

Discursos e Rupturas de Fronteiras na Clínica Comum em Saúde

Alexandre de Oliveira Henz, Sidnei José Casetto, Angela Aparecida Capozzolo

Universidade Federal de São Paulo

Abstract

The way many health professions were structured followed the (historical and political) logic of specificity with regards to knowledge domains and competencies. This paper aims to introduce some questions related to contemporary acting modes of health professionals who are strongly permeated by biomedicine knowledge and discourse. It also raises questions with regards to what we have named “common clinic”, with the goal of localizing them by following their historical and political traces. Thanks to an inter-professional training experience, we deal with the “evidences” and “singularities” as forms of the “common” produced in contemporary times.

Keywords

Professional Practices, Common Clinic, Biomedicine, Discourse.

Résumé

La manière dont plusieurs professions en santé ont été instituées résulte d’une affirmation (historique et politique) de la spécificité du domaine des savoirs et des compétences. Dans cet article, nous avons le but de présenter quelques questions concernant les modes contemporains d’action de ces professionnels de la santé, fortement influencés par les connaissances et les discours de la biomédecine. Nous soulevons également des questions en lien avec ce que nous avons convenu appeler de « clinique commune », avec l’objectif de les localiser en suivant ses traces historiques et politiques. Appuyés par une expérience de formation interprofessionnelle, nous abordons les « évidences » et les « singularités » en tant que formations du « commun » produit dans la contemporanéité.

Mots-clés

Pratiques professionnelles, clinique commune, biomédecine, discours.

Resumo

A constituição de diversas profissões na área da saúde fez-se mediante a afirmação (histórica e política) da especificidade de domínio de saberes e competências. Este artigo pretende apresentar algumas questões relativas aos modos contemporâneos de atuação desses profissionais no campo da saúde que são fortemente permeados pelo saber e discurso da biomedicina, e também pelo que temos denominado de clínica comum buscando localizá-las em seus lastros históricos e políticos. Apoiados por uma experiência de formação interprofissional, abordamos as “evidências” e as “singularidades” como formações do “comum” produzido na contemporaneidade.

Palavras-chave

Práticas Profissionais, Clínica Comum, Biomedicina, Discurso.

INTRODUÇÃO

A constituição de diversas profissões na área da saúde fez-se mediante a afirmação (histórica e política) da especificidade de domínio de saberes e competências. Tal processo não ocorreu sem resistências e tensões diante da criação de novas áreas; corporações se engajaram na defesa de conhecimentos e competências privativas (Freidson, 1998), estabelecendo fronteiras, que, por sua vez, foram (e são) frequentemente postas em cheque. De todo modo, a multiplicação destas profissões (são 15 as reconhecidas no Brasil como sendo do campo da saúde) criou a necessidade de intercâmbio e, ainda mais, de trabalho conjunto destes profissionais. Este artigo pretende apresentar algumas questões relativas aos modos contemporâneos de atuação dos profissionais no campo da saúde, fortemente permeados pelo saber e discurso da biomedicina, e também pelo que temos denominado de clínica comum (Capozzolo, Casetto, & Henz, 2013), procurando localizá-las em seus lastros históricos e políticos. Tal discussão tem sido colocada pela experiência da formação interprofissional no *campus* da Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo.

A CLÍNICA MODERNA E O DISCURSO MÉDICO

A medicina moderna começa a se desenhar na passagem do século XVIII para o século XIX com uma mutação do saber médico, que se relaciona não apenas a uma reorganização dos conhecimentos da área, mas à possibilidade de reorganização do discurso sobre a doença. Para Foucault (1998), a invenção da clínica moderna ocorreu a partir da ruptura conceitual promovida pela anátomo-clínica, que modificou o olhar sobre o patológico e implicou no desaparecimento da chamada medicina das espécies – voltada para o estudo das doenças entendidas como realidades em si mesmas – em favor de uma clínica que colocava em seu centro o *pathos* individual.

A nova estrutura da clínica moderna substitui a pergunta “o que é que você tem?” que iniciava o diálogo entre o médico e o paciente, por “onde lhe dói?”. No início do século XIX, pela primeira vez na história da clínica ocidental, é o doente, e não a doença, que ocupa o foco central. Tal doente corresponde a um homem objetivado, um homem-corpo, homem sede de doenças. A medicina moderna localiza e produz no corpo o lugar da doença.

A crescente capacidade desta clínica para recuperar e manter o funcionamento do corpo, independentemente de as causas do adoecimento estarem relacionada às condições de vida ou de trabalho (Schraiber, 1992,1993; Camargo, 2003), amplia, gradativamente, o poder da medicina para definir normas de saúde para a população. A medicina vai adquirindo uma função disciplinar como parte integrante do poder do Estado, quer pelo mascaramento dos conflitos sociais pela sua redução a problemas médicos, quer pela normalização dos corpos por práticas sanitárias (Foucault, 2001).

Esta medicina dos indivíduos é também uma medicina da população:

“[...] a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; a medicina é uma prática social que somente em um dos aspectos é individualista e valoriza as relações médico-paciente [...]. Foi no biológico, no somático, no corporal, que antes de tudo investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina uma estratégia biopolítica.”

(Foucault, 2001, p. 80).

No século XX, pela confluência de vários interesses econômicos (como os da indústria de medicamentos e equipamentos) há estímulos crescentes para as investigações científicas e tecnológicas que ampliam as possibilidades de intervenção da medicina. Seu discurso vai sendo equiparado ao discurso científico e “verdadeiro”, passando a interferir na vida em sociedade, normalizando aspectos da vida. Esse processo é reconhecido, por diversos autores, como a produção de um processo histórico e social, nomeado medicalização da existência, da vida individual e coletiva (Donnangelo, 1976; Illich, 1975).

Clavreul (1983) identificou na prática da medicina o que chamou de ordem médica, isto é, um discurso normativo que operaria por meio dos médicos. Por pretender ser uma ciência, a medicina tenderia a constituir um discurso em que o sujeito da enunciação não tem nenhum lugar, uma vez que a verdade enunciada por ele deve ser independente de quem a enuncia. Devendo-se cumprir ali as exigências de cientificidade, qualquer posição subjetiva, seja do médico, seja do paciente, seria impertinente: “ao mesmo tempo que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber” (Clavreul, 1983, p. 48). Daí ser possível dizer que não haveria, a rigor, relação “médico-paciente”, mas “instituição médica-doença”. Isto por que “o médico não recolhe de seu paciente senão o que pode ter lugar no discurso médico” (Clavreul, *Ibidem*).

A análise de Clavreul baseia-se na teoria de Lacan dos quatro discursos (do Mestre, da Histórica, do Universitário e do Psicanalista), que procurou indicar, neles, modos de relação com o outro, e pólos em relação aos quais todo discurso seria atraído. A seu ver, o discurso médico estaria mais próximo do discurso do Mestre, mas também teria grande sintonia com o discurso do Universitário. Sem pretender defini-los, dada a sua complexidade, poderíamos dizer que o discurso do Mestre seria aquele que se pretende da verdade e do poder. Clavreul considera que o discurso médico aproxima-se dele no estabelecimento do diagnóstico e do prognóstico, na pesquisa e na sua “posição de conquista em relação ao desconhecido da doença” (Clavreul, 1983, p. 175). O discurso do Mestre seria aquele que diz o que é.

O discurso do Universitário, por outro lado, corresponderia ao discurso constituído como saber, tendo, conseqüentemente, a pretensão de domínio por ele. Se o discurso do Mestre produz o saber, o discurso do Universitário o detém e o exerce. Sendo um saber instituído, ele afirma-se em sua identidade e resiste a mudanças: “a universidade constitui, portanto, obstáculo ao surgimento de significantes novos se forem destruidores da ordem estabelecida” (Clavreul, 1983, p. 171). Almeida (2010), comentando tal discurso, afirma que “o saber no formato do discurso universitário se traduz num conhecimento organizado e cumulativo, capaz de converter-se numa burocracia (...), que apaga o desejo, o desejo de saber” (p. 894). Seria

possível dizer que boa parte da clínica médica, senão da clínica das diversas profissões da saúde, exercitam este discurso.

A proliferação de diferentes áreas profissionais no campo da saúde ocorre, em especial, a partir da segunda metade do século XX, relacionada com a crescente produção do conhecimento técnico-científico, com a especialização e a conseqüente fragmentação dos saberes e das práticas. Para se constituírem, as profissões necessitam delimitar um corpo de conhecimentos e de intervenções específicas, que as diferenciem de outros campos de atuação, conquistando o que Halliday (1987) denomina “mandato de conhecimento”: a capacidade de uma profissão “exercer influência em virtude da substância, forma, transmissão, eficácia, objetos e legitimidade de seu núcleo cognitivo. Trata-se de uma permissão epistemológica de influência pública (...) mediada pela política ocupacional e organizacional” (Halliday, 1987, p. 29). Diante de outro profissional, trata-se de defender a própria identidade e produzir a necessidade de seu saber especializado e competente.

O discurso da competência, diz Chauí (1981), depende da afirmação e aceitação tácitas de incompetentes. Porém, uma vez estabelecido, tal discurso procuraria devolver alguma competência a quem ela fora negada, na forma de conhecimento e regras transmitidas pelos sujeitos competentes: seriam os discursos secundários ou derivados, acessíveis aos leigos, que deles se apropriariam. Assim, citando Claude Lefort, Chauí (*Idem*) indica que o discurso pediátrico teria se tornado mediador da relação com a criança, o discurso dietético mediador da alimentação, o discurso psicológico mediador da relação com os outros etc. Tais discursos (“universitários”, nos termos de Lacan/Clavreul) não se apresentariam como alternativas éticas possíveis segundo determinados valores de escolha, mas como científicos, isto é, correspondentes à realidade, neutros, verdades às quais eventual oposição seria vista como ignorância ou anormalidade.

No caso do trabalho em saúde, como opera o discurso da competência? Ali o incompetente seria não só o paciente, mas também cada um dos profissionais, em relação à especialidade dos outros. Neste campo – condição de sobrevivência – é preciso saber, saber mais que os demais e, mais importante, produzir discursos derivados de que os outros possam se apropriar; isto faria com que esse campo se tornasse um terreno favorável para a arrogância: prepotência decorrente de suposta superioridade (Houaiss & Villar, 2001). Em conseqüência, a comunicação entre os sujeitos tende a se estabelecer por meio de polaridades: quem sabe, de um lado; quem recebe as orientações, de outro. É como se o profissional de saúde, situado no lugar de “suposto saber”, o ratificasse como o seu lugar natural, e não como aquele que deveria deslocar e desconstruir com seu trabalho.

Em nossos dias o discurso profissional competente tem colonizado diversos aspectos rotineiros da vida com normalizações a respeito da alimentação, da prática de exercícios, do cuidado do corpo, de como evitar riscos e manter a saúde, com demarcações acerca do que seria normal e do que seria patológico. Em conseqüência, a posição e a voz de quem demanda por cuidado perdem força e poder. Poderíamos então nos perguntar se esta condição poderia ser subvertida, se seria viável pensar uma relação de equilíbrio entre profissionais e com quem procura por ajuda. Poderia o médico ou outro profissional ouvir algo do paciente que não seja assimilável ao seu próprio discurso? Quais as chances de se

introduzir uma dissonância nesta ordem? Clavreul reconhece a possibilidade de um médico renunciar, por exemplo, a medicalizar a demanda recebida, o que já seria uma audácia. E, principalmente, de que um médico possa abrir-se à escuta daquilo que desvia de seu discurso; mas, neste caso, “ele deixará de ser médico” (p. 176).

A CLÍNICA CONTEMPORÂNEA E O LENTO APAGAMENTO DO SUJEITO

O intenso desenvolvimento científico e tecnológico atual tem ampliado as possibilidades de diagnósticos e intervenções quase sem a participação de quem demanda o cuidado. Schraiber (1993), ao analisar a medicina que denomina tecnológica, destaca seu progressivo distanciamento da história de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais do adoecimento. A conversa, a história do aparecimento dos sintomas, o exame do corpo do paciente, deixam de ter importância, uma vez que os exames laboratoriais e de imagem permitem diagnosticar uma doença mesmo antes dela se manifestar por meio de algum sinal ou sintoma. A participação de quem demanda por cuidado se vê reduzida aos momentos iniciais de aproximação, mas já quase sem significado propriamente anamnésico: se os recursos diagnósticos objetivadores da estrutura do corpo permitiam depurar os acontecimentos da vida social do doente para a produção de fatos patológicos, agora podem produzir diretamente esses dados sem o testemunho do doente (Schraiber, 1993, p. 205).

Em contrapartida, para a tomada de decisões e indicação da terapêutica, a clínica contemporânea têm utilizado estudos de metanálises, ou seja, estudos que realizam uma revisão sistemática das produções científicas para identificar “evidências” e diminuir as incertezas clínicas, o que tem sido denominado de práticas baseadas em evidências científicas (Ribeiro, 1995; Padilha, 2013). Também ampliam-se a utilização de estudos populacionais (epidemiológicos) que identificam associações estatísticas de determinados fatores com riscos de adoecimento.

Podemos situar esta clínica no movimento ocorrido, a partir da segunda metade do século XX, do lento apagamento do homem como indivíduo identitário. No lugar do indivíduo-corpo da clínica moderna, desenha-se uma “dividualização” e perda de vigência da lógica identitária em uma medicina que se constela “sem médico nem doente” (Deleuze, 1992, p. 225). Ela resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, que ainda não adoeceram, o que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, mas substitui o corpo individual pela cifra de uma matéria “dividual”. Sua linguagem é numérica, feita de cifras. Não se está mais diante do par massa-indivíduo. Os indivíduos tornam-se “dividuais”, divisíveis, e as massas tornaram-se amostras, dados (Deleuze, *Idem*, p. 222).

A saúde não é mais “a vida no silêncio dos órgãos”, na concepção de René Leriche (Canguilhem, 1995, p. 67), mas um espetáculo estridente – no jogo da reconfiguração da dicotomia público e privado – na superfície da imagem corporal. A patologia, que já foi compreendida e vivida como transgressão, ruptura, conflito, desafio, produção de normas, é experimentada como disfunção, déficit e desvio; assim como a clínica, que já foi *ars curandi*,

transforma-se, sob a égide de cientificidade, em técnica de modulação, conformidade e modelagem (Bezerra Jr., 2002).

Os avanços biotecnológicos permitiram significar experiências de alegria, violência, tristeza, agitação, entre tantas outras, em atividades cerebrais que podem ser vistas em exames com tecnologias de imagem. A tendência é de “transformar qualquer correlato neural em causa ou natureza real de eventos subjetivos”, ou seja, produz-se a ideia de que a origem desses eventos está no funcionamento do cérebro, numa origem biológica molecular (Bezerra Jr., 2006). Isso aparece, por exemplo, no modo como a depressão passa a ser a designação comum que recobre dor, tristeza ou melancolia; ou no modo como o TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade) torna-se o plano comum que apaga qualificações como “rebelde travesso” ou “bagunceiro”; ou ainda no uso exclusivo do termo estresse em lugar de “mal-estar”, “conflito” ou “desassossego”.

As práticas dos profissionais de saúde têm se dado, em grande medida, nesse plano comum dos protocolos e das evidências científicas. Há um preço a pagar na clínica por esta redução às generalidades: a dificuldade em se lidar com a complexidade. Em consequência, cada área profissional tende a recortar a demanda e a realizar um procedimento técnico específico, encaminhando para outro profissional realizar intervenções de seu núcleo de atuação. A comunicação entre os diferentes profissionais ocorre, mas em geral se restringe à troca de informações, tendendo a um trabalho em paralelo. Deste modo, há uma tendência a multiplicarem-se atendimentos que não conseguem responder à demanda de quem busca por atenção: há sempre um exame ou um procedimento que ainda deve ser feito, do qual se espera um efeito adicional.

Por fim, ao não considerarem as condições de vida, a cultura, os valores, as dimensões subjetivas, as intervenções profissionais em saúde tendem a ser prescritivas: o discurso competente do universitário diz o que deve ser feito pelo outro, cuja ignorância o teria levado a adoecer e a precisar de ajuda.

A SINGULARIDADE DO ENCONTRO CLÍNICO

Apesar da pretensão de ser científica no modelo biomédico, a clínica em saúde é um ato singular, não apenas porque o adoecimento é singular, mas porque a clínica é realizada no momento de encontro entre o profissional e quem demanda atenção e envolve diversas outras dimensões: éticas, subjetivas, políticas. Encontro daqueles que se apresentam com as marcas do viver, com histórias de vida, desejos, cultura, condição social, e que se produzem mutuamente. Encontro de singularidades. No senso comum, as singularidades são predicados atribuíveis a sujeitos ou indivíduos. É preciso sublinhar que individual não é sinônimo de singular. No sentido que adotamos aqui, singularidades não são qualidades, mas “acontecimentos”, isto é, pontos “notáveis” numa multiplicidade, pontos não meramente “ordinários” e “regulares” (generalidades). As singularidades não se tornam homogêneas, não são reduzidas a uma unidade indivisa (indivíduo).

No momento do encontro clínico opera, de modo singular, uma multiplicidade de elementos: escuta, interpretação, percepção, disponibilidade para o encontro, atenção, construção de confiança, certa sensibilidade, tateamento, movimentos de proximidade e distanciamento, implicação. Todos esses elementos compõem a clínica e são importantes numa perspectiva de produzir um cuidado que considere a complexidade envolvida nos processos de adoecimento. A clínica que considera as singularidades adota um trabalho sutil, atento à delicadeza da situação, aos problemas que se apresentam a cada encontro de forma distinta. Ela consegue alguma abertura para o outro, para sua fala, para seus modos de ver/perceber/sentir; buscando estabelecer laços, e deslocando-se do lugar de poder/saber, para estar junto, em comum. Todos esses elementos são importantes numa perspectiva de produzir um cuidado que considere a complexidade envolvida nos processos de adoecimento.

Podemos dizer que tanto a “clínica das evidências” como a “clínica das singularidades” são dimensões de um “comum” em saúde. Mas, na clínica das singularidades, o comum não é compreendido como o que é igual, como o que é homogêneo, mas como o que se constrói nas diferenças, nos encontros entre o profissional e quem busca atenção, e também no encontro entre diferentes profissionais.

EXERCÍCIOS DA CLÍNICA COMUM

A perspectiva de uma clínica comum que problematize as práticas reducionistas e normativas, a fragmentação das disciplinas e dos especialismos e que possibilite tirar do centro o poder do discurso profissional, tem orientado uma proposta de formação de profissionais de saúde em curso, desde 2005, na Universidade Federal de São Paulo no *campus* Baixada Santista. Nesta proposta, estudantes de seis cursos da área de saúde (nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, educação física, serviço social, psicologia) realizam, desde o primeiro ano da graduação, experiências de cuidado em conjunto.

Durante o percurso da formação são utilizadas estratégias que procuram expor os estudantes ao encontro com usuários da rede de serviços, o que se constitui em exercícios de alteridade (de condição socioeconômica, de vida, de moradia). Estes exercícios lhes possibilitam perceber que a saúde ganha concretude no modo de viver de cada um e se configura segundo as marcas sociais, culturais, familiares, as crenças e experiências políticas, e muitos outros elementos. O objetivo é contribuir para formar profissionais com capacidade para lidar com as singularidades do encontro com quem demanda cuidado, com abertura para dialogar com seu modos de viver, suas concepções, expectativas, prioridades e desejos, reconhecendo-o como agente na produção de sua própria saúde. Procura-se também ampliar as possibilidades de atuação conjunta das várias áreas profissionais, pois a complexidade das demandas de saúde, via de regra, ignora as fronteiras disciplinares.

As atividades de ensino são organizadas de forma a mesclar sempre estudantes de cursos diferentes (duplas, trios ou equipes). No primeiro e segundo semestres da graduação, os estudantes realizam atividades de reconhecimento de diferentes territórios do município que possibilitam perceber os diversos modos de vida da população e suas implicações para o

processo saúde-doença-cuidado. Abordam-se ainda as políticas e a organização dos serviços de saúde. Nos semestres seguintes, a ênfase está no trabalho com histórias singulares de vida e de saúde. No terceiro semestre de graduação, duplas de estudantes de cursos diferentes visitam, durante o semestre, uma pessoa ou família em suas residências com o objetivo de construir suas narrativas de vida. No quarto semestre, equipes de estudantes elaboram e implementam ações de promoção de saúde com grupos populacionais. No quinto e sexto semestres, os estudantes se organizam em equipes para realizarem projetos terapêuticos de cuidado. A maioria das atividades de ensino acontecem nos locais onde vivem as pessoas, nos territórios de maior vulnerabilidade social. As experiências são processadas em espaços de supervisão com docentes de diferentes áreas profissionais.

Esta proposta de formação foi avaliada por uma pesquisa [1] que produziu diversos dados discursivos [2] que reproduzimos parcialmente aqui através de alguns trechos de falas de estudantes envolvidos no processo:

“Foi difícil subir aquela rua com uma subida demasiadamente acentuada [...] fiquei me questionando [sobre] a dificuldade dos idosos, das pessoas com problemas de coluna, da perna ou algum problema de saúde [...] subíamos um pedaço e parávamos para respirar e subir novamente [...] não bastando a inclinação da rua, ela era estreita e não possuía calçada.”
(Estudante de Nutrição).

“A casa encontrava-se na região das palafitas, e foi naquele dia que entendi a verdadeira realidade que viviam todas aquelas pessoas. Nas primeiras visitas fiquei muitíssimo incomodada, mas à medida que aconteciam as visitas, esse desconforto pode ser minimizado. No começo era muito difícil conversar e me atentar somente à escuta, meu pensamento voava, tentava imaginar como conseguiam morar naquele lugar, tentava não mostrar meu desagrado perante o odor que sentia, tentava agir normalmente diante dos fatos que mais mexiam comigo [...] naqueles momentos tive que deixar meus julgamentos de lado, minhas suposições e hipóteses baseadas em minha vivência pessoal.”
(Estudante de Terapia Ocupacional).

O contato com diferentes territórios onde vivem as pessoas, com suas condições de vida, afeta de diversas formas, produz inquietações, interrogações e parece produzir aberturas para outros modos de pensar, sentir e agir.

“[...] quando cheguei ao sujeito, percebi com muita clareza que ali havia um mundo complexo onde certamente iríamos percorrer minimamente uma superfície.”
(Estudante de Psicologia).

“[...] nas palafitas, a gente percebeu bem essa diferença, [...] não dava para passar algumas orientações porque a pessoa não ia ter condições para seguir [...]”
(Estudante de Nutrição).

As experiências apontaram para limites de um saber técnico-científico que não pode ser aplicado de forma objetiva em qualquer situação e para as insuficiências, imprecisões e equívocos das atuações centradas nesse saber, no seu discurso e competência.

“[...] a gente estudava algumas coisas, a gente queria aplicar aquilo, e às vezes não só a pessoa não tinha condição, mas às vezes a pessoa [...] não aceitava aquela proposta [...]”
(Estudante de Nutrição).

“[...] a gente vai começar a dar orientação, [...] não pode fumar, não é saudável. [...] mas ele tem tantos problemas [...] teve tantas perdas já, perdeu a mãe, perdeu os filhos e um dos poucos prazeres que ele tem é fumar, e eu vou tirar aquele cigarro dele?”
(Estudante de Terapia Ocupacional).

“[...] você acha que a paciente está com depressão e você vai curar a depressão dela [...], eu fiz lá um inventário técnico, descobri a escala de depressão dela, [...] mas não teve nenhum efeito assim. O que mais foi legal foi a gente ter organizado os remédios para ela, [...] e evitou um monte de problemas porque ela tomava os remédios errados [...]”
(Estudante de Psicologia).

A experiência deixou perceber os limites de práticas prescritivas, unilaterais, hierárquicas:

“[...] seu médico recomendou que ela caminhasse todos os dias meia hora, mas M. morava no morro e era bastante complicado andar para comprar mantimentos, imagine para se exercitar.”
(Estudante de Nutrição).

“O médico não deixou claro o que ela tinha. Ela não sabia explicar o que tinha e os exames que tinha que fazer.”
(Estudante de Fisioterapia).

Estudantes descreveram a delicadeza necessária, os momentos de silêncio, de ganhar confiança:

“Fui, aos poucos, percebendo que se eu não ganhasse a confiança dela, ela nunca se sentiria à vontade para contar sua história, e sem conhecer sua história eu não poderia compreender suas dificuldades.”
(Estudante de Fisioterapia).

“Com este trabalho, as maiores dificuldades talvez tenham sido os momentos de silêncio, mas acima de tudo de lidar com o diferente, sem partir de ideias prefixadas como se tentássemos colocar as pessoas em padrões prefixados.”
(Estudante de Psicologia).

Perceber as concepções que se tem, os limites do saber técnico científico, pode ser doloroso, mas é um bom antídoto contra a repetição do ‘já sabido’, que nos distancia dos encontros; permite suportar um pouco mais o não saber. Não se trata, portanto, nessa formação, de adquirir um conhecimento que depois vá ser “aplicado”, mas de produzir um

conhecimento em ato, no encontro com o outro – um conhecimento que emerja das singularidades:

“[...] a gente aprende muitas coisas com eles. É realmente uma troca [...] o impacto é muito grande que você causa à pessoa e ela causa em você [...] Você foi lá dar uma orientação [...] e a troca acontece mesmo.”

(Estudante de Nutrição).

“Entendi que lidar com as situações só é aprendido no ato de vivenciá-las, pois não temos a capacidade de prever todos os fatos e muito menos imaginar uma reação precisa a cada um deles.”

(Estudante de Terapia Ocupacional).

Perceber as insuficiências e os limites do saber permite valorizar e aprender com o colega de outra área, inventar possibilidades terapêuticas:

“[...] foi marcante uma experiência com uma senhora analfabeta, que a gente fez a linha da vida com ela, um recurso de psicologia, [...] a gente relatou em figuras, a história de vida dela. Fez um livro e quando ela abria, ela chorava. [...] Se eu tivesse talvez a formação tradicional de nutrição eu nunca pensaria em algo assim, algo tão simples que trouxe tanta felicidade para alguém [...]. Então acho que abre muito o nosso olhar [...], foi significativo e interessante.”

(Estudante de Nutrição).

“Percebemos que muitas vezes atentávamos a fatos diferentes e que a junção dos nossos olhares compunha um quadro mais completo [...] muitas vezes eu entendia algo de forma diferente da minha dupla [...] isso fez-me ver outras possibilidades e não afirmar verdades absolutas; passei a considerar mais hipóteses.”

(Estudante de Terapia Ocupacional).

As experiências possibilitam encontros entre áreas diferentes, e também encontros com sujeitos acompanhados que vivem de modo diverso e singular. A aprendizagem de certo modo de agir, de compreender e intervir nos problemas de saúde, na perspectiva de uma clínica comum parece ir sendo tecida.

“Aprendi que é preciso lembrar a todo instante que há várias interpretações para a mesma doença.”

(Estudante de Nutrição).

“[...] hoje entendo que um dos motivos da eficácia de um projeto de intervenção advém de um grande processo de escuta do profissional [...] escuta essa permeada por momentos confortáveis e desconfortáveis [...] o saber lidar com os momentos desconfortáveis foi algo que conquistei neste pequeno processo de visitas.”

(Estudante de Terapia Ocupacional).

Esta proposta de formação busca multiplicar o trabalho de equipes multiprofissionais que se deparam com a complexidade de demandas que, via de regra, ignoram as fronteiras disciplinares. Para vencer a fragmentação do cuidado produzido pelas especialidades, constituem-se ações coordenadas em projetos terapêuticos nos quais se redesenham as linhas que demarcam as atribuições de cada participante. Já não é o caso de cada um realizar estritamente os procedimentos pré-estabelecidos de sua área, mas inventar a melhor forma de resposta ao pedido de ajuda. E, sendo feito com outros profissionais, esta invenção não precisa restringir-se a definições prévias de quem faz o quê, na medida em que se apoia no saber que agora é o da equipe. O cuidado em saúde, nestes termos, deixa de ser centrado no profissional, suas competências e prerrogativas, para ser centrado no usuário, em cuja vida as mesmas formalidades inexistem. Uma outra ordem, em relação à ordem médica, estaria sendo exercitada.

Ganha-se, com isso, um grande espaço terapêutico que ocorre entre os limites das áreas, potencial que só se consegue explorar no encontro de diversas profissões. Mas deve-se reconhecer que as identidades profissionais sofrem neste processo uma perda de sua pureza. Se antes podiam definir-se por oposição simples aos diferentes e afirmar-se em sua idiosincrasia, agora as linhas precisas que as demarcavam tornam-se faixas espessas, verdadeiras áreas de transição, tal como fizeram britânicos e alemães na Primeira Guerra Mundial das terras de ninguém entre as trincheiras, para jogar futebol ou comemorar juntos uma data festiva durante períodos de trégua.

O COMUM DAS GENERALIDADES E DAS SINGULARIDADES

Com o declínio do indivíduo e da identidade na clínica, a noção de uma clínica comum se estende e exige ser tomada numa perspectiva que a problematize, nos vários âmbitos em que essa ideia incide. O comum é um plano, uma substância e não duas, o que não quer dizer que ele seja uma unidade. Ele é um plano sem dualismos nem bipartições que aponta, contemporaneamente, para uma tendência: a univocidade. O jogo do comum pode ressoar com a produção da univocidade. “A univocidade do ser não quer dizer que haja um único e mesmo ser: ao contrário, os entes são múltiplos e diferentes, sempre produzidos por uma síntese disjuntiva, eles próprios disjuntos e divergentes, membro disjuncta” (Deleuze, 2000, p. 185).

Evidentemente, os movimentos dicotômicos persistem na saúde, eles coexistem com o comum. Entretanto, com a reconfiguração e desconfiguração atual de determinados dualismos produzidos marcadamente no final do século XVIII (natural versus artificial, dentro versus fora, público versus privado), distintos modos de operar do comum avançam e se instalam furtivamente. Uma vez coexistindo e concorrendo com as identidades estáveis e dualismos bem delimitados, o comum – com suas múltiplas ondas e frequências – se move com vetores em agonística: em alguns terrenos restringe-se às generalidades e em outros opera predominantemente com as singularidades.

É importante sublinhar que entre os terrenos mais reducionistas e os mais complexos do comum as discriminações se embaralham. Não se trata apenas de diferenças terminológicas, há um jogo de tensões que não são antagônicas, não se resumem numa fácil dicotomia. As profissões do campo da saúde estão expostas e formam juntas os planos da clínica comum, que tendem a se instalar com demarcações instáveis. Em alguns pontos misturam-se e em outros distanciam-se.

Quando o comum se circunscreve a traços do coletivo das generalidades epidemiológicas, das origens (genéticas, hormonais ou sinápticas) e dos supostos marcadores biológicos, ele corrobora, paradoxalmente, com a supressão dos identificadores profissionais e homogeneiza a formação, a pesquisa e a atenção à população. De outro modo, quando o comum prioriza operar com as singularidades (inclusive com as biológico-moleculares), com os encontros, com as diferenças da clínica, as áreas profissionais também se desestabilizam. As singularidades do comum que a clínica tenta operar estão dispostas de modo a não opor áreas, terrenos ou lotes profissionais. Não se trata da dissolução das áreas profissionais. Em Spinoza (1670/2009), as singularidades se relacionam à ideia de que tudo que existe é uma modificação da substância única que é a natureza. Trata-se de um naturalismo não fisicalista, com uma inseparabilidade do mental e do corporal, do psíquico e do somático. Uma univocidade complexa que subsume indivíduo e ambiente num mesmo todo aberto. Nesse sentido, uma clínica comum pode ser uma das possibilidades de acompanhar esta complexidade – não sem efeitos imunitários (Esposito, 2010), reações e fechamentos – trabalhando com uma multiplicidade descritiva. Clínica que pode seguir acompanhando e produzindo um comum ao se instalarem no trabalho de encontrar sob as “aparentes pessoas” (“eus”, “tus”, nós) a potência de um impessoal interessante, um movimento de “todo mundo”, que de modo algum é uma generalidade, mas uma precisão de singularidades, em alto grau de experiências sutis.

Nessa ambiência complexa, resta pensar sem fundamentos *a priori*, e deixar surgir aqui e ali, por entre as áreas profissionais, certas imunidades e uma inteligência coletiva que fertilize, peça passagem e redesenhe uma paisagem clínica que não se esquite às complicações do comum.

NOTAS

[1] A pesquisa foi realizada pelo LEPETS – Laboratório de Estudos em Formação e Trabalho em Saúde, no período de 2009 a 2011. Os resultados e reflexões dela decorrentes foram publicados no livro “Clínica comum: itinerários de uma formação em Saúde”, editado por Capozzolo, Casetto & Henz (2013).

[2] Os discursos foram coletados em sessões com grupos focais (com estudantes do último ano, docentes e agentes comunitários) e entrevistas semi-estruturadas (com coordenadores dos eixos dos cursos, o diretor acadêmico, além de gerentes e enfermeiros). Estruturada em duas fases, as falas foram analisadas através de uma matriz em que se identificavam os temas, as posições assumidas pelos participantes e os trechos representativos dessas posições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bezerra, B. Jr. (2002). O Ocaso da Interioridade e suas Repercussões sobre a Clínica. In C. A. Plastino (Ed.) *Transgressões*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Contra Capa.
- Bezerra, B. Jr. (2006). O Impacto das Biotecnologias: Um Ponto de Vista. *Ide*, 43, 50-56.
- Camargo Jr., K. R. (2003). *Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Canguilhem, G. (1995). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Clavreul, J. (1983). *A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Chauí, M. de S. (1981). *Cultura e Democracia: O discurso Competente e Outras Falas*. São Paulo, SP: Cortez.
- Capozzolo, A. A., Casetto, S. J., & Henz, A. O. (2014). *Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Deleuze, G. (2000). *Lógica do Sentido*. São Paulo, SP: Editora Perspectiva.
- Deleuze, G. (1992). Pós-scriptum sobre as Sociedades de Controle In Deleuze, G. *Conversações*. Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.
- Donnangelo, M. C. F. (1975). *Medicina e Sociedade. O Médico e seu Mercado de Trabalho*. São Paulo, SP: Pioneira.
- Esposito, R. (2010). *Bios*. Lisboa: Edições 70.
- Illich, I. (1975). *A Expropriação da Saúde. Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Foucault, M. (1998). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2001). O Nascimento da Medicina Social. In R. Machado (Editor e tradutor). *Microfísica do Poder* (pp. 79-98). Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 2001.
- Freidson, E. (1998). *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e política*. São Paulo, SP: EDUSP.
- Halliday, T. C. (1987). *Beyond Monopoly. Lawyers, State Crises, and Professional Empowerment*. Chicago, IL: Chicago University Press.
- Houaiss, A., & Villar, M. S. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, RJ: Objetiva.
- Padilha, R. Q., & Atalla, A. N. (2013). *Capacitação em Saúde Baseada em Evidências*. São Paulo, SP: Hospital Sírio-Libanês / Ministério da Saúde, 2013.
- Schraiber, L. B. (1992). O Trabalho Médico e a Clínica na Medicina Moderna. In Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde – CEFOR. *O Trabalho em Saúde e a Organização da Prática*. (Serie Cadernos CEFOR – Textos, 4). São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura do Município de São Paulo.
- Schraiber, L. B. (1993). *O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Spinoza, B. (2009). *Ética*. Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora. (Trabalho original publicado em 1670).

