1980, p.13).

Nesse âmbito teórico da medicina da espécie, a doença não tinha uma localização e espacialização precisa no corpo humano. A doença tinha um espaço livre e homogêneo no corpo dos indivíduos. Segundo Foucault (1980, p.2) “nunca o espaço de configuração da doença foi mais livre, mais independente do seu espaço de localização do que na medicina classificatória”.

A coincidência exata do “corpo” da doença com o corpo do homem doente é um dado histórico e transitório. Seu encontro só é evidente para nós, ou melhor, dele começamos apenas a nos separar. O espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal no corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante curto período: o que coincide com a medicina do século XIX e os privilégios concebidos à anatomia patológica. (Foucault, 1980, p.1).

O campo livre da doença no corpo vai assegurar por muitos anos uma medicina desprovida de “saber”, onde à prática clínica ligada a essa medicina tinha pouca intervenção medicamentosa, compreendendo a doença como um fenômeno natural.

De modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais a doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação, etc. É uma medicina do meio que está se constituindo, na medida em que a doença é concebida como um fenômeno natural obedecendo às leis naturais. (Foucault, 1980, p.62).

Após a revolução francesa, com o advento, da fisiologia, patologia e anatomia, há uma mudança na configuração do espaço da doença, essa deixa de ser um fenômeno natural, ligada ao âmbito familiar, para ser institucionalizada no contexto hospitalar, destinado ao processo de cura. Sendo assim, muda-se a forma de olhar o doente, abstraindo-se toda singularidade dos sujeitos. Mudam-se as formas de intervenção e de linguagem na prática médica.

O olhar penetra no espaço que ele estabeleceu como objetivo percorrer. A leitura clínica, em sua primeira forma, implicava um sujeito exterior e decifrador que, a partir e além do que soletrava, ordenava e definia parentescos. Na experiência anatomo-clínica, o olho médico deve ver o mal se expor e dispor diante de à medida que penetra no corpo, avança por entre seus volumes, contorna ou levanta as massas e desce em sua profundidade. A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encandeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente. (Foucault, 1980, p.155).

A medicina classificatória vai dando espaço a uma medicina moderna, na qual a clínica passa a ter um olhar crítico no anatomopatológico a partir da abertura dos primeiros corpos. Há mudança no discurso da prática médica, antes um discurso metafórico, apoiado no campo filosófico, agora um discurso científico. Alteram-se as formas de apresentação e descrição anatômica. Muda-se a forma de poder inerente à prática clínica, antes um olhar observacional, agora uma olhar de intervenção e medicalização.

A análise da percepção anátomo-clínica desvela três referências - localização, foco, primitividade - que modificam a leitura essencialmente temporal da clínica. O esquadrihamento orgânico que permite determinar pontos fixos, mas arborescentes não abole a densidade história patológica em proveito da pura superfície anatômica; ele a introduz no volume especificado do corpo, fazendo coincidir, pela primeira vez no pensamento médico, o tempo mórbido e o percurso demarcável das massas orgânicas. (Foucault, 1980, p.159).

Como a medicina permitiu essa mudança de poder na intervenção do cuidado com o indivíduo? O que vai caracterizar essa mudança do olhar médico?

Eis, portanto, os termos de contrato que realizam riqueza e pobreza na organização da experiência clínica. O hospital aí encontra, em regime de liberdade econômica, a possibilidade de interessar o rico; a clínica constitui a inversão progressiva da outra parte contratante; ela é por parte do pobre, o interesse pago pela capitalização hospitalar consentida pelo rico; e que é necessário compreender em seu excesso, desde que se trata de uma indenização que é do tipo do interesse objetivo para a ciência e do interesse vital para o rico. O hospital torna-se rentável para a iniciativa privada a partir do momento em que o sofrimento que nele vem procurar alívio é transformado em espetáculo. Ajuda-a por pagar, graças às virtudes do olhar clínico. (Foucault, 1980, p. 96).

Qualquer sujeito que quisesse ser médico tinha que ingressar em uma faculdade. Proíbe-se a medicina chalartanista, empírica. Há uma regulação social da profissão médica.

Para definir o caráter fechado da profissão médica, chega-se a não seguir o velho modelo de corporativo, e a evitar, por outro lado, o controle sobre os próprios atos médicos que repugna ao liberalismo econômico. O princípio da escolha e seu controle são estabelecidos à base da noção de competência, isto é, sobre um conjunto de virtualidades que caracterizam à própria pessoa do médico: saber, experiência, como também as “proibição reconhecida” de que fala Cabanis. O ato médico valerá o que vale quem o realiza; seu valor intrínseco está em função da qualidade, socialmente reconhecida, do produtor. Assim, no interior de um liberalismo econômico manifestamente inspirado em Adam Smith, define-se uma profissão ao mesmo tempo “liberal” e fechada. (Foucault, 1980, p.91).

Para Foucault (1980), a prática médica antes do século XVIII não era hospitalar, essa instituição era destinada a assistências aos pobres, não tendo espaço para a organização do saber médico. Segundo Foucault (1979, p. 60.), “as séries hospital e medicina permaneceram, portanto,

independentes até meados do séc. XVIII”. Dessa forma, o hospital como um instrumento terapêutico, sendo o médico o seu principal ator, envolvido nesse processo de cura, foi construído a partir da reorganização do meio hospitalar, introduzindo a ideia de disciplina.

O primeiro fator da transformação foi não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital. Não se procurou primeiramente medicalizar o hospital mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo. [...] Como se fez esta reorganização do hospital? Não foi a partir de uma técnica médica que o hospital marítimo e militar foi reordenado, mas, essencialmente, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina. (Foucault, 1979, p.60-1).

Nessa nova espacialização da doença, a prática médica tem seu poder máximo sobre os corpos dos indivíduos. O cenário hospitalar propício ao aprendizado e repartição da doença vai permitir o fortalecimento das estruturas médicas voltado para o anatomopatológico. Há uma intensa abstração dos sujeitos na doença, focando apenas nas anormalidades dos processos fisiológicos.

Mais do que outras formas de espacialização, ele é, porém, o lugar de dialética diversa: instituições heterogêneas, lutas políticas, reivindicações, e utopias, pressões econômicas, afrontamentos sociais. Nela, todo o corpo de práticas e instituições médicas se articula as espacializações primárias e secundária com as formas de um espaço social de que a gênese, a estrutura e as leis são de natureza diferente. (Foucault, 1980, p.16).

Na institucionalização do hospital como lugar e repartição da doença após o século XVIII, a medicina entra em uma nova era de informação e transformação do saber médico, enleada não só à prática, mas também a um intenso uso de instrumentos tecnológicos e científicos nos grandes centros hospitalares, reguladores de poder.

Eles também se realizam pela regulação das populações, por um biopoder que age sobre a espécie humana, que considera o conjunto, com o objetivo de assegurar sua existência. Questões como as do nascimento e da mortalidade, do nível da vida, da duração de vida estão ligadas não apenas a um poder disciplinar, mas a um tipo de poder determinado que se exerce ao nível da espécie, da população com o objetivo de gerir a vida do corpo social. (Foucault, 1980, p.XXII).

Diante dessa organização da estrutura do complexo hospitalar, centrada no âmbito administrativo e disciplinar, aliada a uma nova organização do saber médico, embasada na anatomia e fisiologia, a medicina moderna entra em uma nova era de intervenção clínica, que passa a controlar não só a saúde dos indivíduos, mas também a controlar e instigar o que seria um ideal de saúde.

A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder. [...] Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à "economia social" e à sociologia do século XIX. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do *habitat*). (Foucault, 1980, p.112).

VI.1 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE

No Brasil colonial as ações de saúde eram voltadas para o processo de cura da população. Nessa esfera política, a maioria da população estava sem assistência à saúde, os mais pobres e os escravos eram assistidos por curandeiros. A arte da medicina estava vinculada a camadas mais altas da sociedade.

Membros da elite, estes agentes da medicina oficial se radicavam somente nas maiores cidades, voltando-se para o atendimento das camadas mais altas da população. Assim, à prática médica era desconhecida dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade comunal e de curandeiros diversos para tentar resolver seus problemas de saúde. (Scorel e Teixeira, 2009, p 334).

Ao longo dos anos, com a chegada da família real no Brasil e, logo depois com processo de independência, houveram mudanças no sistema saúde pública brasileiro, com descentralizações e criações de alguns órgãos, como a polícia sanitária, destinados ao combate das epidemias que assolavam algumas áreas no Brasil. Apesar dessa mudança no sistema de saúde, a grande maioria da população estava sem assistência à saúde.

Apesar da ampliação das atividades em saúde no final do período imperial, as estruturas dos serviços de saúde continuavam as mesmas, fortemente relacionada à capital do Império e dando as costas para o resto do país. Tal situação deixava em penúria a maioria dos municípios, sendo exceção somente os mais ricos. (Scorel e Teixeira, 2009, p.337).

Num contexto internacional de grandes mudanças e desenvolvimento proporcionado pela segunda revolução industrial, têm-se no país a política café com leite, que estabelece no país uma economia agroexportadora. Nesse período de desenvolvimento e precário industrialismo, o sistema de saúde sofre grandes mudanças, como o desenvolvimento da microbiologia e a fundação do instituto Oswaldo Cruz. Nesse novo cenário político e ideológico, as ações de saúde ficaram limitadas aos casos de epidemia (Scorel e Teixeira, 2009).

Até então, as transformações ocorridas nas políticas de saúde brasileira estavam atreladas à área urbana da capital e aos modelos econômicos vigentes. As populações do interior do país e das áreas rurais estavam quase totalmente desassistidas das mudanças até então ocorridas.

No início do século XX, nossas elites ainda não haviam voltado a atenção para o interior do país. Na verdade, sua grande maioria desprezava essas regiões, pois via na população mestiça que nelas habitava a ruína da sociedade. Na sua concepção racista, o embranquecimento - a ser alcançado principalmente através da ampliação da imigração européia - era a única opção para o progresso do país. (Scorel e Teixeira, 2009, p.352).

A crise na economia nacional cafeeira na década de 1920, devido à grande superprodução do café aliada à quebra da bolsa de valores em Nova York em 1929, gerou uma crise econômica

mundial, permitiu o surgimento de um novo cenário de insatisfação contra as estruturas idealizadas no coronelismo e da política “café com leite” no Brasil.

Diante desse cenário de crises e reforma política, o Brasil entra em um processo de crescente urbanização que permitiu o desenvolvimento de movimentos sociais das classes operárias, reivindicando mudanças na economia oligárquica. Todo esse processo de transformação social vai culminar com a chegada de Getúlio Vargas ao poder e instalação do Estado Novo (Scorel e Teixeira, 2009). Na era Vargas, há ampliação do direito à saúde e assistência médica aos trabalhadores assalariados com a criação dos CAPs (Caixas de aposentadoria e pensões) e sua posterior transformação em IAPs (Instituto de aposentadoria e pensões).

Apesar do incremento da assistência médica individual determinada pela expansão do modelo previdenciário, é necessário observar que essa assistência se limitava aos trabalhadores inseridos nos domínios dos trabalhos assalariado e formal e organizados nos cânones do sindicalismo atrelado aos interesses do estado, instituídos pelo governo de Getúlio. Nesse sentido, todo o aparato institucional previdenciário e de assistência médica foi vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Numa concepção de cidadania regulada, restrita ao mundo do trabalho formal, os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência à saúde do estado. (Santos, 1980 *apud* Scorel e Teixeira, 2009, P.360).

Ainda no estado novo, com as mudanças institucionalizadas pelo governo Vargas e com a reforma Capanema, segundo Scorel e Teixeira (2009, p.362), “A reformulação deu uma nova estrutura ao ministério, que passou a chamar-se de ministério da educação e saúde (MES)”. Nesse cenário político, têm-se a primeira conferência de saúde:

A conferência fora convocada para discutir especificamente os temas da organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra lepra e a tuberculose; a determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e um plano de desenvolvimento da ‘obra nacional’ de proteção à maternidade, à infância e à adolescência [...]” (Hochman e Fonseca, 2000 *apud* Scorel e Teixeira, 2009, p.365).

Após o fim do Estado Novo, entra em cena um novo contexto político internacional, a Guerra Fria. Nesse período, o Brasil estava sob a presidência de Eugênio Gaspar Dutra (1946-1951). Dutra lançou o plano Salte – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Segundo Scorel e Teixeira (2009), durante o governo do presidente Dutra, as campanhas sanitárias tiveram seu auge máximo de centralização e autoritarismo, levando ao surgimento de críticas e reivindicação da criação de um ministério da saúde independente.

Dando seguimento a esse novo contexto histórico, Getúlio Vargas assumiu novamente a presidência no Brasil. Nesse período, é criado o ministério da saúde independente da área da educação (Scorel e Teixeira, 2009).

Todas as mudanças ocorridas até então na saúde pública brasileira, seja no âmbito administrativo ou institucional, estavam vinculadas à ideia de saúde individual e previdência social, com as campanhas sanitaristas tendo um caráter centralizador:

[...] Além de estabelecer essa complexa estrutura de saúde pública, o período getulista deixaria como marca a separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária. A saúde pública sob comando do MES destinava-se a controlar e erradicar doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias que atingiam a totalidade da comunidade nacional e não grupos específicos. Estava, portanto, direcionada a solucionar problemas de saúde da coletividade. A assistência pública (médica) era de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhe impediam de trabalhar. [...] o distanciamento da saúde pública da medicina previdenciária permaneceu por um longo período em nossa sociedade e determinou a ampliação desmesurada da assistência médica de cunho individual frente às necessidades de saúde pública. (Scorel e Teixeira, 2009, p.366).

Após o segundo governo de Getúlio Vargas, o Brasil passa por um processo de ditadura militar que irar durar até a década de 90, quando se tem no país o processo de redemocratização. Durante o primeiro período de ditadura militar, o país passou por um momento intenso de repressão aos direitos individuais e coletivos, opressão política e controle social.

Nesse período do regime militar de repressão e controle social, o país passa pela fase do milagre econômico, que é caracterizado por grandes exportações e grandes investimentos de capital internacional. Nesse cenário, o setor saúde passa a ser regulado pela lógica do setor privado, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Ainda nesse contexto de intensa repressão política e social, surge a base da reforma sanitária brasileira, atrelada à mudança ideológica da classe médica, aos problemas de saúde da população e à criação dos departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) nas faculdades de medicina.

As bases teóricas da saúde coletiva no Brasil já estavam desenvolvidas antes do início da segunda metade da década de 1970, com as defesas das teses *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*, de Cecília Donnangelo, e *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, de Sergio Arouca. (Paim, 1981, *apud* Scorel, 2009, p.397).

Segundo Scorel (2009), essa nova ideologia política, ligada a uma medicina social voltada para os problemas de saúde da população, surgiu a partir da articulação de núcleos da sociedade que compartilhavam entre si propostas transformadoras no âmbito da atenção em saúde. Esses núcleos eram formados por estudantes, pelo Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), por médicos residentes e pela universidade. Esse movimento ficou conhecido como ‘Movimento Sanitário’.

Com o processo de redemocratização, o país passa por uma nova forma de ideologia ligada não só à saúde como também à vida social da população. Com o fortalecimento de movimentos sociais, as lutas sindicais por melhorias nas condições de saúde, trabalho e habitação ganham expressão política, e se instala no país o movimento ‘Diretas Já!’.

No segundo semestre de 1984 e início de 1985, foi realizada uma série de reuniões e houve elaboração de documentos com a proposta de saúde para a transição democrática. Nessa atividade intensa de reunião, seminários e encontros, foram sendo aperfeiçoadas recomendações de mudanças para o sistema nacional de saúde com base no princípio que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, a

serem implementadas com a unificação, democratização e descentralização do sistema de saúde. (Escorel, 2009, p.425).

Nesse cenário político e ideológico, surgem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidados com sua criação a partir da 8ª Conferência de Saúde.

A saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do estado (art. 196), adotando-se o conceito ampliado de saúde formulado pela 8ª CNS. E foi criado o SUS, sistema universal de atenção a saúde, regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade (Brasil, 1988 *apud* Escorel, 2009, p.430).

Desde então, no Brasil, com a criação do sistema de saúde universal, têm-se dois modelos de atenção em saúde: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista. Segundo Menéndez, citado por Paim, o modelo médico hegemônico traz as seguintes características:

Individualismo; saúde/doença como mercadoria; ênfase no biologismo; a historicidade da prática médica; medicalização dos problemas; privilégio da medicina curativa; estímulo ao consumismo médico; participação passiva e subordinada dos consumidores. (Menéndez, 1992 *apud* Paim, 2009, p.556).

Ainda dentro do modelo médico hegemônico, caracterizado por uma medicina gerida pelos moldes do capitalismo, onde a investida medicamentosa com fins curativos é o cerne do modelo saúde, temos os seguintes os modelos: médico assistencial privatista e o modelo de atenção gerenciada.

O modelo médico assistencial privatista tem como base a divisão da medicina em especialidades com o predomínio de atendimento da demanda espontânea. Há uma fragmentação do sujeito e um grande aporte tecnológico mecanicista com a investida medicamentosa centrada na clínica médica.

É o modelo de atenção a saúde mais conhecido no Brasil, apesar de contemplar o conjunto de problemas de saúde da população. Seu objetivo tem sido identificado como a doença ou o doente; seu agente, o médico, sobretudo o especialista, complementado pelos paramédicos; seus meios de trabalho são as tecnologias

médicas; e as formas de organização são as redes de serviços, com destaque para os hospitais. (Teixeira, 2002 *apud* Paim, 2009, p.557).

Ainda na lógica da medicina privada, tecnicista, outro modelo complementar ao sistema de saúde, é a medicina gerenciada. Esse novo ramo da medicina no Brasil está crescendo, com os grandes centros médicos voltados para cooperativas e planos de saúde.

Excetuando-se o estímulo ao consumo médico e o privilégio da medicina curativa (pois a prevenção pode abaixar custos e aumentar lucros dos planos de saúde), o modelo de atenção gerenciada preserva as demais características do modelo médico hegemônico, especialmente a saúde/doença como mercadoria, o biologismo e a subordinação dos consumidores (Paim, 2009, p.559).

O modelo sanitarista, segundo Paim (2009), é uma combinação de tecnologias fundamentadas na biologia e na epidemiologia. Esse modelo não enfatiza a integralidade da atenção nem a descentralização das ações de saúde.

Concentra a sua atenção em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais, deixando de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação de saúde. [...] Embora muitas campanhas tenham se transformado em programas especiais, a essência do modelo sanitarista mantém-se preservada, fortalecendo uma administração vertical, com coordenadores ou gerentes nacional, estadual e municipal (às vezes distrital e local), cujas decisões, normas e informações atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada, fragmentada, desintegrada e, muitas vezes autoritária. (Paim, 2009, p.558-9).

Ainda de acordo com Paim (2009), a ineficiência desse modelo pode ser observada fazendo uma simples consulta no *site* do Ministério da Saúde, onde se tem dezenas de programas e projetos destinados para cada tipo de enfermidade que acomete a população. “É como se a mulher não fosse adulta nem trabalhadora ou como se crianças, adolescentes e idosos não tivessem sexo.” (Paim, 2009, p.559).

Como integrantes do modelo sanitário, têm-se os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF), a vigilância sanitária e a vigilância

epidemiológica. A vigilância sanitária, segundo Paim (2009), tem sua área de atuação nos riscos, fundamentando-se no saber biomédico, jurídico e epidemiológico. Envolve um conjunto de conhecimentos voltados para a proteção em saúde capazes de prevenir, reduzir ou eliminar riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários. A Vigilância epidemiológica fica encarregada do controle das endemias e epidemias. Dessa forma, tratando-se do modelo sanitário: “Este modo de intervenção fundamenta-se na epidemiologia, na estatística, e nas disciplinas biológicas, entre outras, embora sua atuação no Brasil ainda se concentre no controle de danos em vez de controle de riscos e dos determinantes.” (Paim, 2003 *apud* Paim, 2009, p.560).

Os programas PACS e PSF, criados na década de 90 tiveram grande impacto na atenção primária à saúde, mas ainda mantém as amarras tradicionais da clínica, centrada na cura dos indivíduos, ou seja, a primeiro momento a iniciativa do programa foi levar assistência à população desassistida. Segundo Mercadante et. al. (2002), “Na sua primeira fase, a principal preocupação do Programa era com a ampliação da sua cobertura às comunidades desprovidas de assistência”.

A determinação do território e adscrição das famílias por cada comunidade permitiu um maior acompanhamento das condições de saúde das famílias, tendo em vista não só o reestabelecimento da saúde, como também a ideia de prevenção e promoção da saúde, com uso de tecnologias de alta complexidade.

Era caracterizado como uma estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em território definido. Prometia trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde, devendo ser entendido como substituto da rede básica tradicional e como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude (Paim, 2009, p. 566).

Segundo Mercadante et. al. (2002), apesar dessa maior inserção de uma equipe em saúde dentro de uma comunidade, alcançar a universalização e integralidade nos serviços do PSF é um dos grandes desafios da proposta de saúde na atenção básica. O médico generalista, que é um dos

principais profissionais responsáveis por essa institucionalização do Programa Saúde da Família, ainda mantém uma formação acadêmica que não supre as necessidades da comunidade, uma formação ainda atrelada ao modelo biomédico privatista.

Dentro dessa perspectiva de mudança de assistência a população centrada na atenção básica na qual a população teria uma assistência integral e universal em saúde, o programa encontra-se com mais um desafio à humanização em saúde, tema de fundamental importância dentro das relações entre profissionais da saúde e pacientes, sobretudo a relação médicos e pacientes.

A mudança do modelo está diretamente relacionada também ao problema da desumanização do atendimento prestado, nas diferentes modalidades assistenciais, em instituições públicas ou privadas, ainda que com características e intensidades distintas. A questão tem múltiplas raízes, entre as quais a própria ineficiência do modelo de atenção vigente, a formação do profissional, as condições de trabalho e a qualidade da gestão dos serviços. A empatia que se estabelece entre usuários e equipe do PSF, dada a frequência e a natureza dos contatos, favorece amplamente a relação médico-paciente. (Mercadante et. al., 2002, p.259).

As mudanças nos modelos de atenção em saúde requerem não apenas melhores investimentos em saúde, melhor infraestrutura, modelos alternativos de acolhimento, mas também uma reformulação na relação médico-paciente, entendendo os profissionais da área saúde e os pacientes como sujeitos singulares portadores de autonomia. Essa capacidade de desenvolvimento de autonomia, está relacionada com a quebra de paradigmas, em que o profissional médico, é o detentor da verdade científica, que vai usar de todos os apertos tecnológicos para o reestabelecimento da cura dos indivíduos.

Por isso, para a construção do cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para a sua superação. Nesse sentido, julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados

individuais a aproximações de corte sócio-sanitário. (Ayres, 2004 *apud* Paim, 2009, p. 24).

Diante do modelo tradicional da clínica centrado na doença, a clínica ampliada é uma estratégia para a sua reformulação, centrando-se na atenção ao sujeito; a doença deixa de ser o centro da clínica e o sujeito passa a ocupar tal lugar. Nessa visão ampliada da clínica, o processo saúde doença passa ser uma parte integrante dos sujeitos, de acordo com suas singularidades, saberes, desejos:

“Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente 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 *apud* Campos, 1996/1997, p.1).

Dentro dessa clínica reformulada e ampliada, a interação entre sujeitos e comunidades é estabelecida de uma forma dinâmica, onde cada sujeito tem um papel ativo dentro de uma comunidade, respeitando suas singularidades, crenças, desejos e, sobretudo, a autonomia.

VII. O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, NO CONTEXTO DA CLÍNICA.

Ao longo do tempo, com o processo de civilização e organização do ser humano em comunidade, o processo saúde-doença vai sendo transformado de acordo com o contexto social, político e econômico vigentes nas sociedades. Na antiguidade, o adoecer estava relacionado a crenças religiosas e míticas ligadas a deuses e ao tipo de sobrevivências da população (2007, *apud* Scliar, 2002).

Na Antiguidade Clássica, a vigência da explicação metafísica para os fenômenos da doença (vontade dos deuses) levava à busca de terapêuticas mágicas (oferendas,

poções, sacrifícios), ao mesmo tempo que tinham grande prestígio as práticas de recolhimento, relaxamento, em geral buscadas nos templos de Asclepius, verdadeiros hospitais do espírito, com ambiente de penumbra, banhos, repouso e outras medidas em busca de paz e equilíbrio, num insuspeitado holismo à procura do reencontro de sua *physis* que, mais do que ausência de doença, significava integração com a natureza, beleza exterior e interior, ideal de estética (Carvalho e Buss, 2009, p.142).

Na medicina grega praticada por filósofos, a construção do saber acerca da saúde-doença está enraizada no entendimento da complexidade da natureza. Para Hipócrates, a compreensão do processo do adoecer passa pela compreensão da sua relação com o ambiente (Batistella, 2007, p.32).

Quem quiser prosseguir no estudo da ciência da medicina deve proceder assim. Primeiro deve considerar que efeitos cada estação do ano pode produzir, porque as estações não são iguais, diferem muito entre si mesmas e nas suas modificações. Tem que considerar em outro ponto os ventos quentes e os frios, em particular aqueles que são universais, mostrando bem aqueles peculiares a cada região. Deve também considerar as propriedades das águas, pois estas diferem em gosto e peso, de modo que a propriedade de uma difere muito de qualquer outra. Usando esta prova, deve examinar os problemas que surgem. Porque, se um médico conhece essas coisas bem, de preferência todas elas, de qualquer modo a maior parte, ele, ao chegar a uma cidade que não lhe é familiar, não ignorará as doenças locais ou a natureza daquelas que comumente dominam. (Hipócrates, *apud* Carvalho e Buss, 2009 p.142).

Na idade média, após a queda do império Romano, instala-se o feudalismo como regime político. Nesse período, o processo de adoecimento estava relacionado entre a ideia do castigo e da redenção.

O cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre a doença e o pecado. Como este mundo representava apenas uma passagem para purificação da alma, as doenças passaram a ser entendida como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio. Consequência dessa visão, as práticas de cura deixaram de ser realizadas por médicos e passaram a ser atribuição de religiosos. (Batistella, 2007, p.35).

Com o fim da idade média e início da idade moderna, com a inovação do pensamento renascentista, têm-se o processo de racionalidade científica para o entendimento das doenças. Com essa desnaturalização dos processos saúde-doença, as causas divinas e sobrenaturais deixam de

explicar as causas de enfermidade. Nesse contexto, surgem vários modelos para explicar as causas das doenças, dentre eles o mais importante foi a teoria dos miasmas. Segundo Carvalho e Buss (2009, p.143), “a mais importante delas foi a teoria dos miasmas, que, embora inconsistente do ponto de vista científico, atribuía à insalubridade (pestilências) de ambientes físicos a origem dos fenômenos de contágio e difusão de epidemias”.

Com o desenvolvimento do estado moderno, há uma transformação do espaço urbano, o mercantilismo impulsiona o surgimento das primeiras indústrias, onde há demanda por trabalhadores e uma crescente urbanização. Dessa forma, era preciso que os novos estados mantivessem uma ordem social e produtiva das indústrias incipientes. Assim surge a medicina social, com o intuito de controlar o corpo social, dando outro aspecto do processo saúde-doença.

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sócias permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de teoria social da medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, normalmente de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. (Gutierrez, 2001 *apud* Batistella, 2007, p.41).

No mundo contemporâneo, após a revolução industrial, entra-se na era da bacteriologia. A revolução técnica científica com pesquisas e utilização de microscópicos possibilitou aos cientistas a determinação de uma causa para as doenças, caracterizando o modelo de unicausalidade. Segundo Batistella (2007, p.44), “o modelo unicausal de compreensão da doença estava baseado na existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença”.

Ao centrar o olhar na patologia para o estudo das lesões do organismo, o discurso da medicina definiu uma opção coerente com o desenvolvimento da biologia [...]. Firmou-se no pensamento médico a hegemonia do orgânico. A racionalidade científica na medicina estruturou a explicação dos fenômenos com base no estudo de mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. (Czeresnia, 1997 *apud* Batistella, 2007, p.44).

Com a consolidação do capitalismo como modelo vigente de produção e reprodução e a crescente urbanização e aglomeração de trabalhadores nas cidades após o processo de industrialização, o modelo unicausalidade não mais explicava o processo de adoecer da população.

O vigor das explicações unicasais começa a enfraquecer após a Segunda Guerra, quando os países industrializados começam a vivenciar uma “transição epidemiológica”, caracterizada pela diminuição da importância das doenças infecto-parasitárias como causa de adoecimento e morte em detrimento do incremento das doenças crônico-degenerativas. A debilidade do modelo unicausal na explicação de doenças associadas a múltiplos fatores de risco favoreceu o desenvolvimento dos modelos multicausais. (Batistella, 2007, p.45).

Segundo Batistella (2007), um dos modelos de multicausalidade mais importantes “foi proposto por Leavell e Clark (1976), esse modelo considera a interação, o relacionamento e o condicionamento de três elementos fundamentais da chamada ‘triade ecológica’: o ambiente, o agente e o hospedeiro.” (Batistella, 2007, p.46).

A tentativa mais conhecida e abrangente de construir um modelo de organização da intervenção humana sobre o processo saúde-doença foi feita por Leavell e Clark (1976), que sistematizaram os conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação no interior de um modelo denominado ‘história natural da doença’. Esta história compreende dois períodos seqüenciados: o primeiro, de pré-patogênese; e o segundo, de patogênese. No período de pré-patogênese, as manifestações clínicas da doença ainda não surgiram no indivíduo, mas as condições para o seu aparecimento existem no ambiente ou no patrimônio biológico da pessoa. [...] A interação entre os estímulos patogênicos – conhecidos ou não, infecciosos ou de outra natureza - e o indivíduo leva às transformações fisiopatológicas que se manifestam por sinais e sintomas da doença, atingindo o que os autores denominam de ‘horizonte clínico’. Este é o período de patogênese, no qual os processos mórbidos são mais reconhecíveis e podem ser foco de ações no sentido de evitar ou retardar a progressão de seu curso. (Carvalho e Buss, 2009, p.147).

Com a consolidação da medicina moderna científica enraizada nas normas capitalistas, centrada no âmbito hospitalar, têm-se o desenvolvimento do modelo biomédico, centrado na cura dos indivíduos. Nesse novo modelo, a saúde era entendida como ausência de doença.

Os fenômenos são explicados pela nova racionalidade a partir do estudo, baseado na observação e na experiência, das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais.

Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia. Essa profunda transformação na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje. [...] esse modelo passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica. (Batistella, 2007 p.53).

Com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, tem-se uma nova visão no processo saúde-doença, o conceito de saúde passa a ser entendido como um estado de bem-estar. Segundo a Organização Mundial de Saúde, “a saúde foi enunciada como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Para Canguilhem, não há limites precisos entre o normal e o patológico, “aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado.” (Canguilhem, 1990, p.71).

Distinguindo anomalia de estado patológico, variedade biológica de valor vital negativo, atribui-se, em suma, ao próprio ser vivo, considerado em sua polaridade dinâmica, a responsabilidade de distinguir o ponto em que começa a doença. Isso significa que, em matérias de normas biológicas, é sempre o indivíduo que devemos tomar como ponto de referência, porque, como diz Goldstein, em determinado indivíduo pode se encontrar “a altura dos deveres resultantes do meio que lhe é próprio” [46,265], em condições orgânicas que, para um outro indivíduo, seriam inadequadas ao comprimento desses deveres. (Canguilhem, 1990, p.71).

O modelo de saúde de uma sociedade está atrelado ao processo cultural sobre saúde e doença da população. Dentro desse contexto de complexidade da formação do ser humano, tem destaque um recente campo da medicina originário da antropologia social e cultural, a antropologia médica. Segundo Helmam (1994, p.21), “A antropologia médica trata de como as pessoas, nas diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas das doenças, os tipos de tratamento em que acreditam e a quem recorrem se ficam doentes”.

A antropologia estuda como se dá o processo de formação de saberes dentro do contexto cultural de cada sociedade. A complexidade do processo saúde-doença dos indivíduos vai além da determinação fisiológica e biológica, está atrelada a um meio social, econômico e ambiental.

Os antropólogos, ao estudar o extremo sociocultural desse espectro, ressaltaram que, em todas as sociedades humanas, as crenças e práticas relacionadas a problemas de saúde são características fundamentais de uma cultura. Geralmente estão ligadas a crenças sobre a origem de uma ampla gama de infortúnios (acidentes, conflitos interpessoais, acidentes naturais, colheitas fracassadas, roubos ou perdas), dos quais a doença é apenas mais um exemplo. (Helmam, 1994, p.26).

Como o processo cultural pode influenciar ou mesmo determinar o processo de estabelecimento da saúde ou da doença? O entendimento holístico de formação do ser humano, levando em conta suas crenças, desejos, medos, ansiedades, que são apreendidos e repassados de geração em geração, é a base para a interligação entre cultura, saúde e doença. Assim, permite a compreensão da subjetividade e objetividade do próprio corpo, bem como seus limites culturalmente estabelecidos.

A expressão “imagem do corpo” é usada para descrever todas as formas com que o indivíduo conceitua e experiêcia o próprio corpo, consciente ou inconscientemente. Na definição de Fisher, a expressão engloba “suas atitudes coletivas, seus sentimentos, e fantasias sobre seu corpo”, e também “a maneira pela qual a pessoa aprendeu a organizar e integrar suas experiências corporais.” A cultura do grupo em que crescemos nos ensina como perceber e interpretar as muitas mudanças que podem ocorrer em nosso corpo ao longo do tempo, assim como nos corpos de outras pessoas. Aprendemos a distinguir um corpo “jovem” de um “idoso”, um corpo “doente” de um corpo “saudável”; a definir “uma febre” ou “uma dor” uma sensação de “inabilidade” ou “ansiedade”. Aprendemos também a considerar algumas partes do corpo como “públicas” e outras, “privadas” e a entender algumas funções corporais como aceitáveis socialmente e outras, moralmente impuras. (Helmam, 1994, p.30).

Dessa forma, as experiências corporais físicas ou psicológicas vivenciadas pelos indivíduos no contexto político e econômico vigentes nas sociedades determina como as pessoas lidam com seu adoecimento, como fica evidenciado no relato de caso abaixo: ‘A imagem do Corpo’.

Uma mulher de 60 anos de idade, branca, foi admitida na ala clínica do Massachusetts General Hospital apresentando edema pulmonar secundário à doença

aterosclerótica cardiovascular e deficiência cardíaca congestiva crônica. À medida que ia recuperando-se, ela começou a comportar-se de forma esquisita: induzia o vômito e urinava na cama com frequência. Um psiquiatra foi chamado para opinar sobre o caso. Descobriu, através de questionário minucioso, que do ponto de vista da mulher, aquele comportamento fazia sentido. Os médicos haviam lhe dito que ela tinha “água nos pulmões”. Esposa e filha de encanadores, julgava que o tórax estava ligado à boca e à uretra através de “canos”. Por isso, urinava e vomitava com frequência para remover o máximo de água de seus pulmões. Explicou o fato de urinar muito pela ingestão de “pílulas diuréticas” que, segundo havia sido informada, eliminaria a água do tórax ao fazê-la urinar. Após receber esclarecimentos sobre o real funcionamento dos “encanamentos” do organismo humano (com auxílio de diagramas), o comportamento estranho cessou imediatamente. (Helman, 1994, p.35).

Afinal, então o que é doença? Para Canguilhem (1990, p.73), “A doença passa a ser uma experiência de inovação positiva do ser vivo, e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo. O conteúdo do estado patológico não pode ser deduzido — exceto pela diferença de formato — do conteúdo da saúde: a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida”.

Esse conceito ampliado de saúde, entendendo o processo saúde-doença em um sentido dinâmico, e não apenas uma determinação normativa, permite buscar o fortalecimento de uma visão ampliada da prática clínica, dinamizando a construção de saberes políticos, econômicos e sociais. Segundo Canguilhem (2006 *apud* Batistella, 2007, p81), “a formação dessa capacidade normativa põe em evidência outra importante dimensão de uma prática: a ação educativa”.

Para a grande saúde, é preciso aceitar que a vida é constituída inevitavelmente de dor e prazer, que o corpo se desgasta inevitavelmente para viver, que a morte é também inevitável, e que é preciso aceitar e elaborar perdas, para poder-se aceitar e aprovar tragicamente a vida; e não fingir que perdas não existem, ou depreciar esta vida em nome de um ideal de imortalidade ou de nirvana, de euforia ou de analgesia. O médico abre mão, assim, da fantasia onipotente de ser um semi-deus armado de uma Ciência supostamente infalível, para conquistar a potência possível, efetiva e humana, de apoiar, com sua técnica e sua arte, outro ser humano num momento de debilidade. (Martins, 2003, p.30).

VIII. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PRÁTICA CLÍNICA

As preocupações com o processo de adoecimento sempre estiveram presentes na humanidade. Antes de Hipócrates, quando a medicina estava ligada a um cunho mágico-religioso, a relação entre médico e paciente era um tipo de intermediação entre os deuses e os pacientes, que precisavam se livrar da enfermidade; os médicos eram tidos como feiticeiros ou sacerdotes.

Nas diferentes culturas, o papel da cura estava entregue a indivíduos iniciados: os sacerdotes incas, os xamãs e pajés entre índios brasileiros; as benzedeiras e os curandeiros na África. Considerados líderes espirituais com funções e poderes de natureza ritualística, mágica e religiosa, mantinham contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza. Encarregados de realizar a cura, erradicando o mal e reintegrando o doente a partir de diferentes recursos extáticos de convocação, captura e afastamento dos espíritos malignos, os curandeiros valem-se de cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas psicoativas, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, escarificações, extração da doença pela provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos. (Batistella, 2007a p.29).

Com desenvolvimento da civilização grega, e sobretudo através do pensamento de Hipócrates, começa a consolidar uma base racional para a medicina; de acordo com Batistella (2007a, p.31), “o apogeu da civilização grega vai representar o rompimento com a superstição e as práticas mágicas, e o surgimento de explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença”.

Para Hipócrates, o médico deveria solucionar os problemas do doente usando de todos os meios possíveis para causar o bem para o doente, e não lhe causar nenhum mal, como fica evidenciado no trecho do Juramento Hipocrático: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.” (CREMESP, 2001).

Ao longo do tempo, a interação entre esses dois sujeitos, o médico e o paciente, estabelecia-se de forma unilateral. Esse modelo de medicina paternalista centrado nos princípios hipocráticos tinha

como característica principal o poder de decisão do médico frente às necessidades dos pacientes. Dessa forma, o médico sabia e decidia o que era melhor para o paciente.

A relação médico-paciente dessa época é comparada por Diego Gracia à do governante em relação aos cidadãos gregos, citando a obra *A República*, de Platão, segundo a qual o governante (um filósofo), sabendo o que é melhor para o povo, deveria ter o poder absoluto, cabendo ao cidadão obedecer às ordens do governante sem questionamento. Assim também o médico, por dominar a técnica e a arte médica, deve dar ordens e o paciente, obedecer e ser submisso. (Marques Filho, 2011, p.180).

Segundo Almeida (1999, p.14), “o princípio de beneficência, associado ao de não maleficência, guiou a prática médica durante dois mil e quinhentos anos, tendo como referência os preceitos éticos hipocráticos”.

Com a consolidação da medicina no campo racional, acompanhando o positivismo da ciência, o hospital passa a ser o principal meio para o processo de cura dos indivíduos, como relata Foucault (1979, p.63): “a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar”. Dessa forma, às práticas do saber médico passaram a ser individualizadas entre o médico e paciente.

Tratando dos modelos de relação médico-paciente, Silva (2010) cita aqueles descritos por Goldim e Francisconi num trabalho publicado em 2000: o modelo sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista.

De acordo com Goldim citado por Silva (2010), o modelo sacerdotal tinha como pilar a tradição hipocrática, na qual o médico assumia uma postura paternalista em relação ao paciente; o médico tinha o poder, em nome da beneficência, de decidir o que era melhor para o paciente, definindo assim, uma relação de dominação por parte do médico e de submissão por parte do

paciente. De acordo com o filósofo Franklin citado por Marques Filho (2011, p.180), “o paternalismo é o resultado do caráter assimétrico da relação médico-paciente, caracterizada pela fragilidade do paciente e pela força do médico”.

Ainda de acordo com Goldim citado por Silva (2010), a partir de 1992, ficou estabelecido que o modelo sacerdotal passaria a ser chamado de modelo paternalista. No modelo de engenheiro, segundo Goldim (*apud* Silva 2010, p.421), “o poder de decisão pertence ao paciente. O médico prestaria informação e o paciente assumiria a poder de decisão”. De acordo com Goldim os outros dois modelos, colegial e contratualista, se caracterizavam por:

No modelo colegial a tomada de decisão é tomada de forma igualitária, compartilhada pelo médico e pelo paciente, não prevalecendo o poder da autoridade do médico, respeitando o direito do paciente. No modelo contratualista, o médico manteria sua autoridade, preservando seus conhecimentos e se responsabilizando pela tomada da decisão. O paciente, por sua vez, também participaria, fazendo valer suas crenças e desejos, de acordo com seus valores morais e pessoais. (Silva, 2010, p.421)

De acordo com Almeida (1999), a legitimação social da medicina aliada à racionalidade científica, que instituiu a anatomia patológica como um dos pilares para a compreensão do processo de saúde-doença na prática clínica, e configurou seus sinais e sintomas biológicos da doença, fundamentou o ponto de vista no qual o leigo é incapaz de avaliar seu próprio problema e de resolvê-lo. Para o autor, “a confiança do paciente baseia-se, essencialmente, na convicção de que o médico detém os conhecimentos necessários à resolução do seu problema e o respeito do médico ao paciente é fundamentado nos princípios éticos da beneficência e não maleficência.” (Almeida, 1999, p.21).

A relação médico-paciente é o encontro entre dois sujeitos, um detentor do conhecimento científico institucionalizado, com o positivismo da ciência médica, e o outro, um paciente desprovido de conhecimento científico. Segundo Kleinman Citado por Helmam (1994, p.128), “a consulta clínica, é o momento de transição entre os modelos explicativos leigo e profissional – embora

também represente a transição entre duas partes separadas por diferenças de poder social e simbólico”.

Para Boltanski (2004), a relação médico-paciente não é apenas uma interação entre dois sujeitos que possuem saberes diferentes e que vai institucionalizar formas diferentes de abordar o processo saúde-doença, mas é também uma relação de classe social.

Longe de ser uma simples relação “de homem para homem” ou, como quer a ideologia médica - que ensina a ver no doente apenas um ser abstrato e indiferenciado, sem levar em consideração, por exemplo, sua classe social ou sua religião – “o encontro de uma consciência e de uma confiança”, ou ainda como descrevem alguns sociólogos, apenas a relação entre um especialista e um profano, a relação doente-médico é também sempre uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente. (Boltanski, 2004, p.40).

O autor ressalta ainda que médicos e pacientes das classes populares não falam a mesma língua, há uma distância simbólica na relação determinada não só por serem de classes diferentes, mas por serem fundamentadas em conhecimentos diferentes, sendo o conhecimento médico legitimado como verdadeiro (Boltanski, 2004). Como exemplifica Boltanski em um relato de caso:

“O médico não é tagarela. Faz as perguntas, que quer saber, mas eu não tenho coragem de lhe fazer muitas perguntas, ele não gosta muito que lhe façam perguntas. Tira a pressão e diz “a senhora está com treze”, mas não gosta que façam perguntas. “A senhora precisa se cuidar, dizem eles, não tem que ficar perguntando o que tem”. A gente tem que se deixar guiar por eles, ter confiança, e só. Toma-se tal remédio sem saber se é para essa ou aquela coisa” (Vervins, mulher de operário, 37 anos). (Boltanski, 2004, p.36-7).

De acordo com Boltanski (2004), essas relações entre sujeitos de classes diferentes moldam os diferentes tipos de poder inerentes às relações médicos-pacientes na prática clínica. Esse tipo de poder vai ser determinado pelo médico, frente às diversas estratégias, condicionadas diante da consulta clínica.

É em função dessa imagem social que o médico definirá sua estratégia frente ao doente, as diversas estratégias possíveis visando, habitualmente, mas em graus diferentes segundo a classe social do doente, a fazer-lhe reconhecer a autoridade do médico e aceitar sua vontade todo-poderosa, desapropriando-o de sua doença e até mesmo, de certo modo, de seu corpo e sensações. (Boltanski, 2004, p.43).

De acordo com Fernandes (1993, p.23), “a prática médica coloca-se, portanto, como um instrumento de consenso/coerção, assegurando a manutenção de uma determinada hegemonia de classe”.

Dentro da complexidade da relação médico-paciente, os problemas de saúde são vistos de formas diferentes por médicos e doentes. Eles possuem diferentes formas de expectativa, explicação e expressão de sentimentos, o que pode muitas vezes ser um fator para conflitos na relação. Segundo Helmam (1994, p.105), “as definições de ‘saúde’ e ‘doença’ variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais”.

Com a crescente reivindicação por partes de grupos ligados aos direitos humanos, começa-se a questionar os tipos de relações médicos-pacientes, dentro do modelo biomédico, fazendo crítica de que o médico não possui total autoridade sobre o corpo humano.

Entre as contribuições fundamentais das ciências humanas e sociais ao campo da saúde inclui-se a crítica à hegemonia, ainda incontestável, do paradigma biológico e naturalista da chamada biomedicina ou medicina ocidental contemporânea. Além de todas as críticas que vêm sendo feitas em relação à dinâmica do processo de institucionalização e socialização da medicina, estudos indicam a necessidade de reflexões relacionadas às próprias concepções de saúde e doença. (Soares e Camargo Junior, 2007, p.66).

Como ressalta Silva (2010), a partir da introdução do termo bioética pelo cancerologista Van Potter na década de 70, tem-se início as reflexões sobre os dilemas éticos acerca da saúde do indivíduo, como: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. Segundo Silva (2010, p.421), “o princípio de respeito à vida, constitui o princípio mais invocado na sociedade ocidental como fulcro das normas morais, das regras do direito, das políticas sócias e dos direitos humanos”.

Diante da singularidade presente na relação médico-paciente, é preciso instigar a autonomia dos pacientes e dos médicos como formas de romper com o tradicional modelo biomédico. É preciso entender o processo terapêutico de forma dinâmica, singular e que ambos, médicos e pacientes, são responsáveis pela construção do plano terapêutico. Segundo Soares e Camargo Junior (2007), a decisão entre procedimentos e processos terapêuticos deve ser tomada por médico e paciente de forma conjunta, sendo ambos corresponsáveis pela decisão.

Para se ter uma relação médico-paciente simétrica, o estabelecimento da autonomia do paciente é de fundamental importância para o sucesso terapêutico: “tais propostas têm como base estudos empíricos que mostraram a associação entre um maior apoio à autonomia do paciente e melhores resultados, por exemplo, em tratamentos por abuso de drogas, redução de peso e adesão aos tratamentos.” (Soares e Camargo Junior, 2007 p.71). De acordo com Soares e Camargo Junior (2007), reconhecer a autonomia como algo inerente aos seres humanos, além de garantir melhores resultados no processo terapêutico e relações médicos-pacientes mais simétricas, permite uma democratização do saber.

VIII.1 PRINCÍPIOS DE AUTONOMIA

O Iluminismo, com sua inovação no mundo moderno, coloca a racionalidade na construção do processo histórico. Centra-se na concepção de sujeito autocrítico e autoconsciente, determinado por uma história de base filosófica, caracterizada pelo subjetivismo.

Como subjetividade, para Habermas, os tempos modernos são marcados por quatro princípios: a) o individualismo (a singularidade infinitamente particular que faz valer as suas pretensões); b) o direito a crítica (cada um só pode aceitar o que lhe parece justificado); c) a autonomia da ação (somos responsáveis por nossa ação); d) a filosofia idealista (que apreende a ideia que a consciência tem dela mesma). O

sujeito é soberano, crítico, livre e reflexivo e faz valer seu valor discernimento individual. (Reis, 2005, p.32).

Segundo Reis (2005, p.30), “as filosofias das histórias expressavam os ‘novíssimos tempos modernos’: uma sede radical de ‘sentido histórico’. Uma fome de ‘humanidade universal’, fraterna, unida em busca de um futuro comum e feliz”.

O mundo moderno fundamenta-se na construção de uma possível transição de uma história metafísica para uma história científica centrada na lógica da verdade. Constrói a crítica ao individualismo, à historicidade e à construção linear do processo histórico, e redefine a ideia do passado, presente e futuro.

A ideia de progresso exprime a nova situação do homem como criador, produtor do futuro. A profecia previa o fim da história; a utopia prevê a realização história. [...] O futuro não é mais o fim do mundo. Agora, a espera é outra: a realização da história, do progresso, como obra dos homens, que se tornam competidores de Deus na criação do mundo. (Reis, 2005, p.30-1).

Com o advento da pós-modernidade, há uma desconstrução do saber histórico, entra-se num contexto onde a ciência passa por uma transformação tão rápida que gera uma automatização da vida e do corpo social. Segundo Reis (2005, p.52), “os processos sociais se aceleram sem criar mudança profunda, pois a esfera da cultura está esgotada, cristalizada. A cultura moderna se cristalizou porque usou todo seu potencial”.

Com a concepção pós-estruturalista do mundo pós-moderno, cria-se um novo contexto histórico acerca da construção dos sujeitos, suas leis, suas instituições, sua autonomia e práticas que regulam o corpo social.

A pós-modernidade desconstrói a metafísica humanista da subjetividade moderna – deslegitima, deslembra, desmemoriza, quer esquecer o discurso da razão que levaria

ao totalitarismo, ao holocausto, às guerras mundiais. Desacreditada a razão, passa-se à sua desconstrução. Tudo o que ela havia reprimido é valorizado: o homem selvagem, a loucura, a criança, a mulher, o delinquente, o doente, o analfabeto... Descubrem-se outras lógicas, a pluralidade cultural. A alteridade torna-se um problema histórico mais interessante do que o da identidade universal. (Reis, 2005, p.45).

Nessa nova visão do sujeito, partindo da sua desconstrução social e histórica, têm-se novas formas de pensar a autonomia dos indivíduos frente às suas necessidades, seus desejos, suas políticas, suas leis morais, que regem o corpo social. Segundo Segre et al. (2009, p.3), “a crítica mais contundente ao modelo clássico de sujeito foi feita a partir das concepções de Freud, que não apenas interdita qualquer definição metafísica substancial da consciência como também fazem depender a instância consciente de camadas mais profundas que escapam ao acesso e ao controle do pensamento consciente”.

Para Segre et al. (2009), a ideia de autonomia dos sujeitos pode ser usada de diferentes formas de acordo com o processo histórico filosófico. Na concepção kantiana, a autonomia é uma propriedade constitutiva do ser humano; mas para a visão utilitarista, a autonomia não se baseia na vontade, e sim no agir da pessoa:

Esta diferença, aparentemente irrelevante, tem consequências importantes na prática da bioética porque, segundo a concepção kantiana, infringir o princípio de autonomia consiste em violar substancialmente a própria pessoa, ao passo que para a concepção utilitarista infringir o princípio de autonomia pode ser justificado tendo em conta outros objetivos desejáveis e, portanto, úteis à própria pessoa. (Segre et al., 2009 p.5).

Na relação médico-paciente, existe um encontro entre dois sujeitos, no qual o paternalismo e a autonomia são complementares. Segundo Marques Filho (2011), não pode existir um paternalismo absoluto, nem uma autonomia absoluta. O equilíbrio entre esses dois é que vai determinar a simetria ou assimetria na relação médico-paciente.

Meu paciente me traz um problema; é preciso que ambos desejem se respeitar mutuamente e colaborar com o outro para o sucesso do tratamento, cujo andamento deverá ser negociado conjuntamente a cada momento crucial, e as decisões que somente o terapeuta poderá tomar deverão ser comunicadas e neste sentido partilhadas com aquele que se submeterá à ação. (Martins, 2003, p.29).

De acordo com Hossne citado por Marques Filho (2011, p.180), “o princípio da autonomia foi uma das conquistas bioéticas mais importantes do século e alavancou o surgimento de novos conflitos na relação médico-paciente, que devem ser enfrentados e refletidos por ambos os atores dessa relação especial”.

Para Onocko Campos e Campos (2006), autonomia e saúde não podem ser consideradas conceitos estáticos, mas como valores dinâmicos, que mudam de acordo com a construção social. Dentro do contexto ampliado sobre saúde na prática clínica, é que entraria a concepção de co-constituição de autonomia e co-produção em saúde no processo saúde doença. Dessa forma, segundo Onocko Campos e Campos (2006), autonomia não pode ser vista como o contrário de dependência ou de liberdade. “Ao contrário, entendemos autonomia como a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências . Autonomia poderia ser traduzida, segundo esta concepção, em um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos.” (Onocko Campos e Campos, 2006, p.2).

A co-constituição de autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. Por este motivo nos referimos sempre a co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades ou coprodução do processo de saúde/doença. O sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. (Onocko Campos e Campos, 2006, p.2).

Na relação médico-paciente, é de fundamental importância essa co-produção e co-constituição, não só para o estabelecimento da autonomia do médico e do paciente, mas também para

se ter uma maior simetria na relação médico-paciente, determinando um adequado plano terapêutico, de acordo as necessidades e dificuldades encontradas nessa singular relação. Como ressalta Rifkin (1986 *apud* Fernandes, 1993, p.25) “os profissionais médicos não podem ditar nem controlar o envolvimento das pessoas, mas apenas servir como recursos para suas escolhas”.

De acordo com Morin citado por Soares e Camargo Junior (2007), nessa concepção de autonomia complexa, em que os indivíduos estão dentro de uma rede de interações que estabelece dependências, o conceito de autonomia é relativo e relacional: “autonomia implica, também, uma enorme responsabilidade consigo e com os outros.” (2007, p.72).

Quanto mais um sistema desenvolver sua complexidade, mais poderá desenvolver sua autonomia, mais dependências múltiplas terá. Nós mesmos construímos nossa autonomia psicológica, individual, pessoal, por meio das dependências que suportamos [...]. Toda a vida autônoma é uma trama de incríveis dependências. (Morin, 1996 *apud* Soares e Camargo Junior, 2007, p.72).

VIII.2 RELAÇÕES DE PODER INERENTES À PRÁTICA CLÍNICA

Segundo Foucault (1979), é com a organização da medicina, no âmbito do estado, da política e do espaço urbano, que a medicina científica vai se desenvolver após o século XVIII, permitindo, além da construção da medicina como uma verdade científica centrada no complexo hospitalar, também uma medicina reguladora do corpo social, que o autor supracitado denominou biopoder: “O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”. (Foucault 1979, p.47)

A reorganização pela qual passou o mundo europeu após as grandes navegações, com o surgimento do mercantilismo como sistema econômico, permitiu que os países europeus organizassem seu estado, sua economia e suas cidades de acordo com suas necessidades políticas e ideológicas. Segundo Foucault:

Nesta perspectiva, a França, a Inglaterra e a Áustria começaram a calcular a força ativa de suas populações. E assim que, na França, se estabelecem estatísticas de nascimento e mortalidade e, na Inglaterra, as grandes contabilidades de população aparecem no século XVII. Mas, tanto na França quanto na Inglaterra, a única preocupação sanitária do Estado foi o estabelecimento dessas tabelas de natalidade e mortalidade, índice da saúde da população e da preocupação em aumentar a população, sem entretanto, nenhuma intervenção efetiva ou organizada para elevar o seu nível de saúde. Na Alemanha, ao contrário, se desenvolverá uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população. (Foucault, 1979, p.49).

Para Foucault (1979), o desenvolvimento da medicina, passou por três estágios na chamada medicina social, a saber: a medicina de estado, a medicina urbana, e a medicina econômica. Esse três modelos de construção do saber médico, aliados às práticas econômicas, políticas e sociais, criaram a base fundamental e ideológica para a consolidação da medicina científica no século XX.

A medicina de estado se desenvolveu na Alemanha, por naquela época ser um país sem unificação, formado por vários “estados”, e por ser uma economia pouco influente na Europa. Segundo Foucault (1979, p.48), “o Estado moderno nasceu onde não havia potência política ou desenvolvimento econômico e precisamente por essas razões negativas. A Prússia, o primeiro Estado moderno nasceu no coração da Europa [...]”. A medicina urbana se desenvolveu na França devido à grande urbanização das cidades, aliada à falta de organização e unificação. Nessa falta de estruturação do estado Francês, surge a necessidade da implementação de práticas sociais no campo da saúde, voltadas para regular o corpo social, que de acordo com Foucault (1979):

E com o desenvolvimento das estruturas urbanas que se desenvolve, na França, a medicina social. [...] Portanto, o primeiro objetivo da medicina urbana é a análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano. A medicina urbana tem um novo objeto: o controle da circulação. Não da circulação dos indivíduos, mas das coisas ou dos elementos, essencialmente a água e o ar. (Foucault, 1979, p.50-3).

O último estágio de desenvolvimento da medicina social, que seria a medicina atrelada ao capital, ocorreu na Inglaterra, onde o desenvolvimento industrial e da classe trabalhadora foi mais

significativo. Como ressalta Foucault (1979, p.55): “a medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último. Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização”.

Nessa última parte de desenvolvimento da medicina social, a medicina atrelada ao capital é que a medicina se centra na concepção de saúde como um ideal, uma moral, caracterizada pela norma. Essa medicina moderna, que é a prática médica atrelada a um conhecimento científico detentor de uma verdade absoluta, excludente, institucionalizada na prática hospitalar, irá reduzir as pessoas a doenças, normalizadas no âmbito da anatomia e fisiologia.

Nesse contexto positivista da medicina, o médico passa a ser o detentor de “verdades” institucionalizadas cientificamente, com finalidades paternalistas para poder guiar o paciente dentro do contexto da relação médico-paciente. Ou seja, o profissional médico passa a ter poder de regular o corpo dos indivíduos doentes para que estes se enquadrem dentro de um ideal de saúde projetado pelo sistema capitalista.

A crença na Ciência - como toda crença, nada científica - tende a levar o médico que a ela adere consciente ou inconscientemente a assumir uma posição de onipotência diante da dita doença do paciente e, por conseguinte, diante do próprio paciente. Aquele passa a ser visto como devendo necessariamente submeter-se a sua tutela, de modo por vezes incondicional. Algo da ordem de uma abdicação temporária - enquanto for ‘seu paciente’ - de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo. Passa a ser visto como um amontoado de órgãos, como uma máquina que ‘deu defeito’ e que precisa ser reparada segundo o que a Ciência do médico diz. É esta crença na ‘verdade científica’ que faz com que o médico acredite que pode, ou mesmo deve, se dar ao direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a ‘verdade’. Ou, ao menos, o discurso da ‘verdade científica’ é o que lhe serve de álibi para o exercício de poder sobre o paciente. (Martins, 2003, p.25).

Segundo Martins (2003), esse controle da medicina sobre o corpo humano, essa despersonalização dos sujeitos no processo saúde-doença, no qual os pacientes são vistos apenas

como doenças, não só contraria os princípios de autonomia dos sujeitos sobre seu corpo, como também é a base para a medicalização da vida.

É preciso superar, então, a lógica que vem regendo a utilização de medicamentos na biomedicina, que vem da desconfiança da capacidade da natureza, da crença no poder do homem de controlar a natureza, característica do pensamento iluminista. Como já foi discutido, a farmacoterapêutica é ainda desenvolvida dentro da perspectiva da racionalidade científica mecanicista, buscando principalmente estimular ou inibir funções bioquímicas ou fisiológicas no homem para aliviar ou eliminar sintomas ou para alterar favoravelmente o curso de uma doença. Até que ponto os medicamentos vêm sendo utilizados no sentido de estimular a capacidade própria dos seres humanos de se auto-recuperarem ou de instituírem novas normas de vida? (Soares e Camargo Junior, 2007, P. 75).

Ainda de acordo com Martins (2003, p.25), “em termos mais gerais, o médico positivista, organicista e cientificista é um reflexo de interesses financeiros mundiais, que em nome da Ciência impõe uma medicalização da vida, para fins financeiros”. Desta forma, o autor questiona: “mas que fronteira pode haver entre tal ideal de saúde, alienante e submisso ao poder médico, e algo da ordem da saúde, não ideal, mas efetiva, vinculado à potência singular da pessoa?” (Martins, 2003, p.22).

Para fomentar essa questão, o autor faz menção a um questionamento feito por Foucault (1979) sobre os ritos religiosos populares:

Senão uma espécie de resistência difusa à medicalização autoritária de seus corpos e doenças? Em lugar de ver nessas práticas religiosas um fenômeno residual de crenças arcaicas ainda não desaparecidas, não serão elas uma forma atual de luta política contra a medicalização autoritária, o controle médico? (Foucault, 1979, p.97 *apud* Martins, 2003, p.22).

Para Martins (2003), a ideia do questionamento não é levantar a possibilidade de comparar uma forma de intervenção, mágica e científica, com a outra, nem referir qual melhor ou pior, mas de pensar que talvez essa resistência seria uma forma de autonomia de uma coletividade contra o poder médico.

Autonomia no que diz respeito não somente à forma como serão tratados, como também à determinação de seu modo de vida e de conduta. Autonomia, portanto, aqui entendida não no sentido kantiano de uma responsabilização moral, de uma elite sobre aqueles acusados de não seguir a norma ou a razão, mas no sentido espinosano de uma assunção de si de corpo e alma, no respeito à realidade presente de cada um. (Martins, 2003, p.22).

IX. A CONSTRUÇÃO DO SUJEITO NA PRÁTICA DA CLÍNICA AMPLIADA

Atualmente, com a grande transformação que ocorreu no saber médico, sobretudo após a revolução técnico-científica, quando um aparato de tecnologias diagnósticas e terapêuticas se tornou o centro da tradicional clínica, ocorreu um grande “afastamento” entre médicos e pacientes na prática clínica. As singularidades dos sujeitos são colocadas de lado em prol de uma medicina científica detentora da verdade, onde foca-se cada vez mais no aspecto biológico dos indivíduos para delimitar seu processo de enfermidade.

Este é um poder que se legitimou historicamente através de sua articulação com o cientificismo biomédico ajudando a formar a tríade medicina-ciência-poder que influencia o modo do médico olhar para o mundo e de expressar-se usando uma linguagem própria e codificada por este saber. O distanciamento do médico em sua relação com o cliente determina pouco espaço - talvez pouca necessidade - para que ele assuma a existência do outro como sujeito na explicação e intervenção sobre o adoecimento. Deste modo, o encontro com o paciente pode se limitar apenas a uma busca por elementos definidores do diagnóstico e do tratamento das lesões. Conseqüentemente, predomina na clínica tradicional uma comunicação de caráter informativo, investigativo, normativo e limitador da liberdade e da autonomia do outro. (Favoreto, 2008, p.106).

No modelo de saúde médico hegemônico, a relação entre médico e paciente está fragilizada, há uma desumanização dessa relação, os pacientes são vistos como um amontoado de órgãos e sintomas, sendo suas singularidades, desejos, sentimentos excluídos do processo terapêutico.

A doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo, fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais. (Caprara e Franco, 1999, p. 650-1).

Dessa forma, uma das principais políticas do Ministério da Saúde (2009), é o processo de humanização das práticas de saúde, entendendo o processo-saúde como dinâmico e complexo, respeitando as singularidades entre os sujeitos, não rotulando todos como iguais; cada pessoa é portadora de saberes que podem contribuir para o reestabelecimento da saúde.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. (Ministério da Saúde, 2009, p.8).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), a produção em saúde envolve uma rede complexa de apoio e interação presentes nas comunidades. Dentro dessa complexidade de correlação, está presente a política, clínica, gestão, saberes, cultura, os modelos de saúde. Dentro desse contexto de produção em saúde, está a construção de políticas de fortalecimento dos sujeitos para se tornarem mais participativos no processo saúde-doença efetuando sua autonomia, tanto âmbito individual quanto coletivo.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a participação dos sujeitos no processo saúde-doença é fundamental para a produção ampliada em saúde. A singularidade de cada pessoa remete de maneiras diferentes em quais condutas e decisões terapêuticas devem ser tomadas, englobando o meio cultural e político em que vive o sujeito.

Outro aspecto diz respeito à urgente necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto

coletivamente. Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico. (Ministério da Saúde, 2009, p.12).

A clínica ampliada é uma alternativa para a consolidação da participação dos sujeitos no processo saúde-doença, buscando integrar vários campos do saber na construção de saberes para a produção em saúde, tendo como foco o sujeito inserido em sua comunidade com sua cultura e singularidade, fortalecendo sua autonomia e participação no processo terapêutico.

IX.1 O SUJEITO NA PRÁTICA CLÍNICA

Campos (1996/1997), ao escrever sobre o sujeito na prática clínica, traz a ideia de sujeito abordada por Sartre, Basaglia e Gramsci, que rompem com a dialética entre sujeito e objeto. Dessa forma, o sujeito é criador de sua própria existência individual e coletiva. Para Campos, “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”. (Campos, 1996/1997, p.3).

Para Campos (1996/1997), a mudança da prática clínica centrada no sujeito e não na doença deve acontecer tendo uma visão integral dos sujeitos, esses portadores de desejos, sentimentos, dor, raiva, mas também portadores de enfermidades, que são inerentes à vida humana.

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 dinâmica 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. (Campos, 1996/1997, p.3).

Segundo ainda o autor, colocar a doença entre parênteses na prática clínica, partindo da ideia do sujeito que está doente, não significa fazer um antagonismo entre sujeito e doença, mas realçar a ideia de que as singularidades que estão presentes nos sujeitos podem influenciar positivamente ou negativamente o processo saúde-doença. Colocar a doença entre parênteses é uma prática para diminuir as disparidades dos poderes exercidos no modelo biomédico. (Campos, 1996/1997).

Na prática clínica do modelo biomédico, o sujeito é abordado apenas em seu aspecto biológico; tem-se uma objetivação dos sujeitos para excluir todas as suas singularidades; o papel do sujeito fica inexpressivo. Nessa passividade, no decorrer do processo terapêutico, a doença toma totalmente o corpo do indivíduo; há uma despersonalização dos sujeitos, que passam a ser conhecidos como hipertensos, diabéticos, aidéticos dentre outros.

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. (Campos, 1996/1997, p.4).

Para Campos (1996/1997), essa ampliação dos sujeitos na prática clínica, considerando os indivíduos como pessoas concretas e portadoras de enfermidades, é a base para a reformulação da prática clínica, estabelecendo uma construção de práticas educativas no âmbito da saúde. “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”. (Campos, 1996/1997, p.5).

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 influi inclusive na definição sobre a que clínica se deveria recorrer. (Campos, 1996/1997, p.5).

Partindo da ideia de sujeitos co-participativos dentro da prática clínica, Cunha (2007) relata a percepção dos sujeitos formados a partir da compreensão de fenômenos internos e externos ligados a cada contexto em que os indivíduos estão inseridos: “da tensão entre o universal e o particular resultaria o sujeito singular, região de contato do interno com o externo em que se conformam e são expressas sínteses entre o sujeito e o seu contexto”. (Cunha, 2007, p.53).

Dessa forma, segundo Cunha (2007), a clínica seria o encontro entre os sujeitos co-produzidos por forças internas e externas, estabelecidas em cada contexto histórico. E cada um dos sujeitos tem suas singularidades que influenciam a formação do saber em saúde e sobretudo as práticas de saúde dentro da clínica.

Dentro desse contexto de sujeitos co-produzidos e co-participativos, Campos (2001/2003), realça a importância de se pensar em saúde como uma construção de práticas educativas relacionadas à política, à cultura, ao poder, ao saber, à pedagogia, propondo o método Paidéia. Este método estaria atrelado ao processo de viver do ser humano:

O Efeito Paidéia sobre as pessoas é resultado de afetos, de conhecimento e do poder. [...] A constituição de sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é um produto de relações de poder, do uso de conhecimentos e de modos de circulação de afetos. [...] O método Paidéia é uma tentativa de pensar e de agir considerando estas três dimensões. E mais, ele acrescenta uma finalidade adicional a todo agrupamento humano: o do desenvolvimento dos seus integrantes segundo estas três perspectivas; ou seja, é um esforço para construir uma nova capacidade de pensar e de agir seja de coletivos ou de cada uma das pessoas envolvidas. A novidade estaria por conta de integrar-se estas três dimensões: a liberdade, ou a cidadania, ou saúde, tudo depende da capacidade de lidar com afetos, saberes e com o poder. (Campos, 2001/2003, p.4-5).

De acordo com Jaeger (1986), o termo Paidéia para os gregos estava relacionado à formação do homem grego de uma forma integral, que procurava desenvolver os sujeitos em todas suas potencialidades, desenvolvendo um ideal de homem grego educador. Dessa forma, a prática educativa fazia parte do processo de formação dos sujeitos, onde a educação não se enquadrava no âmbito individual, mas sim coletivo. Segundo o autor, “antes de tudo, a educação não é uma propriedade individual, mas pertence por essência à comunidade”. (Jaeger, 1986, p.4).

De acordo com Mello (2012), a construção da grande saúde denominada por Nietzsche está relacionada com a construção de sujeitos criadores de si mesmos, conhecedores dos seus desejos, vontades, sentimentos, sujeitos autônomos, com capacidade de auto educação, baseados nas experiências corporais vividas.

A singularidade de sua perspectiva se encontra no modo como alguém se apropria de si mesmo, incorporando os valores que possibilitam o desenvolvimento de seus dons, talentos e capacidades, no sentido da criação de um modo de vida pleno de realizações. A abundância de vitalidade característica da grande saúde é, segundo Nietzsche, a condição fisiológica que torna possível uma intensificação dos sentidos mais vitais à autocriação do ser humano. A vivência do prazer potencializa o processo no qual o ser humano supera a si mesmo, criando, para além de si, a vida como uma obra de arte. (Mello, 2012, p.27).

Dessa forma, segundo Cunha (2007), essa interação entre os sujeitos singulares na prática clínica não pode ser resumida somente como o encontro entre dois sujeitos, tendo cada um deles suas singularidades, suas culturas, mas sim todo um complexo de produção em saúde, que envolve economia, política, educação, toda uma comunidade: “A partir do reconhecimento de dimensões individuais e coletivas, o sujeito que se apresenta para a clínica é ao mesmo tempo um indivíduo e vários coletivos”. (Cunha, 2007, p.45).

A construção de sujeitos participativos e autônomos no contexto da prática clínica é importante não só para a construção de um modelo de saúde mais equânime e integral, como também

para valorizar o sujeito enquanto portador de saberes e com capacidade de cuidar de si mesmo. O fortalecimento do sujeito na clínica é de fundamental importância para o sucesso do plano terapêutico, entendendo os indivíduos como criadores de seu próprio corpo, cabendo aos profissionais da saúde apenas guiar e orientá-los no processo terapêutico, como exemplifica Cunha (2007) em um relato de um caso ocorrido em Cerquinho, São Paulo, em 1999:

M.S. 62 anos, casada, dois filhos. Diagnóstico de hipertensão (HAS) há dez anos, em uso de Hidroclotiazida (HCTZ) (1/2 cp/dia) e captopril 25mg (2cp/dia), benzodiazepínico 1cp./dia. Queixa-se de dores pelo corpo, dificuldade para dormir, formigamentos, crises de choro, zumbido no ouvido e “aperto no peito”. Quando tem crises de choro HAS fica descontrolada. Utiliza diazepínicos para dormir há dez anos. Foi ao otorrino, onde teve uma grande crise de choro, momento em que foram pedidos exames de tireoide, “para ver se descobre seu problema”. Na consulta com o médico generalista diz quase não sai de casa porque tem muito trabalho. Conta que já foi algumas vezes no grupo de “terceira idade” e fez oficina de pintura. Gostou muito, mas o marido e o filho não a deixam sair de casa porque atrapalha o “serviço”. Conta que fica muito nervosa porque tem um filho preso. O outro filho que mora com ela “é trabalhador”, mas faz ameaças de matar o irmão preso, quando ele sair da cadeia, se ele aparecer na casa. O exame da tireoide “não deu nada”. A paciente não se enquadrou no arsenal propeidético inicial. Neste momento de tomada de fôlego e de contrapé da conhecida estratégia biomédica de procurar infinitamente alguma alteração orgânica que possibilite uma explicação para o sujeito doente, ela inicia o seguimento em uma equipe de Saúde da Família. A paciente, a cada encontro com a Agente comunitária de saúde (ACS) e com o médico-generalista, adquire alguma autonomia ao perceber a relação entre a vida que vive e os sintomas que sente, principalmente as crises de choro e os picos hipertensivos. A questão da autonomia para suas atividades vai se tornando um caminho mais e mais importante. Ao longo de alguns meses de seguimento começa a se destacar o padrão de submissão com o marido e o filho. Neste processo outros especialistas são convidados a “ver” este aspecto da vida da paciente, o que diminui a pressão PELA BUSCA DE UMA CAUSA. Na medida em que o vínculo com a equipe se estreita, torna-se evidente para a equipe a necessidade de um apoio especial, a questão de gênero se destaca gradualmente até que após várias conversas com a paciente, e depois de pesar riscos e benefícios, a equipe propõe à paciente fazer uma visita com a finalidade de explicar ao marido e ao filho a necessidade da paciente de realizar atividades de lazer. A intervenção foi proveitosa na avaliação da equipe. No decorrer do seguimento verificou-se que a paciente conseguiu aproveitar a representação social da Instituição Saúde, para negociar novos parâmetros na dinâmica familiar. E os sintomas? Começaram a melhorar já durante a fase de expectativa e preparação para a visita e se mantiveram em franca melhora nos meses seguintes, a ponto de reduzir a medicação anti-hipertensiva para Hidroclorotiazida 01 cp ao dia e iniciar processo de retirada de benzodiazepínico. Inúmeras outras pacientes estavam submetidas à mesma lógica familiar, e até mesmo com sintomas semelhantes, no entanto este tema não se destacou como caminho terapêutico para elas. (Cunha, 2007, p.47-9).

IX.2 CLÍNICA AMPLIADA

Para Campos (1996/1997), a medicina científica idealiza a existência de apenas uma clínica com base racional e científica destinada à cura dos indivíduos. “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”. (Campos, 1997/1997, p.06). Nessa prática clínica, a doença é transformada em objeto científico.

De acordo com Campos (1996/1997), existem várias clínicas na medicina, e essas clínicas são diferentes de acordo com a economia, a política e os modelos de saúde vigentes em uma comunidade. As facetas dessas clínicas são interligadas e, muitas vezes, não há separação entre elas.

Para Campos (1996/1997), é importante determinar três feições da prática clínica na medicina. “Há uma Clínica Oficial (a Clínica clínica), uma Clínica Degradada e uma outra Ampliada (Clínica do Sujeito)”. (Campos, 1996/1997, p.06).

Segundo Campos (1996/1997), quando se fala em clínica degradada ou em clínica ampliada, é em relação à clínica oficial. A degradação da clínica é uma diminuição de sua intervenção em resolver problemas de saúde. Esta clínica é influenciada por interesses econômicos, políticos, por grupos corporativos, que em prol de interesses individuais influenciam a prática clínica.

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. (Campos, 1996/1997, p07).

A clínica oficial tem como características, a mecanização e unilateralidade do processo terapêutico, focando apenas na doença dos indivíduos. Nessa clínica, o sujeito está reduzido a um amontoado de órgãos, que são fragmentados para melhor determinação do processo patológico, abstraindo assim as singularidades dos sujeitos.

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. (Campos, 1996/1997, p.7-8).

Dentro desse contexto de abstração dos sujeitos na clínica oficial, o processo saúde-doença fica limitado a uma medicalização excessiva, voltada para a cura dos indivíduos, onde o reestabelecimento da saúde é normalizado, cabendo ao médico eliminar os sinais e sintomas presentes em cada processo de adoecer, não levando em conta as singularidades dos sujeitos envolvidos, ficando à assistência em saúde como limitada apenas no âmbito curativo.

Este reducionismo tem inúmeras conseqüências negativas: abordagem terapêutica excessivamente voltada para a noção de cura - frequentemente 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. (Campos 1996/1997, p.7-8).

Fazendo uma reflexão-crítica à tradicional clínica e suas limitações frente ao processo do adoecer dos indivíduos, Campos (1996/1997), propõe a expansão da prática clínica com o foco não apenas na doença, mas no sujeito, o que ele denominou uma clínica do sujeito, ou clínica ampliada. Ainda de acordo com o autor, para fazer uma crítica à especialização e mecanização da prática clínica, sem negar o valor do desenvolvimento tecnológico, é necessária a transdisciplinaridade entre as equipes de saúde, aliadas a práticas educativas de transformação do saber.

Haveria que se enfrentar esse desafio não apenas se socorrendo do lugar comum pós-moderno da transdisciplinariedade. 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 aquela 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. (Campos, 1996/1997, p.09).

A clínica ampliada é uma alternativa para a tradicional clínica, cujo princípio é a verdade absoluta embasada no modelo biomédico. Na prática da clínica ampliada a transdisciplinaridade e a transformação do saber, permite uma ampliação do objeto de estudo na clínica, o sujeito dentro do seu contexto econômico, político, social, junto com sua doença passa a ser o centro de atenção na prática clínica.

De acordo com Campos (1996/1997), há enfermidade faz parte do contexto em que os indivíduos estão inseridos, e não há como estudar essa doença, sem estabelecer um conhecimento ontológico. Essa ontologia da doença permite que ela seja abordada em um mundo de certezas, que faz com que a doença tenha sua própria identidade. “Todo saber tende a produzir uma certa ontologia do seu objeto, tende a transformar o objeto de análise em um ser com vida própria”. (Campos 1996/1997, p.10).

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. Porque dentro da ontologia há todo um mundo de certeza, que infunde segurança aos Sujeitos Operadores, aos 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. (Campos, 1996/1997, p.10).

A clínica do sujeito traz há reflexão-crítica das singularidades dos indivíduos, centrando na construção de saberes envolvidos no processo de viver do ser humano, entendendo que os limites dos saberes não estão presentes apenas nas praticas do modelo biomédico, mas como parte da construção de qualquer saber na área da saúde.

Parece-nos que este caminho é relevante porque possibilita que os limites da Biomedicina possam ser entendidos num contexto mais amplo, da própria ação do homem no mundo através do conhecimento. Ou seja, não se trata somente dos limites da Biomedicina, mas do limite de todos os saberes. E não se trata apenas de reconhecer os limites desse ou daquele saber, mas antes, de desenvolver uma certa capacidade crítica em relação a todas classificações sem, no entanto, desprezá-las.(Cunha, 2007, p.91-2).

De acordo com Cunha (2007), esse reconhecimento dos limites do saber na clínica ampliada pode permitir a construção de novas alternativas na intervenção do processo saúde-doença. Dentro desse contexto uma mesma doença pode se apresentar de uma mesma maneira e ter meios de intervenção diferentes. “O fato é que os mesmo níveis préssóricos, a mesma idade e os mesmo resultados nos exames podem implicar condutas diferentes, mesmo as medicamentosas, de acordo com a singularidade do sujeito”. (Cunha, 2007, p.98).

Para Cunha (2007), o fortalecimento da clínica ampliada depende da incorporação de uma certa capacidade de lidar com a subjetividade na prática clínica. É preciso não apenas entender à dinâmica do saber, mas também reconhecer o sujeito co-produzido e co-participativo no processo saúde-doença..

A necessidade de incorporação de uma certa capacidade de lidar com a subjetividade e de conhecimentos da psicologia na clínica médica não é nova. BALINT (1988), a partir de grupos de discussão e apoio com médicos do NHS na Inglaterra evidenciou a necessidade e a importância da Psicologia na clínica médica. Vários outros autores procuram aproximar os saberes da Psicanálise da clínica médica, como

PERESTRELLO (1974), com a proposta de Medicina da Pessoa. (Cunha, 2007, p. 107).

Dentro dessa necessidade de compreensão de que as experiências vividas pelos sujeitos, seus desejos, seus sentimentos, podem influenciar o processo terapêutico, Cunha (2007), propõe a ideia de transferência na clínica. Para esse conceito, o autor faz referência a estudos de Freud sobre psicanálise.

A partir das formulações de FREUD, ao menos no campo Psicanalítico, a cura passou a depender em grande medida do Sujeito doente. O tratamento psicanalítico não é, como o tratamento clínico tradicional, realizado independente, ou, até mesmo apesar, do Sujeito. Mas, ao contrário, depende da participação desse Sujeito, que é ajudado, mas também conquista a sua cura. Outro aspecto relevante é que a criação do conceito de TRANSFERÊNCIA se deu quando FREUD viveu uma situação absolutamente comum na clínica, qual seja a de encontrar pacientes que "resistem" a uma proposta terapêutica e/ou não respondem, ao longo do tempo, a uma dada terapêutica. (Cunha, 2007, p.107).

Segundo Cunha (2007), a transferência é um instrumento muito importante para a clínica, pois permite a compreensão das singularidades dos sujeitos, reconhece as necessidades que cada sujeito apresenta, com todos seus sentimentos e afetos envolvidos, pondera condutas e definições no processo de reestabelecimento da saúde, criando um projeto terapêutico singular para cada indivíduo.

De acordo com Cunha (2007), o reconhecimento da clínica ampliada como um fortalecimento da clínica, não necessariamente tem que negar os avanços e necessidades de diagnósticos e condutas terapêuticas do modelo biomédico, mas entender que o conhecimento do modelo biomédico hegemônico, é ineficiente quando utilizado de forma excludente e autoritária.

Para Campos (1996/1997), uma clínica ampliada de qualidade necessita de uma equipe multiprofissional, uma cultura de comunicação, construção coletiva de saberes, diluição das responsabilidades, gestão colegiada. "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”. (Campos, 1996/1997, p.11). Para exemplificar a necessidade de uma abordagem ampla em saúde, onde estão envolvidos vários campos do saber, e que esses devam ser compartilhados, para uma melhor integração do processo saúde-doença, tem-se o relato de um caso concreto, do manual de clínica ampliada do Ministério da Saúde (2009):

Um serviço de hematologia percebeu que, mesmo tendo disponível toda a tecnologia para o diagnóstico e o tratamento dos usuários com anemia falciforme, havia um problema que, se não fosse levado em conta, não melhoraria a anemia desses usuários. Essa doença acomete principalmente a população negra que, na cidade em que o serviço funcionava, tinha poucas opções de trabalho. O serviço percebeu que o tratamento ficaria muito limitado caso o enfoque fosse estritamente hematológico, pois a sobrevivência dos usuários estava ameaçada pela composição da doença com o contexto em que os sujeitos se encontravam. Era necessário criar novas opções de trabalho para esses usuários do serviço, uma vez que, apenas com o tratamento convencional, não seria possível obter resultados satisfatórios. A equipe então se debruçou sobre o problema e propôs buscar ajuda em escolas de computação, com a ideia de oferecer cursos para os usuários com anemia falciforme que o desejassem, criando assim novas opções de trabalho e melhorando a expectativa de vida. O serviço buscou aumentar a autonomia dos usuários, apesar da doença. Além disso, ao perceber que as consequências atuais da doença tinham determinantes culturais, sociais e econômicos muito relevantes, criou ações práticas para atuar neste âmbito: iniciou conversas na cidade com movimentos sociais diretamente interessados no tema, buscando atuar junto com estes movimentos, com o poder público municipal e com outros serviços de saúde. (Ministério da Saúde, 2009, p.19-1).

IX. 3 O FORTALECIMENTO DA AUTONOMIA DO SUJEITO NA PRÁTICA CLÍNICA

Na prática da clínica ampliada, não só a compreensão do processo saúde-doença é modificada, entendendo o processo de adoecimento como um conjunto de fatores sociais, políticos, econômicos e singulares envolvidos no adoecimento de cada indivíduo, mas também, a concepção de sujeito é alterada. Segundo (Ferigato e Ballarim, 2007, p.55), “onde não apenas a concepção de doença se altere, mas onde a concepção de sujeito seja modificada e os fluxos de poder possam ser

desviados e utilizados para a produção de subjetividade e em produtos com "valores de uso" para os coletivos”.

Para esses autores, o fortalecimento do sujeito, dentro da clínica ampliada traz a noção de Paidéia em saúde defendida por Campos (2003), onde a clínica do sujeito não nega as técnicas *stricto sensu* da tradicional clínica, mas que envolve um campo amplo de ações, que vai além de um processo saúde-doença, que envolve toda a comunidade, a política, a educação. Segundo Ferigato e Ballarim, “mas as incorporam em um conjunto mais amplo de ações, entrelaçando clínica e política, tratamento, organização institucional, gestão e subjetividade. Os cuidados buscam a produção de novos valores de saúde e cidadania”. (Ferigato e Ballarim, 2007, p.56).

De acordo com Ferigato e Ballarim (2007), a proposta da clínica ampliada busca o fortalecimento do sujeito na sua relação com o processo de adoecimento, bem como com as pessoas envolvidas no processo terapêutico: “para nós, este fortalecimento tem o sentido de potencialização da autonomia, do controle sobre si mesmo e sobre suas ações no mundo”. (Ferigato e Ballarim, 2007, p.57).

Assim, a ética de si proposta por Foucault, em termos clínicos, implica que o sujeito se constitua em face de si próprio como um indivíduo que sofre de certos males e que deve fazê-los cuidar; é estabelecida uma relação concreta que permite gozar de si como que de uma coisa que ao mesmo tempo necessita e pode usufruir os cuidados oferecidos por outrem, possibilitando **na terapêutica - espaço social complexo com novas condições para o exercício do poder** - a possibilidade de um jogo de trocas com o outro e de um sistema de obrigações recíprocas, nem autoritário, nem assistencialista. (Ferigato e Ballarim, 2007, p.59).

Para Sech Junior (2009), ‘o cuidado de si’ tema introduzido por Foucault, remete a ideia de conhecimento de si, onde o sujeito é interpretado e interpretado pelo mundo, o sujeito é co-produzido pelas suas reflexões e ações na natureza. “É na dinâmica de um sujeito que é simultaneamente

intérprete e objeto interpretado, que ele dirige sua atenção para si e também se interpreta”. (Sech Junior, 2009, p.07).

Para Kleba (2009), a concepção ampliada da saúde envolve o empoderamento dos sujeitos e a participação social, ou seja, empoderamento é um processo dinâmico que envolve relações de afeto, cognição e de poder. Dessa forma, determina a construção de sujeitos autônomos e participativos na construção social e coletiva. “O poder é, portanto, um aspecto chave no processo de empoderamento”. (Kleba, 2009, p.736).

Segundo Ferigato e Ballarim (2007), o fortalecimento ou empoderamento dos sujeitos analisados por Foucault, trás a ideia do uso publico ou privado das suas atitudes, nesse sentido há uma ampliação dos poderes e usos desses poderes pelos indivíduos, onde esses poderes podem ser construtivos ou destrutivos. Dessa forma há necessidade da construção de uma ética de si, defendida por Foucault citado por Ferigato e Ballarim (2007). “se fundamenta na proposição de que a constituição subjetiva do sujeito coletivo deve ser essencialmente como uma constituição ética”. (Ferigato e Ballarim, 2007, p.57).

Segundo Mello (2012), para Michel Foucault, a conquista da autonomia ocorre quando se tem práticas de liberdade que envolvem a ética do cuidado de si, o indivíduo é criador do seu processo de viver. Para isso, é necessária a criação de uma ética singular que promova a libertação dos indivíduos quanto às relações de poderes opressoras socialmente institucionalizadas.

O cuidado de si constituiu, no mundo greco-romano, o modo pelo qual a liberdade individual – ou a liberdade cívica, até certo ponto – foi pensada como ética [...] sobretudo nos gregos – para se conduzir bem, para praticar adequadamente a liberdade, era necessário se ocupar de si mesmo, cuidar de si, ao mesmo tempo para se conhecer – eis o aspecto familiar do *gnôthi seauton* – e para se formar, superar-se a si mesmo, para dominar em si os apetites que poderiam arrebatá-lo. [...] o *ethos* era a maneira de ser e a maneira de se conduzir. Era um modo de ser do sujeito e uma certa maneira de fazer, visível para os outros. O *ethos* de alguém se traduz pelos seus hábitos, pelo seu porte, pelo seu jeito de caminhar [...]. O *ethos* também implica uma

relação com os outros, já que o cuidado de si permite ocupar na cidade, na comunidade, ou nas relações inter-individuais o lugar conveniente. (Foucault, 2004, p.267-70 *apud* Mello, 2012, p.51-4).

De acordo com Mello (2012), a partir dos trabalhos de Foucault, o sujeito é autocriador do seu próprio corpo, com capacidade de autonomia e de autocriação de sua própria existência. “A singularidade de sua autocriação está no modo próprio como o homem concebe sua realidade e efetiva suas possibilidades existenciais.” (Mello, 2012, p.16). Essa prática de liberdade, associada a uma ética singular, é fundamental para a ampliação do sujeito dentro da saúde.

Segundo Ferigato e Ballarim (2007), o fortalecimento dos sujeitos em uma clínica ampliada é possível, quando são ampliadas suas capacidades de análise e intervenção nos processos de construção social na qual os indivíduos estão inseridos. Dessa forma, o empoderamento dos indivíduos na construção e participação de coletivos é indispensável para técnicas de cuidado de si importantes para a prática de uma clínica dos sujeitos.

O desafio constitui-se na situação de possibilitar ao usuário uma ampliação de sua capacidade de interferir e negociar com a realidade de seu processo de adoecimento, reconhecendo pontuais situações de dependência em relação ao profissional de um determinado saber, mas mesmo tempo, autorizando-se a interferir e questionar as práticas aplicadas sobre o tratamento que passará a interferir em maior ou menor grau em sua vida. (Ferigato e Ballarim, 2007, p.59).

Segundo Campos (1996/1997), essa clínica ampliada estimuladora da autonomia dos sujeitos, permite que os indivíduos tenham projetos terapêuticos singulares. Os projetos terapêuticos singulares é um conjunto de propostas terapêuticas articuladas para um sujeito individual e em âmbito coletivo, sendo um resultado de uma discursão da equipe interdisciplinar. (Ministério da Saúde 2009). Nesse contexto da clínica ampliada, os fatores de riscos não são analisados isolados, mas dentro de um contexto individualizado dos sujeitos como ser social.

Explicando: não mais nos serve pensarmos em fatores de risco isolados. É premente enfrentarmos as dimensões biológicas, sociais e subjetivas tanto nos casos individuais como nas intervenções nas comunidades. “Não existe essa coisa chamada fator de risco”; poderíamos dizer parodiando Winnicott - psicanalista e pediatra; lembrando que ele fez essa provocação para mostrar a importância de se trabalhar sempre com a dupla mãe-bebê. Estamos tentando uma provocação análoga: não há fatores de risco perambulando por aí. Há pessoas, sujeitos concretos, organizados em comunidades mais ou menos articuladas do ponto de vista simbólico e material que podem ter escolhido estratégias de vida que os expõem a maiores ou menores riscos de uma ou outra enfermidade. Eles não podem virar nossos “objetos” sob pena de sermos, todos, objetos amanhã. (Campos, 1996/1997, p.16.).

Dentro do contexto ampliado de saúde, onde a clínica seja centrada no sujeito, estimulando sua autonomia e co-construção e co-participação no processo terapêutico, tem-se a noção de empoderamento dos sujeitos, como indivíduos capazes de intervenção e reflexão política acerca de sua saúde, ou seja, sujeitos criadores de seu próprio cuidado. “O estilo singular que se dá à própria existência manifesta-se através das criações culturais de modos de vida plenos de significados e abundantes de realizações”. (Mello, 2012, p.17).

Nessa perspectiva, a informação, a democratização do saber e das relações de poder que são construídas entre profissionais e pacientes, entre Estado – por meio das instituições governamentais – e sociedade civil, as questões éticas aí implícitas e a questão de uma maior autonomia dos cidadãos em relação às suas escolhas e decisões passam a ser centrais. (Soares e Camargo Junior, 2007, p.74).

Dessa forma, o ideal ampliado de saúde, onde o processo de adoecimento envolve não apenas o biológico, mas também a vida social dos indivíduos, onde as singularidades dos indivíduos interferem na construção dos saberes envolvidos acerca de sua saúde. Segundo Martins (2004, p.28), “a saúde é assim entendida como algo vivenciado, não passível de redução formal a medições, médias ou normalizações. E será sempre relativa e singular. Daí a importância, da parte de quem se propõe a promover a saúde, do respeito à individualidade daquele que é o receptor de sua ação ou terapia”.

A singularidade de sua perspectiva se encontra no modo como alguém se apropria de si mesmo, incorporando os valores que possibilitam o desenvolvimento de seus dons, talentos e capacidades, no sentido da criação de um modo de vida pleno de realizações. A abundância de vitalidade característica da grande saúde é, segundo Nietzsche, a condição fisiológica que torna possível uma intensificação dos sentidos mais vitais à autocriação do ser humano. A vivência do prazer potencializa o processo no qual o ser humano supera a si mesmo, criando, para além de si, a vida como uma obra de arte. É a partir de uma aceitação integral da realidade da vida em constante vir a ser que se desenvolve a disposição espiritual para conhecer o mundo em que se situa sua existência e agir nele de modo a produzir as condições favoráveis à expansão de sua forma de vida. (Mello, 2012, p.27).

X. CONCLUSÃO

1. A Medicina moderna surgiu com a reorganização da prática e do saber médico, centrado no anatomo-patológico. Essa reorganização do saber médico, sobretudo após o século XVIII, centrada no meio hospitalar, permitiu uma expansão da medicina científica embasada nos moldes capitalistas de produção e consumo.
2. Ao longo do tempo o processo saúde-doença foi compreendido de acordo com a construção cultural e o contexto histórico dos indivíduos. Cada sociedade tem seus saberes institucionalizados, sobre as formas de doenças e de curas. Médicos e pacientes tem maneiras, condutas e entendimentos diferentes quanto ao processo de adoecimento.
3. A evolução dos modelos de saúde no Brasil quase sempre se manteve centrada no modelo biomédico de compreensão de saúde-doença, onde a abstração dos sujeitos é necessária para o reestabelecimento da saúde.
4. A Tradicional clínica, centrada no modelo biomédico, focando apenas o aspecto biológico dos sujeitos, não leva em consideração as singularidades de cada indivíduo no processo de

adoecimento. Dessa maneira, a clínica do modelo biomédico tende a reduzir os sujeitos, centrando sua abordagem dentro de uma normalização.

5. Dentro do contexto do modelo biomédico, a compreensão do processo saúde-doença se baseia nos saberes institucionalizados cientificamente como verdadeiros e absolutos, o que garante ao paternalismo médico seu poder de intervenção no corpo dos indivíduos para alcançar a cura.
6. A Relação médico-paciente é de fundamental importância para o sucesso do processo terapêutico na prática clínica, relações mais equânimes e homogêneas; permite um a dissolução de poderes envolvidos na prática clínica, entendendo os sujeitos como portadores de saberes e com capacidade de autonomia sobre seu corpo.
7. A Clínica ampliada é uma alternativa para a tradicional clínica. Uma prática ampliada em saúde, onde não apenas os aspectos biológicos estejam envolvidos, mas também aspectos psicológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos estejam presentes, permitindo uma melhor compreensão do processo de adoecer dos seres humanos.
8. A Prática clínica centrada nos sujeitos permite o compartilhamento de saberes e responsabilidades na clínica, onde as decisões sobre os indivíduos são tomadas em conjuntos o que garante uma melhor adesão e sucesso terapêutico.
9. Dentro desse contexto ampliado de saúde, a capacidade de autonomia dos indivíduos é a peça chave para um plano terapêutico singular e de sucesso. O fortalecimento dos sujeitos permite que a construção em saúde seja democrática e compartilhada.
10. Para o fortalecimento dos sujeitos na prática clínica é necessário sua participação social. O empoderamento dos indivíduos como agentes indispensáveis na construção de saberes sobre saúde é de extrema importância para romper com moldes do modelo biomédico hegemônico

excludente centrado no aspecto biológicos dos indivíduos.

11. Para uma clínica ampliada e reformulada é necessário não apenas romper com os poderes envolvidos no modelo biomédico de compreensão de saúde e doença, mas também garantir a capacidade de autonomia dos indivíduos, de gerir seu próprio corpo.

XI. SUMMARY

EXTENDED CLINIC: STRENGTHENING OF THE SUBJECT AS AN ACTIVE INSTRUMENT IN THE THERAPEUTIC PROCESS

The clinic is very ancient in medicine since the time of Hippocrates. Over time the changes that occurred in the organization of medical knowledge are related to the disease process understanding. Despite all the changes that occurred with the advent of the scientific technical revolution in medical practice, understanding that the disease process is determined by multifactor, being social, educational or political power bases of the medical-patient relationship practically remained the same. The enlarged practice emerges as a strategy to reformulate the traditional clinic, the patient becomes the center of medical practice. To accomplish this, we have a qualitative, descriptive and interpretive approach, starting from epistemological analysis, Foucault's archaeological and genealogical about the history of medicine and the power relations in clinical practice. Within this new context of the recast and expanded clinic has been questioning the limits of biomedical knowledge, understanding the need to sharing the knowledge and responsibilities, where a major goal of this study is to strengthen the autonomy of the subject that is of fundamental importance not only to break paradigms, as well as to respect the autonomy of individuals across their unique needs.

Keywords: 1. Extended Clinic; 2. Human being / patient; 3. Power; 4. Autonomy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida JLT. Respeito a autonomia do Paciente e consentimento livre e esclarecido: Uma abordagem principialista da relação médico-paciente. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Instituto Oswaldo Cruz; 1999. 139 p.
2. Batistella C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, AF (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: Epsjv, Fiocruz; 2007a. p.25-49.
3. Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, organizador. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: Epsjv, Fiocruz, 2007b. p.51-86.
4. Boltanski L. A relação médico doente e distância social. In: Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 4ª ed. Editora Graal; 2004. p. 33-59.
5. Ministério da Saúde (Brasil) Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS/ Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009; 68 p.
6. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. No prelo 1996/1997. 12 p.
7. Campos GWS. Paideia e gestão: um ensaio sobre o apoio Paideia no trabalho saúde. No prelo 2001/2003. 11 p.
8. Campo GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005. 236 p.
9. Canguilhem G. O normal e o patológico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990. 154 p.
10. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública. 1999 jul-set; 15(3):647-654.

11. Carvalho AI, Buss PM. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho AI, organizadores. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 141-166.
12. Cunha GT. A construção da clínica ampliada. São Paulo: Hucitec; 2007. 211 p.
13. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº. 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União 13 de outubro de 2009, Seção I Conselho Regional de Medicina [homepage na internet]. Juramento hipocrático [acesso em 10 de agosto de 2013]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>.
14. Escorel S. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe militar à reforma sanitária. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho AI, organizadores. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 364-84.
15. Escorel S, Teixeira LA. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do império ao movimento populista. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho AI, organizadores. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 385-32.
16. Favoreto CAO. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. Rev. APS. 2008 jan/mar; 11 (1): p. 100-8.
17. Ferigato SH, Ballarin MLGS. A clínica como instrumento de fortalecimento do sujeito: um debate ético-filosófico. Bioethikos-Centro Universitario São Camilo [home internet] 2007 [acesso em 12 de junho de 2012];1(1). p. 53-60. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/54/A_clinica_como_instrumento.pdf.
18. Fernandes JCL. Who Cares How Doctors and Patients Relate? Cad. Saúde Públ. 1993 jan/mar; 9(1): 21-27.
19. Foucault M. O nascimento da clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitaria; 1980. 241 p.

20. Foucault M. A política de saúde no século XVIII. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Machado R, organizador. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979. p.107-14
21. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Machado R, organizador. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979. p. 57-65.
22. Foucault M. O Nascimento da medicina social. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Machado R, organizador. Rio De Janeiro: Edições Graal; 1979. p.46-57.
23. Helman C. *Saúde, cultura e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994. 314 p.
24. Hipócrates. *Textos Hipocráticos: o doente, o médico, a doença*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.
25. Iriart JAB. *Concepções e representações da saúde e da doença: contribuições da antropologia da saúde para à saúde coletiva*. Salvador: Isc-Ufba; 2003. 12 p.
26. Jaeger W. *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes e Universidade de Brasília; 1986. 716 p.
27. Kleba EM. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc.* 2009; 18(4): 733-43.
28. Marques Filho J. Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica. *Rev. Bras. Reumatol.* [periódicos na Internet]. 2011 abril [acesso em 15 março 2013];51(2):179-183. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000200007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000200007>.
29. Martins A. Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health [internet] 2003 setembro [acesso em 12 janeiro de 2013] *Interface -Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, , set.2003-fev.2004. p.21-32. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a02.pdf>.
30. Martins LAM, Peixoto Junior CA. “Genealogia do biopoder”. *Psicologia & sociedade*; [internet]. 2009 [acesso em 10 de janeiro de 2013] 21 (2): 157-165, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a02.pdf>.

31. Mello IM. Autopoiesis do corpoema: a vida como obra de arte [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012. 213 p.
32. Mercadante OA, Alfredo S, Bianca AC, Munhoz Junior E, Mendes EV, Wong Un JA, Medeiros M, Lemos MSA, Serrano MM, Meirelles RHS, Nogueira RP, Piola S, Vianna SM, Figueiredo VC. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Caminhos da saúde pública no Brasil. Finkelman J, organizador. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 235-312.
33. Ortega F. Para uma política da amizade: Arendt, Derrida, Foucault. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumara; 2000.
34. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato JVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 547-73.
35. Reis JC. História e teoria: historicismo, modernidade, temporalidade e verdade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2005.
36. Onocko Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Tratado de Saúde Coletiva. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Fiocruz; 2006. p.669- 688. (saúde em debate, 170).
37. Sech Junior A. A hermenêutica do sujeito em Michel Foucault. Revista AdVerbum. 2009 ago a dez; 4(2): 95-103.
38. Segre M, Silva FL, Schramm FR. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. Revista Bioética. 2009; 6(1).
39. Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. [internet] 2009 dezembro [acesso em 14 de julho de 2013] Rev. Bras. Saúde matern. infant. 2010 dez; 10(Supl. 2):419-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/21.pdf>.

40. Soares JCRS, Camargo Junior KR. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. [internet] janeiro/ abril 2007 [acesso em 14 dezembro de 2012] Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2007 jan/abr; 11(21):65-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a07.pdf>.
41. Torres AF. Bioética: o princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido. Jornal do crm-pb. 2007 abril-junho; n° 72. Disponível em http://www.crm-pb.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21917:bioetica-o-principio-da-autonomia-e-o-termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido&catid=46:artigos&Itemid=483.