

Gisele Dhein

**PAUSA! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada:
a produção do sujeito autônomo**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, área de concentração Psicologia Social.

Orientadora: Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Porto Alegre

2010

Gisele Dhein

**PAUSA! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada:
a produção do sujeito autônomo**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, área de concentração Psicologia Social.

Aprovada em: 01 de março de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi – PUCRS

Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes – UCDB

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, agência de fomento à pesquisa, pela bolsa durante todo o período de mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC, através de sua coordenação e secretaria e aos colegas destes dois anos de mestrado.

Às bolsistas-trabalhadoras do Grupo de Pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação Carolina dos Reis, Thais Bennemann, Denise Machry e Camila Escosteguy, pelo carinho, atenção e trocas realizadas. Aos demais colegas do grupo, Nelson Rivero, Pedro Pacheco, Vera Pasini, Marcos Adegas, Andrea Scisleski, Lutiane Lara, Oriana Hadler, Cathana Oliveira, Karla Gomes Nunes, pelas discussões calorosas e amadurecimento teórico.

Ao Professor Dr. Alcindo Antônio Ferla, por aceitar o convite para conversar sobre clínica ampliada.

À Professora Dra. Anita Guazzelli Bernardes, pelo carinho e dedicação. Um novo encontro entre mestre e aluna, agora no Mestrado.

À orientadora, Dra. Neuza Guareschi, incansável na produção de outros olhares. Incansável em promover deslocamentos – mas também sempre trazendo de volta à realidade quando os vãos se perdiam. Obrigada por colocar movimento ao mestrado, à vida.

Às 'mestras' que a vida transformou em amigas, Betina Hillesheim, Lillian Cruz, Patrícia Medeiros e Vera Somavilla. Obrigada por abrirem as portas para um novo olhar à Psicologia. Obrigada pelo incentivo e carinho sempre!

À Oriana Hadler, um grande presente que o Mestrado me deu. Carinho, cumplicidade e amadurecimento teórico. Afinidades. Uma grande amizade!

À Lutiane Lara, amiga-irmã, que acompanhou toda caminhada Gisele-psicóloga-(agora)(quase)mestra. Você é parte desta trajetória.

Ao meu pai, Lauro, minha mãe, Marise, e meu irmão, Fabrício, pelo amor e incentivo sempre. Principalmente quando o assunto é educação. Amo vocês!

Ao Dieter, um anjo! Paciência, incentivo e muito amor! Obrigada! “Pra nós, todo o amor do mundo (...) juntinho, sem caber de imaginar, até o fim raiar” (Los Hermanos). Amote!

“O novo não está no que é dito,
mas no acontecimento de sua volta.”

(Foucault, 2009, p. 26)

RESUMO

Esta dissertação busca problematizar a clínica ampliada, indagando *como se constituem as práticas da clínica ampliada e qual é o sujeito produzido pela clínica ampliada*. Nesse sentido, quais as condições de possibilidade para o aparecimento da clínica ampliada enquanto tecnologia de atenção à saúde. O ponto de partida para a análise são os documentos *Clínica ampliada* (Brasil, 2004) e *Clínica Ampliada e Compartilhada* (Brasil, 2009). Foi a partir desses documentos que foi possível direcionar a compreensão para os processos pelos quais o Sistema Único de Saúde (SUS) produz o sujeito da saúde, mais especificamente o sujeito da clínica ampliada. Trata-se de compreender quais são os efeitos da articulação entre SUS, políticas públicas e clínica ampliada, procurando distanciar-se da busca pelas verdades sobre as tecnologias de atenção à saúde. Para tanto, as ferramentas foucaultianas de governamentalidade e biopolítica nos ajudaram a realizar esta análise. Três momentos tornaram possível tal propósito: o momento em que se problematizou o modo como se tornou viável tornar a saúde alvo de preocupação do Estado a partir de estratégias biopolíticas. Em seguida foi realizada uma análise do nascimento da clínica e, conseqüentemente, da clínica ampliada enquanto tecnologia de atenção à saúde após a Constituição de 1988. E, por fim, foi feita uma problematização das racionalidades presentes nos documentos analisados, procurando evidenciar como as políticas e programas do SUS constituem as práticas e os sujeitos da saúde.

Palavras-chave: Políticas públicas. Clínica ampliada. Produção de subjetividade. Humanização da assistência. Psicologia social.

ABSTRACT

This dissertation aims to problematize the amplified clinic, inquiring how are constituted the practices of amplified clinic and which is the subject produced by this clinic. In this direction, this paper presents reflections on the conditions of possibility for the appearance of the amplified clinic as a technology of health care. The starting points for the analysis are the following documents: *Amplified Clinic* (Brazil, 2004) and *Amplified and Shared Clinic* (Brazil, 2009). It was from these documents that it was possible to direct the understanding of the processes through which the National Health System (SUS) produces the health subject, more specifically the subject of the amplified clinic. This is an attempt to comprehend the effects of the articulation between SUS, Public Politics and amplified clinic, trying to avoid the search for truths regarding the technologies of health care. Thus, the foucaultians tools of governmentality and biopolitics have helped to carry through this analysis. Three moments have made this study possible: the moment in which it was problematized how health became a target of the State through biopolitics strategies. After that, it was put forward an analysis of the birth of the clinic and, consequently, of the amplified clinic as a technology of health care after the Constitution of 1988. Finally, it was made a problematization of the rationalities within the documents analyzed in order to indicate how the politics and programs offered by SUS constitute practices and health subjects.

Key words: Public Politics. Amplified Clinic. Production of Subjectivity. Humanization of Assistance. Social Psychology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1 CONSTRUINDO O OLHAR	13
1.1 Governamentalidade e biopolítica	20
2 DELINEANDO O OBJETO: CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADE DA CLÍNICA AMPLIADA	26
2.1 O nascimento da clínica	27
2.1.1 Liberalismo e Medicina Social	33
2.2 Saúde Coletiva: da crise da Saúde Pública à construção de um novo conceito de saúde	42
3 CLÍNICA AMPLIADA	53
3.1 Humanização: a porta de entrada para clínica ampliada	54
3.2 Pausa. Clínica, clínica política, clínica ampliada	58
3.3 Do sujeito biológico ao sujeito biopsíquico: eis a ampliação!	64
3.4 O sujeito autônomo: o sujeito da clínica ampliada	70
PARA CONTINUAR A PENSAR...	76
REFERÊNCIAS	80

INTRODUÇÃO

Esse trabalho surge a partir de questionamentos que apareceram (e aparecem) ao longo do meu encontro com a psicologia. O percurso da graduação – realizada na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) – foi transversalizado pelas discussões da saúde coletiva, saúde pública, formação e pesquisa. O movimento estudantil e as pesquisas das quais participei enquanto bolsista foram os grandes responsáveis dessa trajetória. Além disso, houve troca curricular no decorrer do processo de formação, onde participei das discussões (enquanto membra do Diretório Acadêmico). A reforma do currículo já vinha em resposta às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia (2004), onde a formação à saúde também deve ser abarcada.

É aí que iniciam talvez meus primeiros questionamentos e estranhamentos. Primeiramente no que diz respeito à psicologia enquanto “profissão da saúde”. Que lugar é esse? Que disciplina é essa? A que vem responder? Por que neste momento histórico ela é convidada a ocupar este lugar? Que práticas vêm legitimar? Onde achará brechas? Que novo campo de trabalho é este? Lugar novo com práticas novas? Ou práticas velhas em lugar novo? Que nova proposta é essa? A proposta do SUS é conhecida por essa ciência? Enfim, questões que foram sendo levantadas sem o intuito de encontrar respostas.

Num segundo momento, ao iniciar os estágios, vieram outras indagações. Uma das atividades obrigatórias do currículo era *ações em saúde coletiva*. O que seriam estas ações? Saúde coletiva seria saúde de grupo? Ações não individuais? Vi que esse conceito (saúde coletiva) era pouco conhecido pelos/as alunos/as e pelos/as professores/as também. Percebi que *qualquer* prática estava sendo inserida nesta atividade, quando sua proposta era de exercer a atividade *sob o olhar, sob as diretrizes* da saúde coletiva. Neste percurso, vi, em alguns momentos, a clínica sendo enquadrada nesta atividade. Além disso, clínica e

psicoterapia sendo encaradas enquanto sinônimos. Assim, surge meu grande dilema: e a clínica? Como esta se configura neste novo campo de saber? A psicologia vai simplesmente *transportar* a prática privada à prática pública? Que mudanças são essas propostas? Clínica ampliada? Psicoterapia em sistema público?

Enfim, é nesse percurso de indagações que chego ao mestrado, onde, além de me dedicar à dissertação – da qual sabia somente que queria pesquisar/problematizar a clínica – e aos encontros do grupo, inseri-me em uma pesquisa com as bolsistas de iniciação científica, do Grupo de Pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação. O projeto intitulado “Formação em Saúde: um estudo da inserção da Psicologia no SUS” objetivava compreender como os currículos dos cursos de graduação em Psicologia vêm experimentando a inserção desta no Sistema Único de Saúde.

Importante situar minha caminhada e, principalmente, esta pesquisa, pois é a partir também dela que começo a questionar a clínica. Talvez muito mais que isso: passo agora a querer colocar a própria clínica em análise. Passo a problematizá-la não a partir da formação – como num primeiro momento havia pensado –, mas a partir da sua história e do SUS. O SUS passa a operar enquanto analisador da clínica, isto é, é através de suas diretrizes e tecnologias que passo a olhar a clínica, o que me possibilitou fazer uma aproximação entre clínica, SUS, saúde pública e saúde coletiva. Mas não uma aproximação da clínica para tomá-la enquanto evidência, e sim de torná-la um problema. Isso significa pensá-la em uma formação histórica que tem a clínica como uma estratégia política, como Foucault (2000) nos ajuda a pensar:

segundo qual espaço de ordem se constituiu o saber; na base de qual *a priori* histórico e no elemento de qual positividade puderam aparecer idéias, constituir-se ciência, refletir-se experiências em filosofias, formar-se racionalidades, para talvez desarticularem e logo desvanecerem. Não se tratará, portanto, de conhecimentos descritos no seu progresso em direção a uma objetividade na qual nossa ciência de hoje pudesse enfim se

reconhecer; o que se quer trazer à luz é o campo epistemológico, a *epistémê* onde os conhecimentos, encarados fora de qualquer critério referente a seu valor racional ou a suas formas objetivas, enraízam sua positividade e manifestam assim uma história que não é a de sua perfeição crescente, mas, antes, a de suas condições de possibilidade (pp. XVIII-XIX).

Neste contexto, ao colocar a formação discursiva vinculada a uma episteme, Foucault remete às condições históricas de possibilidade para um determinado discurso (neste caso a clínica). Formação histórica aqui entendida enquanto um conjunto de práticas discursivas e não discursivas que no seu efeito de conjunto produzem uma certa forma de percebermos os acontecimentos, ou seja, produção de uma racionalidade em um determinado tempo-espaço. Podemos pensar a clínica enquanto uma prática discursiva e não discursiva que se constituiu num determinado tempo-espaço, constituindo uma certa formação histórica.

Assim, o tema do trabalho ora apresentado é o encontro da clínica com o SUS. Dessa forma, ele problematiza a clínica enquanto tecnologia de atenção à saúde que produz políticas públicas de saúde. A atenção à saúde está inserida num campo diverso, o qual foi se constituindo ao longo da história por diferentes atravessamentos, constituindo, atualmente, a clínica – mais precisamente a clínica ampliada – onde há o compromisso com o sujeito e seu coletivo, estimulando diferentes práticas terapêuticas e coresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (Brasil, 2008).

Para tanto, este trabalho fundamentou-se teórico-metodologicamente nas contribuições de Michel Foucault, principalmente com as noções de governo e biopolítica. Autores contemporâneos que discutem a problemática da saúde coletiva e saúde pública, além da clínica, também se encontram nas discussões.

Duas questões nortearam a pesquisa: Como se constituem as práticas da clínica

ampliada? Qual é o sujeito produzido pela clínica ampliada? Dessa forma, a dissertação objetiva refletir sobre a concepção de sujeito com a qual a clínica ampliada opera e como esta clínica se configura no SUS, além de evidenciar as condições de possibilidade para o aparecimento da clínica ampliada enquanto tecnologia de atenção à saúde. Ou seja, visibilizar como a clínica é tomada pelas políticas públicas enquanto tecnologia de cuidado/atenção à saúde. Utilizo-me da racionalidade da qual Foucault olha seus objetos de pesquisa para olhar o meu, isto é, não pretendo fazer uma história das concepções da clínica, mas sim analisar o que levou as políticas públicas a tomarem a clínica enquanto dispositivo/técnica de atenção à saúde. Ao fazer o exercício genealógico da clínica, não busco perguntar “o que é a clínica para nós hoje” e sim, “como chegamos à clínica que temos hoje”. Escrevo a história da clínica, das políticas públicas com o propósito de escrever “uma história do presente” (Dreyfus & Rabinow, 1995, p. 132). Assim, não busco a história 'verdadeira' da clínica, não busco a pesquisa das finalidades.

Nessa esfera, falar da clínica enquanto dispositivo biopolítico¹ supõe falarmos de três eixos que a constituem, quais sejam: os saberes a qual ela se refere, os sistemas de poder que regulam sua prática e as formas pelas quais os usuários do SUS podem e devem se reconhecer enquanto “sujeitos” dessa clínica. Assim, o problema de pesquisa que norteou este trabalho preocupou-se em compreender que efeitos se produzem nas práticas em saúde quando do encontro da clínica ampliada com o SUS.

A importância deste estudo reside no fato da clínica ampliada ainda encontrar-se em construção e, principalmente, pelo fato da Psicologia – agora 'aceita' enquanto disciplina da área da saúde – estar sendo convocada a também ocupar este espaço de diálogo e construção de práticas. Dessa forma, tanto os currículos de psicologia quanto os serviços de saúde estão caminhando para a construção de uma nova racionalidade de prática de atenção.

Para problematizar o encontro entre clínica e SUS, analiso dois documentos de domínio

1 Estes conceitos serão desenvolvidos no primeiro capítulo da dissertação.

público do Ministério da Saúde: o primeiro, intitulado *Clínica ampliada*” (Brasil, 2004), é uma das oito cartilhas que compõem o material da Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS; já o segundo, *Clínica ampliada e compartilhada* (Brasil, 2009), é um documento recente, o qual desenvolve de forma mais completa aquilo que o Ministério da Saúde entende por clínica ampliada, trazendo os pressupostos e algumas ações esperadas pelos profissionais da saúde.

A escolha desses documentos se dá uma vez que os profissionais da saúde os utilizam enquanto diretrizes para suas práticas. Assim, estas cartilhas serviram enquanto analisadores que possibilitaram pensarmos os processos pelos quais o SUS produz o sujeito da saúde.

No primeiro capítulo, intitulado *Construindo o olhar*, apresento a forma como o objeto clínica ampliada foi sendo construído, apontando para os conceitos de governamentalidade e biopolítica enquanto ferramentas que possibilitaram problematizar a clínica ampliada.

Num segundo momento, no capítulo *Delineando o objeto: condições de possibilidade da clínica ampliada*, são elencadas as condições de possibilidade para a constituição da clínica no âmbito das políticas públicas em saúde, demarcando o quanto a medicina e o liberalismo têm participação nesta constituição, da mesma forma que alguns movimentos no âmbito da saúde no Brasil.

Por fim, no capítulo *Clínica Ampliada*, vimos como se constituem as práticas da clínica ampliada e quais os sujeitos produzidos por ela, através dos documentos acima mencionados. Trazemos os discursos da psicologia enquanto constituintes dessa nova clínica, além de problematizarmos de que forma a Política Nacional de Humanização (PNH) corrobora com essa produção.

1 CONSTRUINDO O OLHAR²

Ao delimitar as questões de pesquisa – Como se constituem as práticas da clínica ampliada? Qual é o sujeito produzido pela clínica ampliada? – era necessário pensar os modos como se olharia para a clínica ampliada. Os trabalhos pesquisados relacionados a esta temática suscitaram muitas inquietações, uma vez que em sua grande maioria evidenciavam a clínica ampliada enquanto uma possibilidade de solução aos problemas da saúde pública, trazendo-a como uma proposta inovadora, transdisciplinar e eficiente, visto que seus pressupostos teóricos estão embasados na saúde coletiva. A saúde coletiva tomada enquanto campo teórico não passível de crítica; são poucos os/as autores/as pesquisados/as que conseguem deslocar-se de uma posição de defesa da saúde coletiva, de militância.

No entanto, sentia a necessidade de deslocar-me. O lugar da naturalização não fazia mais sentido. Os olhares que os teóricos da clínica ampliada lançavam não me “apeteciam”. Incômodo e raiva surgiam. Não queria verdades dadas, respostas corretas. Queria colocar o pensamento em movimento, conseguir pensar e produzir rupturas, mas não estava conseguindo fazê-lo “dentro” da saúde coletiva. Era necessário um novo lugar. Sair deste campo, mas não abandoná-lo. Era preciso olhar a saúde coletiva e a clínica ampliada de outro lugar; desacomodá-las.

Neste percurso, foram os estudos de Michel Foucault que permitiram que eu olhasse o objeto de pesquisa com outros olhos. Foucault permitiu me desacomodar enquanto pesquisadora. Ele tirou meu olhar do lugar da naturalização e deslocou-o para o lugar de estranhamento. O óbvio passou também a ser questionado e interrogado. Desacomodar para construir. O investigador, segundo Foucault, “não é mais o espectador desligado dos monumentos discursivos mudos; [...] ele está envolvido nas práticas sociais que analisa e é,

2 Nesta primeira parte do capítulo a escrita apresenta-se na primeira pessoa do singular, uma vez que fala sobre minha implicação com a pesquisa. Posteriormente, desloco a pessoa verbal a primeira pessoa do plural, entendendo que são produções coletivas, pensadas a partir de vários/as interlocutores/as.

em parte, por elas produzido” (Dreyfus & Rabinow, 1995, p. 115).

Para produzir estes novos olhares, foi preciso compreender a teoria, a produção de conhecimento, de outra forma. Junto-me a Foucault (1977) neste momento, pois este não buscava a verdade das coisas e sim, buscava analisar as especificidades dos objetos que estudava, balizava as ligações, as extensões; edificava “pouco a pouco um saber estratégico” (p. 251).

Nessa sua forma de olhar a teoria, o autor a encara através da metáfora da caixa de ferramentas, onde não busca construir um sistema, mas um instrumento, isto é, busca “uma *lógica* própria às relações de poder e às lutas que se engajam em torno deles” (Foucault, 1977, p. 251). Além disso, a “pesquisa só pode se fazer aos poucos, a partir de uma reflexão (necessariamente histórica em algumas de suas dimensões) sobre situações dadas” (p. 251).

Dessa modo, ao vincular-me a Foucault – e a outros teóricos pós-críticos de investigação analítica – busquei lançar questionamentos e recorrer a estratégias que pudessem produzir conhecimentos reflexivos, isto é, outros olhares sobre a clínica ampliada, diferentes dos habituais muitas vezes não-problemáticos. Assim, os conceitos foucaultianos agiram enquanto um dispositivo, enquanto uma ferramenta. Bem como os próprios conceitos da saúde coletiva.

Segundo Gallo (2008), o conceito é algo

inventado, criado, produzido, a partir das condições dadas e que opera no âmbito mesmo destas condições. O conceito é um dispositivo que faz pensar, que permite, de novo, pensar. O que significa dizer que o conceito não indica, não aponta uma suposta verdade, o que paralisaria o pensamento; ao contrário, o conceito é justamente aquilo que nos põe a pensar. Se o conceito é produto, ele é também produtor: produtor de novos pensamentos, produtor de novos conceitos; e, sobretudo, produtor de acontecimentos, na medida em que é o conceito que recorta o acontecimento, que o

torna possível (p. 43).

Foi a partir dessa nova postura frente a conceitos e teorias que consegui construir meu objeto de pesquisa de outra forma. As ferramentas – os conceitos – serviram para colocar o objeto em movimento, em estranhamento, em desconstrução e construção. Nessa esfera, não há a escolha por um método de investigação e sim, um caminho metodológico construído ao longo do percurso da dissertação. À medida que ia construindo meu objeto e analisando os materiais, recorria a conceitos que pudessem me auxiliar na construção do pensamento. Logo, não sabia de antemão os conceitos que utilizaria, justificando o porquê de não haver um método prévio de análise/investigação.

Dessa maneira, a clínica ampliada, enquanto tecnologia de atenção na saúde/políticas públicas, como meu objeto de pesquisa, pode ser entendido enquanto um dispositivo, isto é, como um conjunto heterogêneo que “engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (Foucault, 2007, p. 244). O dispositivo é a rede que podemos estabelecer entre estes elementos, entre o dito e o não dito. Além disso, o dispositivo caracteriza-se enquanto as estratégias que se estabelecem entre estes elementos heterogêneos que o compõem, respondendo a uma determinada urgência histórica.

Assim, para falar da clínica ampliada enquanto um dispositivo biopolítico é necessário fazer o percurso de mostrarmos a qual urgência histórica esta vem responder. O dispositivo, segundo Foucault (2007), está sempre inscrito em um jogo de poder e, dessa forma, ligado também a uma ou mais configurações de saber, que dele nascem e que igualmente o condicionam.

Desta maneira, a clínica ampliada consiste em um conjunto heterogêneo de práticas e disciplinas que em seus discursos buscam uma maior eficiência no atendimento, bem como

um atendimento 'humanizado', onde o usuário em atendimento seja visto enquanto um sujeito biopsicossocial, e não mais um indivíduo da doença. Além disso, há uma forte discussão de autores da saúde coletiva – como Eduardo Passos, Regina Benevides, Gastão Campos – sobre a implicação política da clínica. Os enunciados com pretensões de cientificidade, tanto das disciplinas das ciências humanas e sociais quanto àquelas das ciências biológicas, circulam nos discursos das políticas públicas de atenção e gestão em saúde.

As políticas públicas de saúde situam-se no âmbito das políticas sociais. Quando realizamos alguma análise de alguma política pública devemos, conforme Hofling (2001), referir aos caminhos de implementação destas, seja em termos estratégicos ou mesmo os caminhos de implementação, por exemplo. No entanto, uma das relações fundamentais que devemos estabelecer em nossas análises é a que se estabelece entre o Estado e as políticas sociais – no nosso caso a saúde. Isto é, evidenciar as relações que se estabelecem entre o Estado e as políticas de uma sociedade em um determinado período histórico.

No caso da clínica ampliada, evidenciar as relações que se estabelecem entre a crise da saúde pública no Brasil na década de 1970 até a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, onde o conceito de clínica ampliada que opera nas políticas diz uma concepção de sujeito e de saúde imbricados com as políticas governamentais deste momento histórico.

Dessa forma, torna-se importante a diferenciação entre Estado e governo. Hofling (2001) considera o “Estado como o conjunto de instituições permanentes – como órgãos legislativos, tribunais, exército e outras que não formam um bloco monolítico necessariamente – que possibilitam a ação do governo” (p. 31). Já o governo “como o conjunto de programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) propõe para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um

determinado período” (p. 31). Ou seja, as políticas públicas são o Estado em ação. É o Estado implantando projetos (de governo) através de programas e ações voltados a parcelas específicas da sociedade.

Não podemos esquecer que a concepção de Estado a qual temos que levar em conta é a do Estado da política neoliberal, onde as funções do Estado voltam-se à garantia dos direitos individuais, sem interferência nas esferas da vida pública e, especificamente, na esfera econômica da sociedade. Dessa forma, na medida em que o Estado – na esfera do capitalismo – não institui a propriedade privada, a ele também não cabe o poder de interferir. Pelo contrário, tem sim a função de arbitrar, mas não regular, conflitos que possam vir surgir na sociedade civil (Hofling, 2001; Foucault, 2008b).

Dessa maneira, uma das inquietações que me perseguiu durante o percurso da pesquisa foi o de entender a que jogo estratégico a adjetivação 'ampliada' junto à clínica vinha responder. Uma mudança de nomenclatura muitas vezes nos passa despercebido, no entanto, quando se trata de uma análise na busca pelos efeitos de verdade, alguns detalhes tornam-se relevantes.

As noções de saber e poder, a partir de Foucault, foram importantes para conseguir realizar as operações analíticas as quais me propus.

Temos antes que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder. Essas relações de “poder-saber” não devem então ser analisadas a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema do poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimentos são outros tantos efeitos dessas implicações

fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas. Resumindo, não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento (Foucault, 2007, p. 27).

Estas noções ajudaram-me a apontar as produções de verdade que organizam alguns sistemas de enunciados que sustentam as estratégias encarregadas da produção do sujeito da clínica/saúde. Assim, o conceito de discurso em Foucault é fundamental e, conseqüentemente, o conceito de enunciado, pois em quase todas as formulações sobre discurso, Foucault refere-se ao enunciado (Fischer, 2001).

Para Foucault (2004) “não se volta ao aquém do discurso – lá onde nada ainda foi dito e onde as coisas apenas despontam sob uma luminosidade cinzenta; não se vai além para reencontrar as formas que ele dispôs e deixou atrás de si; fica-se, tenta-se ficar no nível do próprio discurso” (p. 54). Assim, não há nada “por trás”, oculto, a ser desvendado quando falamos em discurso. Os discursos, para o autor, devem ser tratados como

práticas que formam sistematicamente os objetos de que falamos. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que os torna irredutíveis à língua e ao ato de fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (Foucault, 2004, p. 55).

Dessa forma, tudo é prática em Foucault e tudo está imerso em relações de saber e poder, que se implicam mutuamente, ou seja, “enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder, que as supõem e as atualizam” (Fischer, 2001, p. 200).

O enunciado em si se encontra na transversalidade de frases, proposições e atos de

linguagem, não se constituindo enquanto unidade. Ele é sempre um acontecimento. Não há enunciado que não esteja apoiado em um conjunto de signos, mas o que importa é o fato de essa função caracterizar-se por quatro elementos básicos

um referente (ou seja, um princípio de diferenciação), um sujeito (no sentido de “posição” a ser ocupada), um campo associado (isto é, coexistir com outros enunciados) e uma materialidade específica – por tratar de coisas efetivamente ditas, escritas, gravadas em algum tipo de material, passíveis de repetição ou reprodução, ativadas através de técnicas, práticas e relações sociais (Fischer, 2001, p. 202).

Descrever um enunciado, portanto, é dar conta dessas especificidades, é apreendê-lo como acontecimento, como algo que irrompe num certo tempo, num certo lugar. O que permitirá situar um emaranhado de enunciados numa certa organização é justamente o fato de eles pertencerem a uma certa formação discursiva.

Por formação discursiva ou sistema de formação compreende-se:

...um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou qual objeto, para que empregue tal ou tal enunciação, para que utilize tal conceito, para que organize tal ou tal estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática (Foucault, 2004, pp. 82-3).

Assim, falar em prática discursiva é falar segundo determinadas regras e expor as relações que se dão dentro de um discurso. Quando as políticas públicas de saúde, por exemplo, se apropriam do discurso da humanização, fazendo falar e fazer este discurso. Para Foucault, dessa forma, o conceito de prática discursiva vincula-se diretamente a: “...um

conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa” (Foucault, 2004, p.136).

1.1 Governamentalidade e biopolítica

Os conceitos de governamentalidade e biopolítica de Foucault nos ajudam a compreender como as políticas públicas em saúde tomam a clínica enquanto tecnologia de atenção/cuidado à saúde. Estes conceitos apontam para uma preocupação como a vida das pessoas e seus modos de viver, tornando-as, dessa forma, alvo de investimento das práticas de governo. Neste sentido, tomo a clínica enquanto um conjunto de práticas e saberes que instituíram e instituem modos de ser sujeito, isto é, os modos pelos quais os seres-humanos tornaram-se e tornam-se sujeitos; neste caso, sujeitos da saúde.

Para Foucault, essa forma de poder aplicada à vida cotidiana é uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos e, dessa forma, ele remete a pelos menos dois significados à palavra sujeito: “sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a” (Foucault, 1995, p. 235).

Neste trabalho, ao evidenciar as condições de possibilidade para o surgimento da clínica, a medicina aparece enquanto um saber a serviço do Estado e, dessa forma, estabelece-se enquanto uma estratégia de saber-poder, entendendo poder enquanto situação estratégica complexa numa sociedade determinada (Foucault, 2003). A governamentalidade, para Foucault (1978), é uma dessas formas específicas e complexas de poder, a qual tem como foco de investimento a população. A Razão de Estado, que surge no final do século XVI como uma nova arte de governar, desenvolve uma série de aparelhos específicos de governo e de

saberes.

Coloca-se, agora, o problema de “como ser governado, por quem, até que ponto, com que fins, por quais métodos” (Foucault, 1978, p. 282). A governamentalidade, nesse sentido, é um domínio de relações estratégicas entre indivíduos e grupos, sendo o foco central a conduta das pessoas. Entram em jogo, assim, instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos e táticas que permitirão formas específicas e complexas de poder sobre a população. Dessa forma, ao falarmos em governo não estamos nos referindo à instituição “governo” enquanto sinônimo de Estado e sim, à prática de dirigir a conduta das pessoas, seja pelo Estado, pela escola, pela saúde, pela mídia... (Foucault, 1978).

Nesse novo modo de governar, transita-se de uma sociedade feudal, onde o governo centrava-se no território, para o Estado moderno, caracterizado por uma sociedade de controle e regulamentação que ultrapassava questões de espaço físico. A preocupação agora é dirigir uma população, e não uma superfície; é a virada da soberania ao biopoder. Compreender essa passagem é essencial, pois conforme Foucault (1978) revela, “vivemos na era da 'governamentalidade', a qual foi descoberta no século XVIII” (p. 304).

A virada no modo de governar que Foucault (2005a, 2008c) nos aponta, demonstra outra preocupação, qual seja, o bem comum de uma população que se quer conduzir. É um governo caracterizado por práticas de controle do corpo – legitimadas pela medicina – e por práticas sanitárias – legitimadas pelo discurso científico.

Entra-se num campo de manejo sobre as doenças (segurança sobre as epidemias), de práticas higienistas (manutenção das cidades) e de garantia da sociedade (controle sobre a pobreza) (Foucault, 2008c). A qualidade de vida da população torna-se base para as práticas governamentais, que vão desde a vacinação em massa até novos parâmetros para aquilo que se considera saúde, doença, normal. Assim, é preciso definir a melhor forma de governo de si, da família e do Estado, ou seja, da moral, da economia e da política (Foucault, 2007).

A população aparece enquanto objetivo último do governo, pois é o aumento de suas riquezas, sua duração de vida ou sua saúde que entram em jogo. Dessa forma, o governo se utilizará de instrumentos tais como campanhas (mais diretamente) ou outras técnicas (indiretamente) para agir sobre, por exemplo, as taxas de natalidade, mortalidade, fluxo da população. “A população aparece, então, [...] como a finalidade e o instrumento do governo. A população aparecerá como sujeito das necessidades, de aspirações, mas também como objeto entre as mãos do governo” (Foucault, 1978, p. 300).

Vê-se assim, um movimento nas formas de governo, no qual existe um alvo (população), uma forma de saber que lhe é dirigida (regimes de verdade) e instrumentos (procedimentos técnicos) que vão, por sua vez, ditar as regras do que pode ou não ser feito. Isso pode ser elucidado no processo de constituição do sujeito da saúde, uma vez que passa a ser alvo de investimento através de medicalização e diagnóstico – discursos que forjam este sujeito – e através de políticas públicas e medidas de segurança para o bem-estar desta população – instrumentos técnicos que a regulamentam. São ações de regulamentação e normalização que circundam os sujeitos no detalhe.

Num primeiro momento, o poder sobre a vida, centra-se no corpo dos indivíduos. No corpo enquanto máquina, isto é, no seu adestramento, nas suas aptidões, na sua utilidade e docilidade. São os procedimentos de poder que caracterizam a(s) disciplina(s) que asseguram essas intervenções. É a “anátomo-política do corpo humano” (Foucault, 2003, p. 131).

A anátomo-política gere a população na profundidade, no detalhe e, conseqüentemente, tem-se a disciplina enquanto dispositivo para esse governo da população. Os efeitos desse poder disciplinar podem ser visualizados nas escolas e nos hospitais, por exemplo, onde no primeiro as crianças apreendiam a disciplina e o conhecimento para tornarem-se adultos produtivos, além de aptos a cuidarem de si e de sua saúde (Foucault, 1978, 2003).

Dessa forma, a anátomo-política capta os corpos em sua individualidade. O indivíduo é

a parte de uma massa confusa. A disciplina passa a ser uma análise do espaço. É a individualização pelo espaço, onde se permite, assim, as classificações e as combinações necessárias – exemplo da quarentena, onde cada indivíduo ficava em uma repartição da casa (Foucault, 2003, 2005a).

A disciplina é anátomo-política porque se trata de analisar não mais apenas o saber, mas o saber-poder. Anátomo-política é o nome dado por Foucault às tecnologias de poder que, desde o século XVII distribuem e separam os corpos individuais, seus movimentos, seus alinhamentos em séries para discipliná-los, vigiá-los, governá-los e, eventualmente, puni-los (Sugizaki, 2008, p. 192).

Assim, do ponto de vista do poder, da finalidade do poder, a biopolítica é apenas uma continuidade da anátomo-política. No entanto, as técnicas e tecnologias de poder se diferenciam. Enquanto que na anátomo-política o principal instrumento é a polícia – vigilância ao corpo, na biopolítica temos instrumentos que dirigem à vida, o homem enquanto ser vivo, o homem-espécie (Foucault, 2005a).

Surge, assim, um poder direcionado não mais ao corpo enquanto máquina e sim, no corpo-espécie. No corpo biológico, no corpo do ser vivo. Nasce uma “bio-política da população” (Foucault, 2003, p. 131), onde o nível de saúde, a duração da vida, a mortalidade, os nascimentos, passam a ser processos que sofrem intervenções e controles reguladores.

A disciplina do corpo e as regulações da população passam a constituir aquilo que Foucault chamou de bio-poder, cujo poder “agora é sobre a vida [...]; a morte é o limite, o momento que lhe escapa; ela se torna o ponto mais secreto da existência, o mais 'privado’” (Foucault, 2003, p. 130). O governo passa a ter a tarefa de “fazer” a população “viver” e deixá-la morrer, de acordo com padrões e regras específicos. Dessa forma, os sujeitos sobre os quais se exerce o governo aparecem como uma população, sendo este o ponto de partida para

a organização de uma biopolítica.

Dessa forma, como vimos até agora, a governamentalidade lida com o processo de governar condutas, tanto de si como dos outros, possibilitado a partir da virada do poder soberano ao biopoder, onde este compreende tanto tecnologias disciplinares quanto biopolíticas. Assim, biopoder é

essa série de fenômenos que me parece bastante importante, a saber, o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo, o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder (Foucault, 2008c, p. 3).

A biopolítica, nessa esfera, pode ser entendida pela maneira com que, a partir do século XVIII, essa nova razão governamental buscou solucionar os problemas dos indivíduos, agora enquanto população, quais sejam, por exemplo, a saúde, a higiene, a natalidade, a longevidade, a raça. Esta nova forma de poder se ocupará, assim, das taxas de natalidade e mortalidade – demografia; das enfermidades endêmicas – uma vez que são essas que reduzem o tempo útil de trabalho, oneram ao Estado, enfraquecendo seu poder; e também com as questões relacionadas com o meio ambiente, clima.

Foucault dirige-se à questão da vida problematizando-a de formas diferentes. Primeiro por meio de análises das formas de objetivação do sujeito: (a) através da arqueologia, por via das condições de possibilidade da existência de saberes empíricos, que possibilitaram a partir do século XVIII a constituição das ciências do homem; (b) pela via da genealogia dos

poderes, onde as ciências biológicas que se constituem a partir do século XIX se articulam com outros campos de saber e de práticas e com as relações de formas que incidem sobre a vida dos indivíduos. Mais tarde, Foucault pesquisa a noção de vida em termos de uma arqueogenealogia das formas de subjetivação (Portocarrero, 2009).

A genealogia estuda não somente o poder disciplinar, que se exerce sobre o corpo e a alma do indivíduo, individualizando-o e ao mesmo tempo homogeneizando-o, mas também aquele que se exerce sobre a vida das populações, por meio da formação de uma biopolítica. A biopolítica opera com controles precisos, regulações de conjunto e mecanismos de segurança, para exigir mais vida, majorá-la, geri-la. Sua constituição só é possível no contexto da invenção da vida biológica; da entrada da vida no pensamento e na prática políticos. É a resposta política ao aparecimento, no século XIX, desse novo objeto de conhecimento – a vida do homem como espécie (p. 420).

Dessa forma, pensar a clínica ampliada a partir das noções de governamentalidade e biopolítica é pensar a atenção em saúde como um campo discursivo de práticas, saberes e poderes, atravessados tanto por dimensões disciplinares e regulatórias quanto por dimensões participativas e emancipatórias. Assim, estas noções foucaultianas nos servem como instrumento para problematizar a discursividade da produção do sujeito da clínica ampliada. Discurso entendido aqui como um bem coloca desde sua existência a questão do poder e que é, por natureza, objeto de uma luta política (Foucault, 2009).

2 DELINEANDO O OBJETO: CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADE DA CLÍNICA AMPLIADA

Não pretendemos com este trabalho fazer uma genealogia da clínica, ou mesmo da clínica ampliada. No entanto, acreditamos ser relevante, através de uma estratégia genealógica, descrever os discursos sobre a clínica (ampliada) e principalmente, as condições de possibilidade para a constituição da clínica no âmbito das políticas públicas em saúde.

A genealogia para Foucault (2007) é um indispensável demorar-se: marcar a singularidade dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde menos se os esperava e naquilo que é tido como não possuindo história – os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos; apreender seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde eles desempenharam papéis distintos; e até definir o ponto de sua lacuna, o momento em que eles não aconteceram (p. 15).

Assim, é preciso paciência. Minúcia. Olhar os documentos – sejam eles os materiais do Ministério da Saúde ou mesmo os textos teóricos – não na busca da origem de algo e/ou alguma coisa. É sim, perceber os “acazos dos começos, [...] elevar-se do labirinto onde nenhuma verdade as manteve jamais sob sua guarda” (Foucault, 2007, p. 19).

Dessa forma, buscamos ao retornar ao nascimento da clínica, lá na Medicina, os acasos, as rupturas, as continuidades e descontinuidades que tornaram possível a sua constituição, para, posteriormente, através da Medicina Social e do liberalismo, evidenciar alguns elementos que contribuíram na constituição das políticas de saúde hoje, principalmente no que refere à clínica ampliada.

Ao entrar, num segundo momento, no campo das políticas públicas de saúde no Brasil,

foi necessário retornar à crise da saúde pública, a fim de demarcar os acontecimentos da história que dão conta das políticas públicas em saúde, do conceito de saúde, da concepção de sujeito da saúde coletiva e até mesmo da concepção de clínica, com os quais operamos na atualidade.

2.1 O nascimento da clínica

Foucault (2008a) ao escrever *O nascimento da clínica*, buscou evidenciar a passagem da medicina clássica à medicina moderna, demarcando principalmente as mudanças ocorridas em nível de organização dos conhecimentos e das práticas. Além disso, apresenta as mudanças institucionais, onde o hospital – que antes era um órgão de assistência aos pobres e de preparação para a morte – torna-se o local do exercício da medicina, tanto para cura quanto para o ensino.

O nascimento da clínica passa, assim, por uma mudança de olhar. Não é uma nova prática que se instaura e sim, um novo modo de *ver* e *dizer* sobre a medicina. Há uma transformação na organização e na prática do conhecimento médico. Essa se dá em relação a seus objetos, conceitos e métodos. Surgem novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais.

Há uma urgência histórica que solicita um deslocamento da medicina; de uma medicina clássica (ou classificatória), onde o objeto é a doença em sua essência abstrata a uma medicina clínica, onde a intervenção deve dar conta da singularidade do indivíduo. Paralelamente delineiam-se mudanças complementares: o nascimento de uma medicina do espaço social. A doença enquanto problema político e, conseqüentemente, o médico enquanto autoridade administrativa devido à competência de seu saber (Foucault, 2008a).

No século XVIII temos a medicina referindo-se muito mais à saúde do que à

normalidade. Até este período a medicina (chamada de medicina classificatória) se evidenciava, se organizava em torno da classificação e hierarquização das doenças. Estas eram organizadas em famílias, gêneros e espécies, ou seja, antes de identificada no corpo, a doença recebe sua classificação (Foucault, 2008a).

Assim, o doente é um fato exterior àquilo que sofre, uma vez que para conhecer a doença, o médico abstrai o paciente. “Não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma *contranatureza*, mas o doente com relação à própria doença” (Foucault, 2008a, p. 7). A nosologia é primordial ao conhecimento do médico. A cura do doente, da doença, vai depender do conhecimento do médico sobre a/as doença/s. O foco é a doença, e não o corpo. Na medicina classificatória médicos e doentes não estão implicados. A doença se constitui como natureza. Há algo “selvagem” que a constitui. Dessa forma, quanto mais “complexo se torna o espaço social em que está situada, mais ela se *desnaturaliza*. Antes da civilização, os povos só tinham as doenças mais simples e mais necessárias” (p. 16).

Nesse sentido, o olhar médico torna-se paradoxal, pois

[...] é tomado em uma espiral indefinida: dirige-se ao que há de visível na doença, mas a partir do doente, que oculta este visível, mostrando-o; conseqüentemente, para conhecer, ele deve reconhecer. E esse olhar, progredindo, recua, visto que só atinge a verdade da doença, deixando-a vencê-lo, esquivando-se e permitindo ao próprio mal realizar, em seus fenômenos, sua natureza (Foucault, 2008a, pp. 8-9).

É no corpo que a doença aparecerá e é neste espaço que ela circulará livremente. É o olhar qualitativo, ou seja, o olhar da presença ou não de *secura*, de *ardor*, de *umidade*, que fará com que o médico perceba a doença no doente. Esta relação entre médico e paciente implica uma proximidade cada vez maior: o primeiro pelo olhar cada vez mais penetrante e o segundo “pelo conjunto das qualidades insubstituíveis e mudas que nele traem, isto é, mostram e

variam, as belas formas ordenadas da doença” (Foucault, 2008a, pp. 15-6).

Com relação à medicina das espécies, temos no século XVIII uma nova organização da doença: a epidemia³, a qual teve um destino singular. Ela é mais que uma forma particular de doença; é “um modo autônomo, coerente e suficiente de ver a doença” (Foucault, 2008a, p. 23). Assim, não há diferenças de natureza ou de espécie entre uma doença individual e uma epidemia. “Trata-se de uma percepção não mais essencial e ordinal, como na medicina das espécies, mas qualitativa e cardinal” (p. 23).

É com as epidemias que teremos uma nova experiência e organização da medicina na sociedade. Sendo um fenômeno coletivo, ela necessitará de um olhar múltiplo e uma transcrição detalhada dos acontecimentos. “Mas essa experiência só pode adquirir plena significação se for reforçada por uma intervenção constante e coercitiva” (Foucault, 2008a, p. 26). Isto é, a medicina das epidemias só seria possível se houvesse uma polícia. As cidades passam a ser vistoriadas e controladas.

Seria preciso conceber uma medicina suficientemente ligada ao Estado para que, de comum acordo com ele, fosse capaz de praticar uma política constante, geral, mas diferenciada de assistência; a medicina torna-se tarefa nacional. [...] A boa medicina deverá receber do Estado testemunho de validade e proteção legal; a ele cabe 'estabelecer a existência de uma verdadeira arte de curar'. A medicina da percepção individual, da assistência familiar, dos cuidados em domicílio só pode encontrar apoio em uma estrutura coletivamente controlada e que recobre a totalidade do espaço social. Entra-se em uma forma inteiramente nova e mais ou menos desconhecida, no século XVIII, de espacialização institucional da doença. Nela, a medicina das espécies se perderá (Foucault, 2008a, pp. 20-1).

3 Doenças epidêmicas são aquelas que atacam ao mesmo tempo e com características imutáveis um grande número de pessoas (Foucault, 2008a).

Nasce uma consciência coletiva dos fenômenos patológicos. O olhar médico não se constitui mais apenas pelo saber limitado, onde havia conhecimento das doenças e sabia-se tudo sobre elas, e sim, um olhar sobre uma séria infinita e variável dos acontecimentos. Não é mais a percepção do doente em sua singularidade. A consciência coletiva, onde há uma gama de informações complexas que devem ser intercruzadas, amplia o olhar médico para as “dimensões de uma história, de uma geografia, de um Estado” (Foucault, 2008a, p. 31). A tarefa do médico agora também é política.

As mudanças que ocorriam no século XVIII, principalmente no nível econômico-político, com o liberalismo, convocam a Medicina a ocupar outro lugar. Além de ser a primeira profissão a ser regulamentada na história, esta também é convocada pelo Estado a ocupar um novo espaço. Conseqüentemente vê-se uma estruturação em sua prática e em suas teorias. Ao Estado cabe agora o dever da formação dos seus profissionais. A ela, uma reorganização de seus saberes.

Dessa forma, o Estado responsabiliza-se pelos conhecimentos que são indispensáveis para o cidadão, conhecimentos que permitirão tornar-se um homem livre, ou seja, o Estado deve esta instrução na mesma medida que lhe deve a liberdade. “O ensino, no regime do liberalismo econômico e da concorrência, reata com a velha liberdade grega: o saber espontaneamente se transmite pela Palavra, e a que encerra mais verdade triunfa” (Foucault, 2008a, pp. 53-4). Ou seja, a Medicina passa, juntamente com o Estado, a ocupar um lugar de verdade e, com isso, um lugar de poder-saber.

O ensino da medicina passa também a ser regulamentado. A formação do médico irá sofrer transformações e estruturações. Teoria e experiência começam a andar juntas. A faculdade, onde a teoria era transmitida, não dá mais conta da formação. “Não se sabia como restituir pela palavra o que se sabia ser apenas dado ao olhar. O *Visível* não era *Dizível*, nem *Ensinável*” (Foucault, 2008a, p. 55). O hospital aparece enquanto possibilidade para o visível,

pois a experiência – necessária à formação – será possibilitada pela observação individual, pelo exame dos casos, pela prática cotidiana das doenças.

O hospital surge enquanto mecanismo de proteção às pessoas sadias. Instituição na qual a vigilância é contínua, uma vez que os doentes sem família e as doenças contagiosas nele estão presentes. A família é vista como aquela que se liga ao doente por um sentimento dito 'natural' de compaixão; é da natureza do indivíduo o zelo pela família. Uma vez que a doença é um acidente individual, cabe à família os cuidados necessários. Já a nação, esta se liga aos enfermos por um “dever *social e coletivo de assistência*” (Foucault, 2008a, pp. 42-3). Àquele que não tem família, a assistência é dada nos hospitais. Mas também casos contagiosos e doenças difíceis, onde a medicina não consegue fazer frente na sua forma cotidiana, são encaminhados aos hospitais. O hospital constitui-se, assim, enquanto vigilante da moral e da saúde pública. “O hospital deve ter um lugar nessa configuração em que as instâncias médicas são múltiplas para melhor assegurar uma vigilância contínua” (2008a, p. 44). Dessa forma, o hospital torna-se um local privilegiado para o exercício da medicina, tanto no ponto de vista da cura quanto do ensino.

No entanto, diferentemente da clínica do século XVIII, onde o leito do doente era visto como uma “ignorância a informar” (Foucault, 2008a, pp. 73-4), isto é, tinha-se o conhecimento da doença e era no leito do doente que se identificava ela, há uma nova disposição dos objetos do saber: “um domínio no qual a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo; tanto para um quanto para o outro, só existe uma linguagem: o hospital, onde a série dos doentes examinados é, em si mesma, escola” (pp. 73-4).

Dessa forma, a clínica se torna campo de coerência científica e ao mesmo tempo utilidade social. As mudanças que ocorrem da medicina clássica à medicina clínica dizem de uma reequilibração da medicina em torno da clínica. Tem-se agora um ensino teórico

aplicado, pois ao definir o leito do doente enquanto meio de acesso à experiência prática, necessita-se vincular a particularidade, o saber particular, a um sistema geral de conhecimento. Inverte-se o olhar.

A clínica compreende duas partes: 'No leito de cada doente o professor deter-se-á o tempo necessário para interrogá-lo de modo satisfatório, para examiná-lo convenientemente; fará os alunos observarem os signos diagnósticos e os sintomas importantes da doença'; em seguida, o professor retomará no anfiteatro a história geral das doenças observadas nas salas do hospital: indicará as causas 'conhecidas, prováveis e ocultas', enunciará o prognóstico e dará as indicações 'vitais', 'curativas' ou 'paliativas' (2008a, p. 77).

O hospital, antes destinado somente aos pobres e sem família, e agora *locus* de uma experiência clínica. A clínica, no final do século XVIII, coloca um problema moral à sociedade, qual seja: “com que direito se podia transformar em objeto de transformação clínica um doente que a pobreza obrigava a vir pedir assistência no hospital?” (Foucault, 2008a, p. 91).

Eis, portanto, os termos do 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* paga 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. Ajudar acaba por pagar, graças às virtudes do olhar clínico (2008a, p. 93).

Assim, nesta seção, buscamos delinear as condições de possibilidade para falarmos em clínica ampliada hoje. Para tanto, retomamos à história da clínica para evidenciar alguns elementos, algumas situações históricas, que podem ser ancorados a seu surgimento. A seguir, evidenciamos o liberalismo e a Medicina Social enquanto marcadores históricos para o surgimento da medicina clínica.

2.1.1 Liberalismo e Medicina Social

É no final do século XVIII, início século XIX, que a medicina encontra na clínica sua possibilidade de origem. Elejemos o liberalismo, isto é, uma nova arte de governar que surge no final do século XVIII e a Medicina Social enquanto marcadores para evidenciar o surgimento da clínica.

Essa nova prática governamental, nomeada de liberalismo, não tem como propósito garantir esta ou aquela liberdade. Ela é consumidora de liberdade e, desta forma, só poderá se efetivar se houver certo número de liberdades como, por exemplo, liberdade do mercado, liberdade do vendedor e do comprador, livre exercício do direito de propriedade, liberdade de discussão. Nesse sentido, o liberalismo consome liberdade e, conseqüentemente, é obrigado a produzi-la, é obrigado a organizá-la. O liberalismo vai se apresentar como gestor da liberdade, mas não no sentido imperativo “seja livre” e sim, com o intuito de “produzir o necessário para tornar você livre. Vou fazer de tal modo que você tenha a liberdade de ser livre” (Foucault, 2008b, p. 87). Assim, o liberalismo gestiona e organiza as condições às quais se pode ser livre, estabelecendo assim uma “relação de produção/destruição [com a] liberdade [...]. É necessário, de um lado, produzir a liberdade, mas esse gesto mesmo implica que, de outro lado, se estabeleçam limitações, controles, coerções, obrigações apoiadas em ameaças, etc.”

(p. 87).

Ao não ser aquele que aceita a liberdade, mas o que propõe a fabricá-la, a produzi-la, o liberalismo se coloca um custo de fabricação dessa liberdade. O princípio desse cálculo, do cálculo da fabricação da liberdade, é o que se chama de segurança. O problema que a segurança se coloca é o de proteger o interesse coletivo contra os interesses individuais. Mas o inverso também é válido: será necessário proteger os interesses individuais contra tudo o que puder se revelar, em relação a eles, como um abuso vindo do interesse coletivo. Os processos econômicos, por exemplo, não podem se tornar um perigo para as empresas e para a produção, da mesma forma que os acidentes individuais e a velhice não podem constituir perigo para os indivíduos e nem para as coletividades (Foucault, 2008b).

O liberalismo se coloca numa posição onde terá que, a cada instante, “arbitrar a liberdade e a segurança dos indivíduos e torno da noção de perigo. [...] A liberdade e a segurança, o jogo liberdade e segurança – é isso que está no âmago dessa nova razão governamental” (Foucault, 2008b, pp. 88-90). Essa nova arte de governar acarretará certas consequências, principalmente porque, seu lema é “viver perigosamente” (p. 90). Isso significa que os indivíduos estão postos em perigo constantemente. Instaura-se, assim, no século XIX, uma cultura do perigo. Além disso, em oposição à liberdade, surgem também procedimentos de controle e coerção. O panóptico, de Bentham, que se apresenta nessa época é um bom exemplo dessa vigília que se instala no interior das instituições.

O panóptico é a própria fórmula de um governo liberal porque, no fundo, o que deve fazer um governo? Ele deve, é claro, dar espaço tudo o que pode ser a mecânica natural tanto dos comportamentos como da produção. Deve dar espaço a esses mecanismos e não deve ter sobre eles nenhuma outra forma de intervenção, pelo menos em primeira instância, a não ser a da vigilância (Foucault, 2008b, p. 91).

Outra consequência desta nova arte de governar é o aparecimento de mecanismos que fazem ampliar a liberdade, produzir “mais liberdade”, possibilitados principalmente por meio de um “a mais de controle e de intervenção” (Foucault, 2008b, p. 92). Ou seja, ao contrário do panoptismo, o controle não é mais apenas o contrapeso necessário à liberdade e sim, é seu próprio motor.

Dessa forma, vimos como esta racionalidade política – o liberalismo – faz surgir questões específicas relativas à vida e à população. A biopolítica aparece enquanto efeito desta nova arte de governar, onde se passa a lidar com os fenômenos políticos e não mais com as coisas e pessoas em si. O jogo agora é dos interesses coletivos. “A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (Foucault, 2005a, p. 292).

Articulam-se, assim, na biopolítica, mecanismos disciplinares do corpo com mecanismos regulamentadores da população. Ao dizer que no século XIX o poder tomou posse da vida é, ao menos, dizer que ele se estendeu do orgânico ao biológico, do corpo à população. Nesse sentido, a medicina entra nesse jogo saber-poder, incidindo ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos (Foucault, 2005a).

Estas mudanças na ordem político-econômica do século XVIII, principalmente no que diz respeito à população enquanto novo foco de investimento governamental – e não mais o indivíduo em si enquanto foco de investimento – acarretam uma mudança também das disciplinas e instituições que estão a serviço, em jogo, com o Estado. Nesse sentido, o liberalismo, com suas características de intervenção mínima do Estado, possibilitam que este “delegue” a outros saberes o poder de governar, como é o caso da medicina que é convocada a fazer frente às questões da saúde da população.

Dessa forma, para Foucault (2008b), a biopolítica só poderá ser analisada no momento

que compreendermos o liberalismo, quando compreendermos o regime geral dessa razão governamental, esse regime geral que, segundo o autor, podemos chamar de “questão de verdade” (p. 30). Ou seja, só poderemos apreender o que é a biopolítica se soubermos como se caracteriza o liberalismo, o que está em causa nesse regime governamental que se opõe à razão de Estado. Ao compreender a verdade econômica no interior da razão governamental, compreenderemos a questão da biopolítica.

É também no final do século XVIII que vemos nascer a medicina moderna. A medicina moderna é uma **medicina social**. Sua formação passa por três etapas, que ocorrem em três países distintos na Europa, no mesmo momento. Na Alemanha temos a medicina de Estado, na França a medicina urbana e na Inglaterra vemos surgir a medicina da força de trabalho. É importante demarcar que a noção de biopolítica foi inicialmente construída por Foucault em seus estudos sobre o nascimento da medicina social.

A **Medicina de Estado** alemã tem seu surgimento possível por ser um pseudo-estado e, em consequência disso, ter uma estagnação do desenvolvimento econômico.

[T]anto na França quanto na Inglaterra, a única preocupação sanitária do Estado foi o estabelecimento dessas tabelas de natalidade e mortalidade, índice de 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, 2007, pp. 82-3).

Essa nova prática médica será nomeada de Polícia médica (*Medizinichepolizei*). Essa noção surge em meados do século XVIII, sendo posta em prática no início século XIX. Ela consiste em: (1) controle mais completo de nascimentos e mortes; (2) normalização da medicina e do médico – primeiro indivíduo normalizado na Alemanha; (3) organização

administrativa para controlar a atividade do médico; (4) funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma determinada região (Foucault, 2007).

Com essas características, pode-se dizer que há uma Medicina de Estado, pois não é o corpo do trabalhador que é investido pelo Estado e sim, “o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos, certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos. É essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver” (Foucault, 2007, p. 84). Vê-se, assim, que se passou de uma medicina estatizada, socializada a uma medicina individual, e não o contrário. Tem-se, antes do século XIX, antes da medicina clínica, uma estatização máxima da medicina.

A medicina privada, neste período, estava submetida às leis do mercado. Dessa forma, a política médica se apóia numa estrutura de poder, visando à saúde de uma coletividade. Enquanto que no século XVIII temos a emergência de uma medicina clínica fortemente centrada no exame, no diagnóstico, na terapêutica individual, vemos no século XIX uma medicina não podendo ser dissociado da organização de uma política de saúde. As doenças são vistas como problema político e econômico.

A política de saúde do século XVIII passa pela constituição daquilo que chamamos noso-política. Não foi este século que a inventou, mas foi, sobretudo, neste período que foram lhe prescrita novas regras, onde passou a ser sistematizada. “Entra-se, portanto, menos na era da medicina social que na da noso-política refletida” (Foucault, 2007, p. 194).

Não é somente o Estado que se situa na organização e no controle dessa noso-política; grupos religiosos, instituições filantrópicas, sociedades científicas também a organizam e controlam. Dessa forma, a saúde, a doença como fato de grupo e de população, são problematizadas a partir de instâncias múltiplas em relação às quais o Estado desempenha papéis diversos. Assim, a problematização da noso-política neste período,

não traduz portanto uma intervenção uniforme do Estado na prática da medicina, mas sobretudo a emergência, em pontos múltiplos do corpo social, da saúde e da doença como problemas que exigem, de uma maneira ou de outra, um encargo coletivo. A noso-política, mais do que o resultado de uma iniciativa vertical, aparece, no século XVIII, como um problema de origens e direções múltiplas: a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral (Foucault, 2007, p. 195).

O traço mais marcante dessa noso-política é o deslocamento dos problemas de saúde em relação às técnicas de assistência. Até o final do século XVII era aos pobres que esta era realizada, principalmente por instituições de caridade e religiosas. No século XVIII vemos um deslocamento dessa assistência. Passa-se a um esquadramento da população, onde a mão-de-obra, o trabalho passa a ter importância, pois há a necessidade de produção. Há uma classificação dos bons e maus pobres – através do trabalho, da ociosidade. “Delineia-se, assim, toda uma decomposição utilitária da pobreza, onde começa a aparecer o problema específico da doença dos pobres em sua relação com os imperativos do trabalho e a necessidade de produção” (Foucault, 2007, p. 196).

Outro ponto importante a destacar, paralelamente, é “o surgimento da saúde e do bem-estar físico da população em geral como um dos objetivos essenciais do poder político” (Foucault, 2007, p. 196). O poder, a partir do século XVIII, passa a ter uma nova função – diferentemente da Idade Média, que tinha como funções a guerra e a paz – a ordem, o enriquecimento e a saúde. O exercício dessas três funções recebe o nome, no final do século XVIII, de “polícia”.

[R]espeito da regulamentação econômica (circulação das mercadorias, procedimentos de fabricação, obrigações dos profissionais entre eles e com relação à sua clientela);

respeito das medidas de ordem (vigilância dos indivíduos perigosos, caça aos vagabundos e eventualmente aos mendigos, perseguição dos criminosos); respeito às regras gerais de higiene (cuidar da qualidade dos gêneros postos à venda, do abastecimento de água, da limpeza das ruas) (Foucault, 2007, p. 197).

Assim, a nova noso-política inscreve uma nova ordem: a questão específica da saúde dos pobres inverte-se para um problema de saúde geral da população, isto é, de uma caridade para uma “polícia médica”. Essa transformação dá-se basicamente em função da força de trabalho – que agora precisa ser preservada, mantida e conservada – e também em função da nova ordem econômica-política que se estabelece no século XVIII, o liberalismo.

A segunda etapa da formação da Medicina social é denominada **medicina urbana**, onde tomamos a França enquanto exemplo. Em fins do século XVIII, diferente da Alemanha, onde há um suporte estatal à medicina, surge um fenômeno diferente: a urbanização – é com ela que se desenvolve uma medicina social na França. As revoltas camponesas características do século XVII cessam em função da melhora de vida dos camponeses, os quais não precisam mais lutar contra altos impostos e más colheitas. No entanto, no final do século XVIII, iniciam as revoltas urbanas, em função do desenvolvimento das cidades, surge uma população operária pobre, a qual, no século XIX, torna-se o proletariado.

Daí a necessidade de um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana. É então que aparece e se desenvolve uma atividade de medo, de angústia diante da cidade. [...] Nasce o que chamarei medo urbano, medo da cidade. [...] [M]edo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos (Foucault, 2007, pp. 86-7).

Com a urbanização e com o medo e pânico que atravessavam a vida urbana,

principalmente com o medo de contaminação e infecção em função dos cemitérios que cresciam e os cadáveres que se espalhavam pelas cidades, interviu-se com um modelo médico-político raramente utilizado: a quarentena. Uma medicina de exclusão.

A medicina urbana com seus métodos de vigilância, de hospitalização, etc., não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e se desenvolve sobretudo na França (Foucault, 2007, p. 89).

Assim, a medicina urbana caracteriza-se pela análise dos espaços que possam difundir fenômenos epidêmicos ou endêmicos; conseqüentemente, há um controle não da circulação dos indivíduos e sim, da água e do ar; e uma organização dos elementos que dizem da vida comum da cidade, como esgotos e barcos-bombeadores, por exemplo. Dessa forma, a medicina urbana não é uma medicina dos homens, dos corpos e sim, uma medicina das coisas, principalmente da água e do ar; “uma medicina das condições de vida e do meio de existência” (Foucault, 2007, p. 92).

Já a terceira direção da medicina social pode ser exemplificada pela experiência inglesa, denominada de **medicina da força de trabalho**. É principalmente na “*Lei dos pobres*” (Foucault, 2007, p. 95) que a medicina inglesa começa a tornar-se social, pois é quando o pobre passa a se beneficiar do sistema de assistência, ou seja, há uma legislação que regulamenta o controle médico do pobre. Agora pobres acessam gratuitamente a saúde e ricos garantem não serem vítimas de fenômenos epidêmicos oriundos da classe pobre.

Diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha, aparece no século XIX na Inglaterra uma medicina voltada ao controle da saúde e do corpo

das classes mais pobres, a fim de torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas aos ricos. É esta fórmula, a da medicina social inglesa, que foi que teve futuro. O sistema inglês possibilitou ligar três coisas: “assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde da pública” (Foucault, 2007, p. 97).

Assim, a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho – movimentos que permitem falarmos em uma medicina social – nos ajudam a evidenciar de que forma o Estado moderno se apropriou dos discursos da medicina (da saúde) e de suas intervenções, enquanto dispositivos para o controle de uma população. Dessa forma, o capitalismo que se desenvolve nos séculos XVIII e XIX, enquanto ordem econômica a serviço do liberalismo, possibilitou a passagem de uma medicina privada para uma medicina coletiva, pois socializou o corpo enquanto primeiro objeto à força de produção, de trabalho. O controle da sociedade, dos indivíduos, inicia pelo corpo e com o corpo. “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (Foucault, 2007, p. 80). O liberalismo apresenta-se como quadro geral da biopolítica.

O movimento da Medicina Social, enquanto movimento de compreensão da crise sanitária que a Europa vivencia no século XIX, gera importante contribuição na produção doutrinária e conceitual, que servirá de base para pensar a saúde na sociedade.

Mas por que trazer estas mudanças históricas do século XVIII para falar de saúde pública, clínica, no século XXI? Por que são esses acontecimentos que possibilitaram falarmos de clínica hoje. Trazer o nascimento da clínica – principalmente por ser a partir da medicina seu aparecimento – reverbera uma verdade, um discurso que circula e que se institui. As relações de saber/poder que estão em jogo advêm de uma ordem discursiva, que coloca em movimento a saúde, a clínica, a medicina, a psicologia, as políticas públicas.

No próximo item, entramos especificamente no objeto desta pesquisa, qual seja a clínica

ampliada, para apontar alguns movimentos da saúde pública no Brasil enquanto condições de possibilidade para a clínica ampliada, esta enquanto diretriz das práticas dos profissionais envolvidos com o Sistema Único de Saúde.

2.2 Saúde Coletiva: da crise da Saúde Pública à construção de um novo conceito de saúde

Apresentamos, agora, a trajetória do campo da saúde até o aparecimento da clínica ampliada enquanto tecnologia de atenção à saúde. Para tanto, enunciaremos os discursos que estão em jogo para compor este dispositivo. Os movimentos e a crise da saúde pública, o aparecimento da saúde coletiva enquanto novo paradigma para pensar a saúde, o Ministério da Saúde e da Educação com suas normatizações e regulamentações, produções neste campo de conhecimento, permitem que se constitua o caminho que possibilita hoje falarmos em clínica ampliada.

O campo das políticas públicas de saúde constitui-se por diferentes correntes teóricas e políticas, que disputam poder na produção de saberes hegemônicos, e que estão atravessadas por contextos dos mais diversos, como, por exemplo, posições de governos de estado, conhecimentos científicos, economia, educação... A saúde pública e a saúde coletiva constituem, também, discursos que constituem este campo.

Nesta esfera, torna-se importante fazer a distinção entre Saúde Pública e Saúde Coletiva. Estes não são campos teóricos que se superpõem, pois dizem respeito a diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares. A Saúde Pública tem como base a medicina moderna do final do século XVII, científica, a qual legitimou a medicalização do espaço social. Além disso, tem como principal

estratégia combater as epidemias e endemias, provocando um mapeamento e controle do espaço urbano (Birman, 2005).

Já o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com essa concepção de Saúde Pública, pois não toma os discursos biológicos como centrais no campo da saúde. O discurso da Saúde Coletiva, numa leitura crítica ao modelo médico-naturalista, não restringe a saúde ao registro biológico, pois inclui na discussão as dimensões simbólica, ética e política. Além disso, é um campo científico no qual o social é privilegiado enquanto categoria analítica (Birman, 2005).

Assim, a saúde coletiva constitui-se como campo científico, onde a saúde é tomada enquanto objeto para produção de saberes e conhecimentos e, conseqüentemente, constitui-se num campo onde operam distintas disciplinas. Além disso, constitui-se, também, enquanto campo de práticas, onde distintas organizações e instituições operam através de diferentes agentes – especializados ou não.

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (Paim & Almeida Filho, 1998, p. 309).

É este movimento, é dentro deste campo de conhecimento, que será possível falar em clínica ampliada. Como veremos, são os pressupostos da saúde coletiva, com seus quatro objetos de intervenção, quais sejam, políticas (como o poder se distribui), práticas (mudanças de comportamentos), técnicas (organização e regulação dos recursos e processos produtivos) e

de instrumentos (meios de produção e intervenção), que teremos as condições de possibilidade da construção da clínica ampliada (Paim & Almeida Filho, 1998). A clínica já era objeto da saúde pública – muito mais ligada a uma clínica médica, biológica. No entanto, toma outra dimensão neste novo paradigma. Ela *amplia-se*, e será a emergência desta adjetivação que será colocado em questão no próximo capítulo.

Para tanto, retomo à década de 1960, quando da crise da saúde pública, para evidenciar os movimentos históricos e as condições de possibilidade para a construção da clínica ampliada⁴. No período dos governos militares temos como principal característica a “privatização da saúde”. Nos vinte anos de regime ditatorial, observa-se a consolidação do modelo hospitalocêntrico e medicalizante, onde há uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente, serviços de saúde e população. Essa nova política de saúde mescla características dos modelos anteriores, onde o “sanitarismo campanhista” (Luz, 1991, p. 81) da Primeira República e os modelos curativos do Período Populista estão presentes, mostrando uma estratégia de medicalização social ainda não vivenciada no Brasil.

No final desse período, o Movimento Sanitário toma força, visto que as verbas para a saúde pública se reduzem e a atenção médica da Previdência Social – sistema de atenção massificado – indicava a falência. A medicina passa a ser socialmente questionada, pois não soluciona as más condições da população. O Movimento Sanitário passa a reivindicar um “novo conceito de saúde” onde não só mais a dimensão biológica seja abarcada, como também a dimensão social no processo saúde-doença. Assim, juntamente com os Movimentos Sindical e Popular, na mobilização pelo fim do Regime Militar e democratização do país, o Movimento Sanitário passa a servir também de estratégia nesta luta. As pressões desse movimento conseguiram influenciar nas políticas de saúde adotadas pela Nova República, impulsionando a descentralização dos serviços de saúde.

4 Evidenciamos a partir de agora alguns movimentos na história do Brasil que impulsionaram a questão da clínica ampliada, que é o foco desta pesquisa. Não nos detemos em cada movimento mais detalhadamente, mas sim àquilo que estes têm de potência à clínica.

Os movimentos sociais que ocorrem impulsionam-se muito pelos acontecimentos na área da saúde pelo mundo. Em 1977, a Assembléia Mundial da Saúde lança a campanha *Saúde para Todos no Ano 2000*, assumindo uma proposta política de saúde voltada aos serviços básicos. No ano seguinte, a Conferência de Alma-Ata – Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reafirma a saúde como direito e de responsabilidade política dos governos. Estabelece, também, a atenção primária como estratégia para alcançar *a saúde para todos no ano 2000* (Paim & Almeida Filho, 1998).

É no final da década de 1970, no Brasil, que se tem a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, os quais se mobilizaram em prol de “mudanças no aparelho psiquiátrico, mas também por uma reforma sanitária e pela redemocratização política do país” (Brasil, 2002, p. 12). Este é um movimento que vem na esteira do Movimento da Antipsiquiatria, que ocorre internacionalmente, principalmente na França e Itália. Este movimento toma força na década de 1980, quando usuários e familiares juntam-se aos trabalhadores, para mobilizar a sociedade no questionamento da exclusão social e da loucura. Sob o lema *Por uma Sociedade sem Manicômios*, cria-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, inspirado no modelo italiano de reforma psiquiátrica. Os pressupostos da saúde pública estão sendo colocados em questão. Os movimentos sociais sinalizam para um novo olhar sobre a saúde.

Na década de oitenta, com o advento do neoliberalismo enquanto 'nova ordem mundial', vê-se uma fragilização dos governos frente aos problemas de saúde, principalmente nos países de economia capitalista dependente, pois ao optarem pelo 'Estado mínimo' em resposta à crise fiscal que os estados estavam enfrentando, cortaram gastos públicos, o que comprometeu diretamente a saúde pública.

O Estado Mínimo pressupõe um deslocamento das atribuições do Estado, principalmente diante da economia e da sociedade. Em busca da prosperidade econômica, o Estado preconiza a não-intervenção. Dessa forma, a regulação econômica dá-se pelas forças do mercado. Ao Estado Mínimo cabe garantir a ordem, a legalidade e concentrar seu papel executivo nos serviços mínimos, quais sejam, o policiamento, as forças armadas, poderes executivos, legislativos e judiciários, etc. Abre mão, portanto, por exemplo, de formas de atuação econômica diretas, como é o caso das empresas estatais. Além disso, há a redução dos gastos públicos, como saúde, educação e previdência privada, significando o agravamento do quadro social.

Diante desse quadro, constata-se uma 'crise da saúde pública', a qual é percebida de modos diferentes pelos distintos sujeitos envolvidos neste campo. A Organização Panamericana da Saúde (OPS), por exemplo, faz uma reavaliação das teorias e práticas da saúde pública e em consequência disso, propõe uma *Nova Saúde Pública* “como parte do movimento de renovação da estratégia 'saúde para todos', e ainda a iniciativa do Banco Mundial de debater as 'prioridades na pesquisa & desenvolvimento em saúde’” (Paim & Almeida Filho, 1998, p. 301).

No Brasil, no início da década de 1980, nas primeiras eleições para o Congresso e Assembléia Legislativa, muitos parlamentares centram seus programas nas questões da saúde. Segundo Luz (1991), é a primeira vez na história do Brasil que a saúde é vista socialmente como um direito universal e dever do Estado. É em 1986 que ocorre o evento político-sanitário mais importante: a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram elencados os princípios básicos⁵ para a formulação de uma nova política de saúde. O Relatório da Conferência serviu como instrumento base para a elaboração da Constituição Federal, bem

⁵ Utilização do conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado; necessidade de haver controle social das políticas adotadas; constituição e ampliação do orçamento social (Brasil, 1986).

como das diretrizes e princípios do SUS (Brasil, 1986, 1988; Lei 8080, 1990; Lei 8142, 1990).

Vê-se nesse percurso de construção do SUS e das políticas públicas de saúde um movimento de contraposição ao conceito de saúde proposto pela Saúde Pública. Há uma incorporação da discussão da Saúde Coletiva nesta nova proposta de saúde e como um campo de conhecimento e de práticas, um campo que também necessita de intervenções e políticas públicas que dêem conta da crítica efetivada. Este novo conceito de saúde, que não considera somente as dimensões biológicas, mas também dimensões éticas, simbólicas e políticas, privilegia um diálogo entre os campos de saber.

Nesta esfera, na Psicologia, por exemplo, vimos um movimento pelas mudanças curriculares dos cursos de graduação para darem conta destas alterações que estavam ocorrendo na saúde. Em 2004, com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia a atenção à saúde sendo incorporada enquanto competência e habilidade que o profissional psicólogo deve ser dotado.

Em uma pesquisa recente sobre a forma como os currículos de seis cursos de Psicologia do Estado do Rio Grande do Sul têm apresentado modificações para formar profissionais da saúde, já aparecem movimentos para a inclusão das discussões sobre saúde, políticas públicas e saúde coletiva. No entanto, a dicotomização entre físico/biológico e psíquico ainda é bastante presente e conteúdos ligados a anatomia, biologia, farmacologia, diagnóstico, prescrição e testes psicológicos aparecem ainda dominando as disciplinas dos cursos (Guareschi, Dhein, Reis, Machry, & Bennemann, 2009).

A Saúde Coletiva, assim, passa a ser diretriz básica dos projetos e das políticas de saúde. É a defesa da vida que entra no jogo discursivo, pois, segundo Paim e Almeida Filho (1998), enquanto âmbito de práticas, ela contempla tanto a ação do Estado quanto o compromisso da sociedade para a produção de ambientes e populações saudáveis. Ou seja, na base

epistemológica da saúde coletiva encontram-se um conjunto de práticas políticas, econômicas, técnicas, dentre outras, que passam a tomar as “necessidades sociais da saúde” (p. 312) como objeto de suas práticas.

Esse novo campo epistemológico denominado Saúde Coletiva passa a operar com um conceito de saúde diferente daquele concebido pela Saúde Pública. A saúde passa a ser concebida como expressão do modo de vida, isto é, do estilo e das condições de vida. Passam a articular-se agora quatro dimensões: a biológica, das relações ecológicas, da cultura e das relações econômicas (Paim & Almeida Filho, 1998).

Nesse sentido, as práticas em saúde, sejam elas de assistência ou de gestão, concebem seu objeto de intervenção sob outros pressupostos a partir de agora. Amplia-se a noção de prevenção e atenção primária para os conceitos de qualidade de vida e promoção da saúde (Paim & Almeida Filho, 1998).

É a partir da democratização do Brasil que a saúde passa a ser evidenciada enquanto direito fundamental e, conseqüentemente, dever do Estado. Ao Estado, dessa forma, cabe formular e executar políticas econômicas e sociais visando “à redução de riscos de doenças e de outros agravos”, sempre levando em conta o acesso universal e igualitário dos usuários às ações e aos serviços, seja de promoção, de proteção ou de recuperação (Lei 8080, 1990).

O conceito de saúde com o qual o SUS opera pode ser encontrado no artigo terceiro e no parágrafo único subsequente, da Lei 8080/90, onde a saúde

tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. [...] Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social [s/p].

É a partir daí que se passa a apontar que o sujeito da saúde coletiva é um sujeito biopsicossocial, pois tanto as questões biológicas quanto as psicológicas e sociais estão em jogo. Não é mais somente o olhar biomédico que entra no discurso da saúde, mas também fatores como condições de moradia e de trabalho do cidadão, por exemplo.

Interessante pensarmos no que a saúde tem a nos dizer sobre a clínica. Para tanto, utilizo-me do caminho que Bernardes (2009) percorreu ao pensar o que a saúde tem a dizer sobre as práticas psicológicas, para pensar o que a saúde tem a dizer sobre a clínica. Nesse sentido, é necessário pensarmos a saúde enquanto instituição, isto é, uma vez que “encontramos na atualidade não apenas organizações arquitetônicas voltadas para a saúde, mas um conjunto de práticas nomeadas de saúde nos mais diferentes âmbitos da sociedade em que vivemos” (p. 2), podemos dizer que a saúde está presente tanto nos estabelecimentos que buscamos quanto nas prescrições que seguimos em busca de qualidade de vida e bem-estar.

Assim, ao pensarmos a problemática da saúde, devemos colocá-la num primeiro momento em análise para posteriormente considerarmos-la enquanto analisador. Colocar a saúde em análise é pensá-la em razão dos múltiplos enunciados que lhe dão forma na contemporaneidade. Entramos, a partir dessa questão, num exercício de pensar a saúde em sua dimensão ético-política: essa buscando as relações de força, conjuntos de estratégias e tecnologias que regulamentam a vida no desenrolar do viver e aquela no sentido de como nos tornamos sujeitos.

Caímos, assim, na questão de como nos tornamos sujeitos da saúde, mas não com o intuito de explicar este processo e sim, trazer elementos que compõe o discurso. Dessa forma, Bernardes (2009) nos aponta que a saúde encontra na contemporaneidade suas condições de possibilidade na doença.

É com base em uma episteme moderna que a objetivação da doença tornou possível a objetivação do seu inverso: a saúde. Não se trata de determinar que ambas sempre se constituíram como um par, em um lógica binária, mas de compreender que é no campo da ciência empírica moderna que a saúde torna-se um correlato da doença assumindo a posição de seu negativo. É na ausência da doença que podemos visibilizar a saúde, ou seja, o que dá espessura à saúde é a própria doença. [...] Entendemos com isso que a doença torna-se condição para a saúde, é no investimento da doença que acessamos as possibilidades de saúde (p. 3).

A forma como o SUS organiza a prevenção e reabilitação dá-se via doença para a obtenção de saúde, justificando esse investimento e evidenciando que a saúde é finalidade, tornando-se “uma derivada da doença” (Bernardes, 2009, p. 4). Dessa forma, podemos pensar essa conformação da saúde enquanto ausência de doença enquanto condição de possibilidade para a emergência da clínica, uma vez que se investe na doença para ter saúde. É em razão das doenças, das anomalias, das patologias, que as práticas clínicas – sejam elas médicas, psicológicas, nutricionais, ou até mesmo a clínica ampliada – encontram sua justificativa. Tornam-se “uma tecnologia necessária para o bem viver” (p. 4). A clínica amplia-se às dimensões biopsicossociais.

Quanto ao segundo ponto, da saúde enquanto analisador das suas próprias práticas, passamos a um percurso não somente ético-político, mas também estético.

Essa interrogação parte justamente da espessura cada vez mais evidente que a saúde começa a tomar. Uma positividade que engendra um espaço de distanciamento da doença e a forja como uma instituição. Esse distanciamento não é algo permanente, porém é algo que provoca uma relação de estranhamento entre a saúde e a doença. Ou

seja, a obviedade da saúde como ausência de doença torna-se um analisador de práticas que as colocavam numa relação binária (Bernardes, 2009, p. 5).

O que torna possível falarmos de saúde enquanto instituição são alguns analisadores históricos. A crise da saúde pública, como vimos anteriormente, é um exemplo de um movimento social que toma força instituinte, possibilitando a criação de novas instituições, neste caso, a saúde. “A reforma sanitária constitui-se no campo da doença, porém tem como analisador a saúde, ou seja, é mediante o exercício de colocar a saúde como analisador que a reforma sanitária produz uma ruptura, uma descontinuidade em termos de negatividade da doença” (Bernardes, 2009, p. 6).

No momento em que a saúde passa a ser condição de acesso a possibilidade da vida, com o conceito de saúde ampliado, amplia-se também o campo conceitual, tendo a necessidade de um novo (ou outro) conjunto de práticas para abarcar esse alargamento. Amplia-se a saúde, amplia-se a clínica. Além disso, ao tomarmos a saúde enquanto direito, e também enquanto direito a vida, colocamos a vida não mais como fato e sim, como forma. “As formas de vida desestabilizam a formulação da saúde como ausência de doença na medida em que não se esgotam nessa possibilidade” (Bernardes, 2009, p. 6).

A instituição saúde passa a produzir um campo de visibilidade para os modos de viver, pois dá acesso a possibilidades de vida, a modos de existência, que no “jogo binário saúde-doença eram [...] silenciados” (Bernardes, 2009, p. 6). Ao mesmo tempo, o conjunto de práticas que operam com este novo conceito de saúde transformam-se, produzindo através de suas intervenções novas possibilidades de modos de existência, como é o caso da clínica.

Ao tomar a saúde enquanto analisador, aproximamo-na de formas de viver, a condições de acesso a possibilidade de vida. As questões agora não vêm da doença e sim, do “limite entre a vida e o viver, entre a vida e as possibilidades de viver” (Bernardes, 2009, p. 7).

Distanciamos-nos da doença. Insistimos na vida. “Essa insistência do viver constitui modo de cuidado de si e do outro como exigência de decisões ético-estéticas. Um cuidado que tem no outro, na alteridade, o fio condutor de qualquer prática” (p. 8). Uma clínica da vida e não da doença. Agora uma clínica ampliada.

Interessante ressaltar que a Psicologia entra no campo da saúde, nas profissões da saúde através da sua experiência na clínica (privada). É este conhecimento técnico que a insere nesta rede de cuidado, no entanto sem questionar sua transposição de uma esfera (privada) a outra (pública). O saber acumulado, a necessidade de contextualização desta prática e a ampliação dos profissionais envolvidos nesta área, configuram as condições de possibilidade para a estruturação de uma psicologia da saúde. Por situar-se entre o indivíduo e o social, configura-se como uma área de especialização da psicologia social (Spink, 2003).

A política 'HumanizaSUS', do Ministério da Saúde, talvez seja o de maior peso neste contexto de aproximação entre as diferentes disciplinas. É por meio dele que o Ministério da Saúde lança a cartilha sobre a clínica ampliada, fazendo com que essa diretriz seja uma política oficial para o trabalho em saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH), enquanto diretriz transversal das práticas em saúde, com certeza tem muito a nos dizer sobre a proposição e conceitualização da clínica ampliada.

3 A CLÍNICA AMPLIADA

Para poder demonstrar como se constituem as práticas da clínica ampliada e quais os sujeitos produzidos por ela, os manuais do Ministério da Saúde *Clínica Ampliada* (2004a) e *Clínica Ampliada e Compartilhada* (2009) nos servem enquanto analisadores, uma vez que possibilitam evidenciar os modos pelos quais o SUS produz as tecnologias de atenção à saúde.

O documento *Clínica ampliada* (2004a) é um material emitido pelo Ministério da Saúde, mais especificamente pelo Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. O material é composto por dezoito páginas, nas quais encontramos, primeiramente, uma contextualização sobre a implementação, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecido como o movimento HumanizaSUS. Essa contextualização faz-se necessária, pois esta cartilha compõe um conjunto de oito cartilhas que foram emitidos por este núcleo, enquanto diretrizes para a implantação da PNH. As demais cartilhas dizem respeito: ao acolhimento, à ambiência, à equipe de referência e apoio matricial, à gestão, ao grupo de trabalho de humanização, ao prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico e à visita aberta. Posteriormente, a cartilha apresenta o conceito de clínica ampliada com o qual os profissionais da saúde devem trabalhar, trazendo exemplos e dicas práticas para sua operacionalização.

Já o documento *Clínica Ampliada e Compartilhada*, foi emitido no ano de 2009, também pelo Ministério da Saúde, no entanto, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Este já é um documento maior, onde em suas sessenta e quatro páginas encontramos os eixos nos quais a clínica ampliada se sustenta, além de sugestões práticas. Diferentemente do material emitido em 2004, o qual apresenta-se muito mais enquanto uma apresentação – pois está confeccionado

em forma de *slides* – este material desenvolve os conceitos de forma mais explicativa. Novos itens são incorporados à discussão, como, por exemplo, o projeto terapêutico singular. Importante salientar também a ampliação do nome: de *Clinica Ampliada* passamos à *Clinica Ampliada e Compartilhada*.

Destes documentos poderíamos elencar vários marcadores para discutir a clínica ampliada. No entanto, detemo-nos em dois especificamente, os quais entendemos darem conta da discussão que nos propomos. O primeiro é um marcador que atravessa os manuais de forma contundente e tem muito a nos dizer sobre as práticas de atenção à saúde: a humanização. Já o outro, diz respeito ao conceito de saúde – e nesse sentido ao conceito de sujeito da saúde também – com o qual o SUS opera nesta política.

3.1 Humanização: a porta de entrada para clínica ampliada

A clínica ampliada apresenta-se enquanto tecnologia de humanização da atenção à saúde no SUS. Da clínica enquanto tecnologia passa-se à clínica *ampliada e compartilhada* enquanto tecnologia de *humanização*. Humanização entendida enquanto oferta de “atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (Brasil, 2004b, p. 6). O HumanizaSUS aparece enquanto política nacional norteadora para atenção e gestão de todas as instâncias do SUS.

A humanização recebeu acolhimento na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso (década de 1990), com a implantação do Programa Nacional de Humanização. No governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (década de 2000), o programa recebeu continuidade e incremento, alcançando a dimensão de Política Nacional de Humanização (PNH)⁶.

⁶“Tanto a política como o programa dizem respeito a uma forma epistemológica e uma forma substantiva,

Primeiramente, em 2001, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este programa propunha um conjunto de ações integradas com o objetivo de alterar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público, enfocando a necessidade de ocorrer uma transformação cultural no ambiente hospitalar. Esta deveria ser orientada pelo atendimento humanizado ao usuário, entendendo que resultaria em maior qualidade e eficácia das ações desenvolvidas (Reis, Marazina, & Gallo, 2004).

Em 2003, a nova gestão do Ministério da Saúde inicia a condução de uma proposta que expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar e estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS. Esta política pretende ter um caráter transversal, visando atingir todos os níveis de atenção à saúde, entendendo humanização como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho que deve perpassar todas as ações e serviços de saúde (Brasil, 2004b).

A proposta do HumanizaSUS apresenta algumas diferenciações com as anteriores ao incorporar no conceito de humanização – além dos direitos dos usuários e do “cuidar do cuidador” – a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, aspectos que se tornam fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras. Com isto, resgatam-se princípios e diretrizes da construção do SUS, contidos nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social (Reis *et al.*, 2004).

A Política de Humanização entende humanização como a valorização dos diferentes sujeitos – usuário, trabalhadores e gestores – implicados no processo de produção de saúde.

porém as políticas são diretrizes do sistema de saúde, enquanto os programas são modos de operacionalizar essas diretrizes” (Bernardes & Guareschi, 2007, p. 464).

A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (Brasil, 2004b, p. 8).

A clínica ampliada entra enquanto diretriz para a implementação da PNH, entendendo que esta dá conta do compromisso com o sujeito e seu coletivo, estimulando diferentes práticas terapêuticas e coresponsabilizando tanto gestores quanto trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (Brasil, 2004b).

Para Bernardes e Guareschi (2007), a humanização “é uma objetivação das práticas discursivas produzidas pelo SUS” (p. 464), ou seja, ao ser uma prática discursiva, ela produz sujeitos, produz modos de viver em um determinado espaço-tempo. Dessa forma, ela é uma “tecnologia de vida” (p. 466), uma vez que produz maneiras de o indivíduo/usuário “relacionar-se consigo mesmo, de tornar-se objeto de si por meio da humanização de si – um si edificado pela relação que se estabelece entre saúde, vida e tecnologias” (p. 466).

No momento que a humanização, em forma de política, constitui um modo de subjetivação no campo da saúde, percebemos que os sujeitos que são produzidos por essa política dizem de sujeitos de “uma racionalidade que possibilite ao sujeito dar-se a conhecer a si mesmo” (Bernardes & Guareschi, 2007, p. 466). Como veremos mais adiante, a humanização é a 'porta de entrada' para uma clínica ampliada onde os sujeitos que se

produzem dizem de sujeitos psíquicos, isto é, usuários e trabalhadores subjetivados pelos discursos da psicologia através de “tecnologias de conhecer a si mesmo” (Bernardes & Guareschi, 2007).

Diferentemente do século XVIII, onde a humanização era uma forma de objetivar o sujeito da razão, nos séculos XIX e XX, com a necessidade de uma neutralidade científica objetiva, a humanização passa a ser algo também passível de controle. Como já vimos anteriormente, torna-se necessário criar formas de governo que dêem conta desta nova estratégia. É por meio de disciplina e de biopolíticas, que são estratégias de biopoder, que se passa a governar a população.

O biopoder é uma conformação do poder em que os jogos de força investem na vida, fundamentalmente nas formas de viver da população. O biopoder tem, como finalidade, o fazer viver. O controle das populações investe na humanidade, no controle dos modos de viver: habitação, natalidade, mortalidade, casamentos (Bernardes & Guareschi, 2007, p. 467).

São através das políticas públicas que os governos conseguirão administrar a população. As políticas públicas caracterizam-se, dessa forma, como biopolíticas. Os movimentos da reforma sanitária e da redemocratização do Brasil, como vimos no capítulo anterior, mostram-nos algumas outras formas de objetivação da humanização. Nesse sentido, a diferença entra em jogo, sendo “a vida humana” (Brasil, 2004b, p. 9), “e as condições de vida da população” (p. 9), isto é, as diferentes histórias de vida, que “criam a necessidade de diferentes tecnologias de governo” (Bernardes & Guareschi, 2007, p. 469).

Ao ser uma política que transversaliza diferentes práticas – sejam elas de atenção ou gestão –, caracteriza-se enquanto uma diretriz que atravessa todas as instâncias e ações em saúde. Assim, enquanto biopolítica, a humanização “não se volta para a vida, mas para as

distintas formas de vida” (Bernardes & Guareschi, 2007, p. 469). Dessa forma, ao considerar a humanização uma biopolítica, não há como escapar das regras que as constituem e, nesse sentido, a clínica ampliada ao se tornar uma “tecnologia de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde” (Brasil, 2004a, p. 4), acaba por subjetivar sujeitos “conhecedores de si”, reforçando a “noção de um 'eu', de uma autoria nos processos de saúde (Bernardes & Guareschi, 2007, p. 473).

Para Rose (2001a), essa forma de pensar, onde os indivíduos são vistos como “eus”, emerge apenas no século XIX. É somente neste momento histórico que o ser humano é compreendido desta forma, isto é, “como uma entidade naturalmente singular e distinta” (p. 33).

Antes de entrarmos na analítica do segundo marcador, vamos fazer uma pausa e remontar um pouco aos acontecimentos que permeiam a clínica ampliada e algumas mudanças que foram ocorrendo – seja de nomenclatura ou conceitual.

3.2 Pausa. Clínica, clínica política, clínica ampliada?

Atualmente, falar em clínica no SUS é falar em clínica ampliada. No entanto, nem sempre este conceito esteve presente. A clínica ampliada é um conceito que surge em meio à redemocratização do Brasil, quando as políticas públicas da saúde, educação, dentre outras, estavam sendo formuladas sob uma ótica mais democrática. Paralelamente, vê-se, mundialmente, um movimento muito forte na saúde mental, especificamente, na luta por uma sociedade sem manicômios. Com isso, no Brasil, surgem os Centro de Apoio Psicossocial, mais conhecidos como CAPs, que iniciam uma nova forma de assistência/atenção à saúde. Em 1987 vemos aparecer as primeiras referências à clínica ampliada, muito mais vinculadas a uma discussão de trabalho em equipe – multidisciplinaridade e transdisciplinaridade – e ao

conceito de saúde da nova Constituição, isto é, um olhar biopsicossocial ao usuário em atendimento.

A discussão se estende durante a construção do SUS. Autores como Regina Benevides de Barros e Eduardo Passos remetem suas produções a também estes temas. Além de ocuparem cargos no Ministério da Saúde, sendo responsáveis pela implementação das políticas públicas à saúde, são teóricos de referência nesta área (Benevides, 2005; Passos & Barros, 2000).

No entanto, percebe-se que suas produções voltam-se à discussão de uma clínica articulada com a transdisciplinaridade⁷ e a política. Em sua grande maioria, a clínica vem desacompanhada da adjetivação “ampliada” ou “compartilhada”, remetendo, assim, à forma tradicional da clínica. Além disso, vinculando a discussão à psicologia e à medicina somente, como se a clínica fosse campo somente dessas duas disciplinas, evidenciando uma incoerência com a questão da transdisciplinaridade, por exemplo (Passos & Barros, 2000).

Passos e Barros (2000), por exemplo, remetem suas discussões aos modelos de clínica, fazendo críticas à psicologia e à psicanálise, e à medicina biocentrada. Direccionam seus posicionamentos muito mais às questões epistemológicas da disciplina – afirmando que toda clínica é transdisciplinar – do que propriamente às questões conceituais desta nova proposta, da clínica ampliada.

⁷ Ressaltamos que nos materiais/documentos do Ministério da Saúde, em suas políticas e programas, encontramos referência a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade. Sabe-se que epistemologicamente há diferenças entre o entendimento das fronteiras entre as disciplinas. Quanto à transdisciplinaridade, encontramos em alguns documentos sua referência, mas sempre atrelado à “equipe transdisciplinar”, remetendo ao trabalho em equipe. Autores como Benevides, Passos e Campos, no entanto, discutem e problematizam estas políticas pelo viés epistemológico da transdisciplinaridade. Segundo Passos (2002), a multidisciplinaridade é resultado de uma maneira de articular diferentes disciplinas na tentativa de dar conta da complexidade do objeto e cuja complexidade faria dele como que um sólido de muitas faces e, para cada face, seria exigido uma perspectiva disciplinar, um diagnóstico. Na multidisciplinaridade há a manutenção dos limites identitários; os regimes identitários das disciplinas que estão articuladas e o regime identitário do próprio objeto. Já a interdisciplinaridade tem-se um objeto que convoca duas ou mais disciplinas a se articular. Esta articulação vai pressupor a criação de uma zona de intersecção, que vai tornar-se independente e formar uma terceira disciplina, como é o caso, por exemplo, da Psicopedagogia. Tanto na multidisciplinaridade quanto na interdisciplinaridade se tem a manutenção dos sistemas identitários, uma vez que mantendo os sistemas de identidade, isto é, não há a desestabilização das fronteiras e sim, sua multiplicação. No entanto, a transdisciplinaridade, para o autor, é pensada através do conceito de intercessor de Deleuze, onde “a potência de diferenciação que um outro produz sobre um determinado regime identitário desestabilizará o que nele havia de identidade” (p. 42).

Percebe-se que mesmo sendo um campo novo dentro da discussão da saúde coletiva, os textos⁸ sobre o tema preocupam-se mais com as críticas à saúde pública e seus modelos do que com a construção de um novo plano para a clínica. Contraditoriamente, defendem relações transdisciplinares, mas perpetuam as discussões na clínica da psicologia (principalmente fazendo críticas à psicanálise e a transposição de seu modelo ao campo da saúde) e na clínica médica, deixando de lado muitas vezes as demais profissões da área da saúde, como fisioterapia, enfermagem, nutrição, odontologia, por exemplo.

Regina Benevides foi Diretora de Programas da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, coordenando a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Promoção à Saúde entre os anos de 2003 e 2005. Interessante percebermos, que foi neste período que foram lançadas as Cartilhas da Humanização, sendo a *Clínica Ampliada* uma delas. Este foi o primeiro material oficial do Ministério da Saúde sobre a temática. Em 2005, Benevides publica um artigo intitulado *A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?*⁹, onde coloca a Psicologia no entrecruzamento daqueles que ela considera os três princípios das políticas públicas em saúde, quais sejam: o da inseparabilidade, o da autonomia e coresponsabilidade e o da transversalidade. Traz, mais uma vez, a discussão da indissociabilidade entre clínica e política. No entanto, em nenhum momento apresenta a questão da clínica ampliada. No auge de sua discussão e implementação, nem mesmo os gestores das políticas públicas se autorizam ao debate.

Talvez esses artigos trazidos até agora evidenciam uma transição quanto ao objeto da psicologia. No momento em que ela passa a ocupar um lugar na saúde, mais especificamente na saúde coletiva, algumas novas questões se colocam a ela. Questões que vão além do indivíduo x sociedade ou individual x coletivo. Seu foco de investimento, seu 'objeto' de intervenção não é mais o psíquico, não é mais a patologia, e sim, a promoção de saúde de um

8 Por exemplo, Paim e Almeida Filho (1998); Luz (1991); Campos (2003).

9 Este texto é fruto de uma palestra realizada pela autora no V Fórum Social Mundial, em 2005, em Porto Alegre.

coletivo. Talvez resida aí a inquietação que trazíamos no início da dissertação, quando do descontentamento frente a algumas produções científicas sobre a clínica. Ainda não nos sentimos – aqui falo especificamente dos profissionais psi – autorizados a falarmos daquilo que não conhecemos, e continuamos fazendo críticas a conceitos e teorias que não dizem mais respeito da psicologia nesta nova ordem discursiva e institucional na qual ela está inserida.

Benevides (2005) nos dá algumas pistas sobre a despolitização das práticas psi¹⁰. Talvez estas mesmas pistas podem ser pensadas para a Psicologia enquanto disciplina da saúde:

[...] é a partir da fundação da Psicologia nestas dicotomias que o individual se separou do social, que a clínica se separou da política, que o cuidado com a saúde das pessoas se separou do cuidado com a saúde das populações, que a clínica se separou da saúde coletiva, que a Psicologia se colocou à margem de um debate sobre o SUS (p. 22).

Não é mais nem somente o biológico, nem somente o social, nem somente o psíquico que estão em jogo. São todos eles e mais alguns outros atravessamentos que constituem aquilo que nomeamos de “condições de vida de uma população”, isto é, aquilo que nomeamos na saúde coletiva enquanto promoção de saúde. Nesta esfera, são outros olhares e outras práticas que estão sendo demandadas. Talvez resida aí a transdisciplinaridade tanto sugerida pelos autores outrora citados. Talvez a questão epistemológica sobre a constituição do objeto da saúde coletiva seja anterior a formulação de programas e projetos de intervenção, como é o caso da clínica ampliada.

No entanto, Gastão Wagner de Sousa Campos é quem começa a nos dar os primeiros indícios daquilo que se entende por clínica ampliada – ou talvez seja ele quem começa a nomear a clínica enquanto ampliada, que começa a se apropriar do termo. Segundo o autor, a reforma da clínica moderna dá-se através do deslocamento da ênfase na doença para o centramento sobre o sujeito concreto.

10 Antes de Benevides, Cecília Coimbra (1995, 2005) já trazia o debate sobre a despolitização das práticas psi.

Centrar a ação clínica sobre o Sujeito, tudo bem, no entanto, este Sujeito seria um Sujeito concreto, não somente marcado por biografia singular, mas também 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. Pôr a *doença entre parênteses* é um ótimo exercício para quebrar a onipotência dos médicos, mas nem sempre ajuda o enfermo. Evita que sofra iatrogenia, intervenções exageradas, mas não, necessariamente, melhora sua relação com o mundo. Como ressaltar o Sujeito trazendo junto sua integralidade humana; humanidade que, no caso, inclui também distúrbios, sofrimentos, dores, risco de morte, doença enfim? (Campos, 2003, pp. 54-5).

O autor sugere, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica. O movimento da clínica é o mesmo do movimento do conceito de saúde na saúde coletiva: da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, inclui-se também o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da clínica (Campos, 2003). Dessa forma, ao adjetivarmos o substantivo clínica, estamos acrescentando algo a ele. No nosso caso, estamos qualificando a clínica. A pergunta que surge é 'com o que' estamos a qualificando.

Campos e Amaral (2007) sugerem duas ampliações fundamentais à clínica: uma diz respeito ao objeto de trabalho e a outra ao objetivo do trabalho clínico. Na primeira, referem-se “aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza” (p. 852), ou seja, diferentemente da medicina tradicional (à qual se vincula o 'velho' conceito de clínica), onde a doença é o foco de tratamento, temos uma ampliação para também os problemas de saúde, onde o risco e a vulnerabilidade das pessoas entram em jogo. Isto é, “não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas” (p. 852).

Quanto ao objetivo do trabalho clínico, vê-se a ampliação em busca da autonomia dos

usuários. Autonomia entendida, neste contexto, como a capacidade do usuário de compreender e lidar com a rede de dependência que será submetido. Além da produção de saúde (por meios curativos, preventivos, reabilitação ou cuidados paliativos), a clínica ampliada se responsabilizará também “pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida” (Campos & Amaral, 2007, p. 852). Ou seja, essas duas ampliações trazidas desafiam os trabalhadores em saúde a lidarem não mais somente com a dimensão biológica da vida, para abarcarem também as dimensões social e subjetiva, indo ao encontro da proposta do conceito de saúde, onde o sujeito é compreendido em suas dimensões biopsicossociais.

Nesse sentido, a clínica ampliada entra na ordem discursiva da saúde. De um poder voltado ao corpo – anátomo-política, vimos surgir também um poder voltado à vida – biopolítica. É o biopoder enquanto racionalidade governamental do século XXI se organizando e tomando corpo num Brasil em face de construção de suas políticas públicas. Uma resposta à ordem neoliberal, onde a população passa a ser foco de investimento.

Para tanto, também, há alguns elementos da conjuntura científica e de política de saúde que são favoráveis a estimular essa abertura cultural de médicos e de outros profissionais. Além de uma aproximação de áreas do conhecimento que têm um entendimento sobre “o funcionamento do sujeito quando considerado para além de sua dimensão orgânica ou biológica” (Campos & Amaral, 2007, p. 853), como, por exemplo, a Psicologia, a Antropologia, as Ciências Sociais, a própria Saúde Coletiva, há, também, programas e políticas governamentais investindo nestas diretrizes.

Fim da pausa.

3.3 Do sujeito biológico ao sujeito biopsíquico: eis a ampliação!

Após a pausa, retomamos os documentos do Ministério da Saúde (*Clínica Ampliada e Clínica Ampliada e Compartilhada*) para evidenciarmos as regularidades dos discursos que produzem o(s) sujeito(s) da clínica através de alguns enunciados. Diríamos que esta pausa talvez tenha nos trazido as maiores evidências para identificarmos os elementos que compõem a “ampliação da clínica”. As dúvidas e colocações nela trazidas, são indícios para algumas respostas às questões que nos fizemos anteriormente. Vejamos!

Segundo Campos (2003), “[...] a Clínica segue sendo uma instituição importante e influente. Um espaço em que as pessoas investem afetos e esperanças, onde ainda se produzem valores de uso e, inevitável, disputa-se poder” (p. 63). No campo da saúde, vê-se os jogos de poder através das diversas disciplinas que compõem seu campo. Esses jogos são evidenciada de diferentes formas, seja por meio de tecnologias de atenção ou modelos de gestão, por exemplo.

Na saúde pública, o conceito de saúde – e conseqüentemente suas práticas – estavam vinculados ao saber médico, numa intervenção voltada ao biológico, sendo as prevenções muito mais epidemiológicas. Na saúde coletiva, com a incorporação de novas áreas do conhecimento, e, em decorrência disso, mudanças conceituais, o poder se capilariza (Foucault, 2007) e as práticas que emanam muitas vezes dizem de uma articulação estratégica de algumas disciplinas. A clínica ampliada é um exemplo disso. Isto é, como veremos a seguir, a clínica – que antes era uma clínica médica, voltada ao biológico – *amplia-se com a incorporação de alguns conceitos e técnicas da psicologia*.

Veremos que a clínica ampliada nada mais é que uma clínica “biopsico”, onde a medicina e a psicologia se aliam naquilo que delas é característico e específico. A psicologia entra na área da saúde através da psicanálise. É através daquela que talvez seja sua

especificidade mais legitimada no campo científico que a psicologia consegue se enquadrar e ter espaço na saúde. Ou mais ainda, como nos diz Rose (2008), “[porque] a psicologia através do século XX ajudou a construir a sociedade em que nós vivemos e também o tipo de pessoa em que nos transformamos” (p. 155).

Nesse âmbito, convém assinalar que parte do aporte significativo da psicanálise no remanejamento dos paradigmas da Saúde foi dada pelo conceito de singularização do acontecer psíquico. Vale dizer que enquanto a Psiquiatria procedia pelo estabelecimento da ordenação do mal-estar dentro dos grandes quadros psicopatológicos, a psicanálise propunha uma abordagem singular do paciente, no sentido de considerar a maneira própria pela qual os pacientes conseguiam organizar o seu sofrimento dentro de um sentido possível para eles. Torna-se mais claro que a questão sobre a qual se desenrola o embate não incide sobre o indivíduo, mas sobre a singularidade do sujeito em sua dimensão psíquica (Reis *et al.*, 2004, p. 39).

O documento *Clínica Ampliada e Compartilhada* (2009) inicia respondendo à pergunta *Por que precisamos de Clínica Ampliada*. Acentua dois aspectos importantes para a resposta: o primeiro diz às diferentes correntes teóricas que contribuem ao trabalho em saúde, acentuando aos enfoques biomédico, social e psicológico; e o segundo refere-se ao compartilhamento dos diagnósticos e condutas em saúde com os usuários.

Interessante apontar, que não somente nesta resposta, mas nas demais respostas às perguntas que o documento traz, os enfoques trazidos são somente os biomédicos e psicológicos. Como o modelo biomédico tem sofrido muitas críticas dos teóricos da saúde coletiva, a ênfase dada neste documento recai aos aspectos psicológicos. É nesse sentido que passaremos a descrever e evidenciar alguns marcadores que nos permitem afirmar que o que amplia na clínica é a psicologia, isto é, a clínica passa a ser não somente mais uma clínica

médica, mas também uma clínica psicológica, ou seja, uma clínica *biopsico*.

Assim, ao trazer o conceito de clínica ampliada e seus cinco eixos fundamentais, o documento nos apresenta talvez de forma mais objetiva aquilo que entende por ampliação da clínica. “A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tencionando os limites de cada matriz disciplinar (Brasil, 2009, p. 14)”. É através deste enunciado que o documento evidencia aquilo que ele denomina “compreensão ampliada do processo saúde-doença” (p. 14) – primeiro eixo fundamental descrito. Compreensão ampliada que se limita aos aspectos psicológicos e biológicos.

No segundo eixo fundamental, descreve “a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas” (p. 15). Acentua a necessidade do *compartilhamento* dos diagnósticos. Interessante observar que o primeiro material emitido pelo Ministério da Saúde, em 2004, sobre a clínica ampliada, era nomeado tão-somente de *Clínica Ampliada*. Em 2009 vimos acrescentado o termo *compartilhada*. A ênfase no material de 2009 recai muitas vezes no “compartilhamento de diagnósticos”, fato este inexistente no material de 2004. No material *Clínica Ampliada* vimos ainda uma concepção de sujeito ligada muito mais à crítica ao modelo biomédico, ao centramento na doença. Àquilo que herdaria da psicologia ainda aparece de forma incipiente.

Outro aspecto fundamental da clínica ampliada é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a PRODUÇÃO DE VIDA (Brasil, 2004a, p. 10).

O real significado e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na clínica ampliada, para diminuir o número de doenças causadas por tratamento médico e para não iludir as pessoas (Brasil, 2004a, p. 16).

Já no documento *Clínica Ampliada e Compartilhada* há o aparecimento de um vocabulário da psicologia – principalmente da psicanálise – dando a entender que além da

ampliação, o *compartilhamento* sugerido pelo documento remete às trocas que podem ser efetivadas entre a Medicina e a Psicologia. Compartilhamento de certa forma de uma mesma área, uma vez que Sigmund Freud, médico de formação, e precursor da psicanálise, demonstra em sua teoria alguns resquícios da clínica médica.

[...] por mais que frequentemente não seja possível, diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, uma solução mágica e unilateral, se aposta que aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual (Brasil, 2009, p. 15).

Expressões como: “participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico”, “Projeto Terapêutico Singular”, “singularidades do sujeito”, “capacidade de escuta”, “profissionais que apresentem algum sintoma para os serviços de saúde mental”, “capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se”, “sentimentos inconscientes”, “perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma”, “vínculos e afetos”, “outras possibilidades de diálogo”, “ouvir as associações causais”, “ajudando o usuário a ampliar sua capacidade de superar a crise”, “implicações e interações”, “negação da doença”, “procurar perceber a chamada contratransferência”, “procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário”, “fazer a 'história de vida', permitindo que se faça uma narrativa” – são alguns enunciados que nos permitem falar numa ampliação da clínica através da psicologia.

Já no terceiro eixo, que se refere à “ampliação do 'objeto de trabalho’”, o documento *Clínica Ampliada e Compartilhada* traz a discussão sobre o objeto de trabalho do profissional da saúde, salientando que os profissionais são “responsáveis por pessoas” (p. 16), não devendo reduzir-se a meros diagnósticos ou procedimentos. Para tanto, há a incorporação neste documento da proposta de *Equipe de Referência e Apoio Matricial*, outra cartilha da

PNH, que no material emitido em 2004 não apresenta esta interlocução. Vê-se, assim, que a ampliação da qual o documento nos fala é de uma ampliação no nível das relações, dos sujeitos.

A própria questão da mudança de uma concepção de indivíduo/pessoa para uma concepção de usuário/sujeito, remete a uma discussão muito comum na psicologia. Produção de sujeitos, produção de subjetividade são discursos que, de modo geral, são atrelados à psicologia. Como afirma Canguilhem (1972), “[o] declínio da física aristotélica, no século XVII, marca o fim da psicologia como para-física, como ciência de um objeto natural, e correlativamente, o nascimento da psicologia como ciência da subjetividade” (p. 104).

Rose (2008) nos mostra em seu artigo *Psicologia como uma ciência social a “psicologização” da vida coletiva*” (p. 156), isto é, a forma como problemas sociais são abalizados em termos psicológicos no século XX. A criminalidade, questões de preconceito, de educação, de saúde, passam a ser entendidos em termos de “dinâmicas psicológicas das relações interpessoais” (p. 156).

Assim [...], isso não foi apenas uma questão da psicologia se estabelecer como uma disciplina ou como uma profissão; é uma maneira característica de pensar sobre profissões nas ciências sociais, como disciplinas que tentam exercer sua autonomia como profissões e manter o controle de determinadas técnicas. Mas, com a psicologia não foi assim. A psicologia foi uma disciplina muito generosa, ela se doou para todos os tipos de profissões, da polícia a comandantes militares, numa condição de fazê-los pensar e agir, pelo menos de alguma maneira, como psicólogos (p. 156).

Da mesma forma, vimos isto acontecer na saúde. As novas propostas de atenção e gestão em saúde remetem a modelos de dinâmica de grupos propostos pela psicologia. Não é à toa que a PNH traz em seu subtítulo a humanização enquanto “eixo norteador das práticas

de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS” (Brasil, 2004b). É a psicologia através de seus saberes, mantendo e controlando determinadas técnicas de intervenção em saúde. É, de alguma forma, a disciplinarização de técnicas – e corpos – através de saberes e práticas até então exclusivas da psicologia.

Sendo um híbrido “entre os projetos administrativos e projetos filosóficos mais antigos” (Rose, 2008, p. 157), a psicologia passa a ser incorporada pela saúde coletiva, de forma estratégica, uma vez que ela poderá dar conta de lacunas ainda existentes no projeto do SUS, principalmente no que diz respeito à gestão.

A psicologia ganhou seu poder [na saúde], precisamente pela necessidade desses órgãos de administrar seres humanos à luz de um conhecimento de sua natureza, e, fazendo isso, ajudou a dar uma nova legitimidade à autoridade: a autoridade deixou de ser arbitrária (Rose, 2008, p. 158).

O quarto eixo fundamental da clínica ampliada é “a transformação dos 'meios' ou instrumentos de trabalho”. Neste eixo “a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade” (Brasil, 2009, p. 17) são elencados enquanto técnicas/instrumentos de trabalho que são necessários à clínica ampliada. Interessante perceber a incorporação de termos da psicologia na descrição das características que são esperadas no ambiente de trabalho.

Por fim, o quinto eixo, trata do “suporte para os profissionais da saúde”. Talvez mera coincidência, no entanto, a descrição do eixo nos remete à supervisão e/ou terapia/acompanhamento individual que é indicado aos profissionais da psicologia. “É necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais da saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos

de situação” (Brasil, 2009, p. 18).

Dessa forma, percebemos o quanto os eixos fundamentais da clínica ampliada estão atrelados a conceitos e práticas da psicologia. Percebe-se que a ampliação da clínica dá-se, como já mencionamos, através da psicologia, como evidenciamos com os enunciados acima.

3.4 O sujeito autônomo: o sujeito da clínica ampliada

Entramos agora na produção do sujeito da clínica ampliada, ou seja, no sujeito autônomo. Tanto no material *Clínica Ampliada* quanto no *Clínica Ampliada e Compartilhada* encontramos uma afirmação da necessidade do profissional da saúde proporcionar autonomia ao usuário. Na medida em que governar é exercer uma ação sobre ações possíveis, age-se sobre os sujeitos que devem ser considerados como livres, como autônomos.

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 (Brasil, 2009, p. 10).

[...] Isto ajuda a melhor compreender-se e a compreender o outro, aumentando a chance de ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela (Brasil, 2009, p. 25).

[...] E poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela (Brasil, 2004a, p. 14).

E não são somente as práticas específicas – como a clínica ampliada, por exemplo – que enfatizam a autonomia enquanto pressuposto. Na PNH, como consta na introdução do documento *Cartilha Ampliada*, reitera que “os valores que norteiam esta política são a

autonomia e o protagonismo dos sujeitos” (Brasil, 2004a, p. 3). Ou seja, enquanto uma democracia liberal de governo, as políticas públicas seguem uma racionalidade onde “noções abstratas da liberdade do indivíduo são acompanhadas pela proliferação de práticas racionalizadas que procuram moldar, transformar e reformar indivíduos” (Rose, 2008, p. 158).

Campos e Amaral (2007) apontam que a ênfase na autonomia remonta às décadas de 1980 e 1990, aparecendo articulada à doutrina neoliberal, pois esta visa maior respeito à dinâmica de mercado, privatização de serviços públicos, constituição de organizações autônomas, submetidas a mecanismos de concorrência. “Esse receituário, em teoria, seria potente para estimular correções de rota, já que seriam eliminados os modelos de gestão tradicionais dos sistemas públicos, considerados ineficazes e ineficientes” (p. 856).

Dessa forma, a psicologia corrobora com a prática governamental democrática vigente, uma vez que proporciona tanto tecnologia humana quanto intelectual para regular cidadãos democraticamente, isto é, “regrá-los através de suas relações com o outro, conhecendo e modelando essas relações de acordo com uma concepção de como elas funcionam – alinhando o governo com a dinâmica social daquilo que será governado” (Rose, 2008, p. 159). É a integração do serviço com a comunidade, dos profissionais da saúde com os usuários e controle social.

Nesse sentido, “analisar política públicas significa, muitas vezes, estudar o 'governo em ação’” (Souza, 2006, p. 39). No nosso caso, estudar os efeitos de algumas instituições – como a psicologia e também a medicina – enquanto balizadoras de algumas ações governamentais. Interessante perceber que os elementos principais que compõem as políticas públicas nos ajudam a evidenciar aquilo que Souza (2006) nos coloca como 'governo em ação'. Quais são eles:

- a política pública permite distinguir o que o governo pretende fazer daquilo que de fato faz;

- a política pública envolve vários atores, sejam eles governamentais ou não;
- a política pública é abrangente, não se restringindo a leis e regras;
- a política pública é intencional;
- a política pública, embora tenha impacto a curto prazo, é uma política de longo prazo.

No momento que entendemos a política pública num âmbito de intencionalidade, podemos também olhar os documento *Clínica Ampliada e Clínica Ampliada e Compartilhada* buscando evidenciar suas intencionalidades. Neste caso, a busca pela produção de uma sujeito/usuário cidadão e autônomo, onde os pressupostos da cientificidade psicológica possam auxiliar na produção deste sujeito, através de uma clínica não mais focada na doença e sim no sujeito doente.

A subjetivação é, assim, o nome que se pode dar aos efeitos da composição e da recomposição de forças, práticas e relações que tentam transformar – ou operam para transformar – o ser humano em variadas formas de sujeito, em seres capazes de tornar a si próprios como os sujeitos de suas próprias práticas e das práticas de outros sobre eles (Rose, 2001b, p. 143).

Dessa forma, ao entender a clínica ampliada como “um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas; e assumir um compromisso ético profundo” (Brasil, 2004a, pp. 8-9), as ações governamentais já começam a dar indício de como governam os sujeitos-cidadãos e sujeitos-trabalhadores.

Assim, voltamos à nossa pausa, onde elencamos algumas inquietações e algumas evidências – tanto no plano acadêmico quanto no plano governamental – que agora passam a

tomar outro sentido. Pensar que os teóricos que são reconhecidos no campo da saúde coletiva foram (e são) vinculados ao governo, faz-nos ler e refletir sobre seus escritos de outra forma. No momento que escrevem *as* e *sobre as* políticas públicas, suas produções seguem uma mesma intencionalidade. Interessante perceber que Regina Benevides de Barros é psicóloga e, dessa forma, quando trazíamos do estranhamento dela não falar sobre a clínica ampliada em seus artigos, permite-nos pensar que não havia necessidade para isso. Não havia necessidade, pois *a intencionalidade* da política era de formar cidadãos autônomos e, dessa forma, falar em implicação política diz muito mais desta intenção do que falar propriamente o que é a clínica ampliada. A clínica ampliada é a própria psicologia no espaço das políticas públicas. E isto, para ela, já era evidente.

Para mim, o que está em jogo aqui não é a questão psicológica de produção de subjetividades, uma questão de alterar as maneiras pelas quais indivíduos se “relacionam com seu eu”. Para mim, isso aparece ser uma questão aberta à investigação histórica – uma história das relações que os indivíduos têm consigo mesmos. A psicologia nasceu, como uma disciplina, dentro de uma variedade de projetos políticos para o controle de indivíduos: teve uma vocação social desde o início (Rose, 2008b, p. 158).

Como salientamos no início do capítulo, a política de humanização, enquanto política que transversaliza as ações em saúde, corrobora com o incentivo à autonomia do usuário-cidadão. As estratégias de governo se direcionam a equipes de referência e projetos terapêuticos singulares, onde há a possibilidade “de uma gestão mais centrada nos fins (coprodução de saúde e de autonomia) do que nos meios (consultas por hora, por exemplo) e tende a produzir maior corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários” (Brasil, 2009, p. 32).

As equipes de referência aparecem enquanto solução para uma gestão menos verticalizada, mais humanizada, pois a intenção é a de “possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos” (Brasil, 2009, p. 33). Além disso, há uma responsabilização da equipe pelo usuário. Ao mesmo tempo em que entendem que o usuário não será mais atendido, “aos pedaços” (p. 34), o sujeito é de responsabilidade da equipe de referência, em todas as instâncias. Segundo o documento *Clínica Ampliada e Compartilhada* (2009), a Equipe de Referência

é importante para a humanização porque, se os serviços e os saberes profissionais muitas vezes “recortam” os pacientes em partes ou patologias, as Equipes de Referência são uma forma de resgatar o compromisso com o sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico (p. 39).

Vêm-se, mais uma vez, os discursos – que também são práticas – direcionando-se e intensificando-se na produção de sujeitos livres e autônomos; governados pela liberdade e autonomia. O Projeto Terapêutico Singular busca a “singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças)” (Brasil, 2009, p. 40). Uma forma encontrada para também “cuidar do cuidador”, uma vez que este projeto abre espaço para as trocas entre a equipe e o compartilhamento das dificuldades. O próprio documento equipara o Projeto Terapêutico Singular à antiga “discussão de caso”. No entanto, no Projeto Terapêutico Singular, o usuário participa da construção, pois “o caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde” (p. 47).

A Clínica Ampliada e a proposta do Projeto Terapêutico Singular são classificadas enquanto solução para casos de difícil resolução que esbarram na clínica tradicional. A busca por autonomia, tanto de usuários quanto trabalhadores, é intensificada nos discursos que

circundam o material de 2009. Governar por meio de estratégias de produção de si tem sido, parece-nos, a saída das políticas públicas em saúde.

PARA CONTINUAR A PENSAR...

Finalizar não é fácil. Por isso, não finalizo, deixo em aberto. Propor-se a fazer um caminho de construção de um processo metodológico requer muita energia. Não sei se consegui realizar aquilo que me propus. Mas hoje, olho para trás e vejo o quão foi gratificante os obstáculos encontrados no meio do caminho. Conhecer um pouco mais de Foucault propiciou-me encontros muito gratificantes e prazerosos. Saltar sobre as pedras que estavam no caminho, propiciou muitas vezes novos caminhos, desvios, que se mostraram tão ou mais belos que os já conhecidos.

Escutar e ler sobre os conceitos muitas vezes nos parece fácil. No entanto, ao sentar e ter que escrever com eles, é uma tarefa muito árdua. Muitos dos conceitos discutidos neste trabalho foram sendo apropriados ao longo da escritura da dissertação. Talvez tenha me equivocado com alguns, 'assassinado' outros. Mas fazer o exercício de construção do objeto da pesquisa foi uma experiência dolorosa, no entanto, de muito aprendizado.

Queria poder ter discutido meu problema de pesquisa com outros interlocutores também. Mas não tive pernas. Chegar ao final, e ver o quanto tem ainda a ser aprendido, incentiva-me a não parar. Há uma frustração por não ter conseguido chegar a uma discussão mais profunda sobre estratégias de produção de si e ética em Foucault. Ficou um gostinho de quero mais, e um medo de não ter dado conta.

Mas agora é aguardar. Esperar as interlocuções que virão e continuar produzindo o diferente. Tentar não reproduzir a ordem instituída. Ao contrário, tentar olhar para a clínica ampliada, por exemplo, e ver possibilidades de fazer diferente. Governados seremos sempre, mas que nos dêem a chance de questionarmos que modo de governo é este.

Foucault (2005b) propõe que ao produzirmos conhecimento, devemos colocar o conhecimento e os saberes produzidos em questionamento, para compreender como tomamos

algo como verdade e como essa verdade produz os modos de ser sujeitos, para que, assim, possamos questionar como nos tornamos o que somos. Para tanto, utiliza-se do exercício da crítica¹¹, isto é, utiliza-se da razão para indagar racionalmente quais os efeitos da produção dos saberes que nas sociedades ocidentais modernas legitimam e fabricam os sujeitos pelas práticas de assujeitamento.

A atitude crítica foi possível a partir dos séculos XV e XVI, no Ocidente, e remete ao processo de governo dos indivíduos e das populações. Vincular processos de governo e crítica só é possível porque são processos que se iniciam simultaneamente na história, uma vez que no momento que a questão do governo das pessoas passa a ser importante, começa-se a questionar os modos pelos quais estas são governadas e os modos pelos quais não querem ser governadas (Foucault, 2005b).

A questão *como não ser governado* veio em decorrência da questão *como governar*. Porém, a atitude crítica em Foucault não trabalharia com a questão *como não ser governado*, mas com a questão “como não ser governado desse modo, por esse modo, em nome desses tais princípios, em vista de tais objetivos, e por meio de tais procedimentos; não desse modo, não para isso, não através deles” (Foucault, 2005b, pp. 75-6).

Dessa forma, a crítica, não consiste em liberar o indivíduo do Estado nem das instituições do Estado, mas de o liberarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Para que isso fosse possível, deveria-se criar novas formas de subjetividade, através da recusa desse tipo de individualidade. A atitude crítica seria a arte de não ser governado, do mesmo modo como somos governados.

E se a governamentalização é de fato esse movimento pelo qual o sujeito se dá o direito de interrogar a verdade, ora, a crítica será a arte da inservitude voluntária, da indocilidade refletida. A crítica teria essencialmente por função o desassujeitamento no

¹¹ Para trabalhar o que é a crítica, Foucault retoma o texto “Was ist Aufklärung?” (O que é o iluminismo?), escrito por Kant em 1783.

jogo do que poderia se chamar, em uma palavra, a política da verdade (Foucault, 2005b, p. 77).

Assim, a atitude crítica possibilitou – ao menos em alguns momentos acho que consegui – sair de uma posição de defesa e militância da saúde coletiva, e da própria clínica, para conseguir pensar com elas outras possibilidades, outros olhares.

Ficam, agora, as portas abertas para pensar outras articulações com a clínica. Atravessamentos atuais como os da neuropsicologia, estudos com cérebro, dentre outros, colocam-se enquanto desafio para a articulação com as propostas da saúde coletiva. Talvez estejamos no caminho de um sujeito cerebral e não mais autônomo. Que tecnologias de atenção surgirão enquanto práticas de governo? Quais políticas serão direcionadas a estas novas propostas? Quais novos interlocutores serão convidados, além da Medicina e Psicologia, a comporem o campo da clínica ampliada?

Azambuja (2009), ao questionar sobre o fim da psicologia enquanto ciência, retorna seu olhar sobre o incômodo com as neurociências e sua relação com a Psicologia, demonstrando que há um forte retorno (ou forte investimento) do biologismo sobre o psiquismo, tendo como premissa que a mente ou psiquismo está no cérebro.

Parece esta a tônica do momento: um esforço em encontrar as bases da alma em um estrato concreto, palpável e real, no qual se possa erigir a verdade sobre o sujeito, em última instância, chegar à essência do ser humano, a coisa em si, o absoluto. E, então, aí está a ingênua perturbação sobre o fim da Psicologia: *se realmente me encontram o psiquismo no cérebro para quê, então, Psicologia? E se não acredito em seu fim, a Psicologia está em vias de se tornar o quê?* (p. 7).

Para o autor, o questionamento sobre a “morte da Psicologia” emerge de uma produção

de saberes e poderes que gradualmente vão terminando com a noção de interioridade e colocando em questão a idéia de uma exteriorização da subjetividade. Afirma isso, pois a cultura da interioridade, que é fortalecida pela Psicologia, parece estar chegando ao seu fim. No entanto, até chegar-se às práticas neurocientíficas, tem-se “um longo trajeto a explorar: *da alma para o corpo e do corpo para o cérebro*” (Azambuja, 2009, p. 16).

Dessa forma, pensar políticas públicas é sempre pensar modos de governo. Pensar a clínica, dessa forma, é também pensar modos de saber/poder/verdade. Pensar a clínica ampliada é também pensar estes atravessamentos que se colocam na contemporaneidade. Devemos nos questionar quais serão as novas tecnologias de poder que intervirão nas condições de vida da população. De que forma estas questões de interioridade e exterioridade se coloração às disciplinas – não somente à Psicologia, uma vez que se estamos olhando a saúde coletiva de forma transdisciplinar, estas questões se estendem àquelas disciplinas que compõem este campo – e quais saberes e práticas se produzirão sobre este sujeito autônomo da saúde. Autonomia, interioridade e exterioridade entram, agora, na ordem discursiva no campo da saúde.

Que as inquietações continuem presentes em nossas produções. As problematizações não foram no intuito de identificar o certo ou o errado, a melhor ou pior prática, e sim, de evidenciar o sujeito da clínica ampliada com o qual as políticas públicas de saúde operam, buscando, dessa forma, pensar práticas e intervenções menos verticalizadas possíveis e mais claras possíveis, afinal, se não temos como intervir mais diretamente nas políticas públicas, que pelo menos saibamos de que forma estamos sendo governados.

REFERÊNCIAS

Azambuja, M. A. (2009). *Psicologia, neurociências e a produção do sujeito cerebral*. Projeto de Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Brasil.

Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.

Bernardes, A. G. (2009). Saúde como experiência-limite do Outro. In *I Encontro Estadual dos Serviços de Psicologia das Instituições de Ensino Superior de Santa Catarina: possibilidades, limites e desafios*. Florianópolis: Clon Carioca.

Bernardes, A. G.; & Guareschi, N. (2007). Estratégias de Produção de Si e a Humanização no SUS. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(3), 462-475.

Birman, J. (2005). A *Physis* da Saúde Coletiva. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 15(suplemento), 11-16.

Brasil. (1986). *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Recuperado em 10 de dezembro 2009, de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.

Brasil. (1988). *Constituição*. Constituição da República Federativa do Brasil. Recuperado em 10 de dezembro de 2009, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.

Brasil. (2004a). *Cartilha Clínica Ampliada*. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 18 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

Brasil. (2004b). *HumanizaSUS*. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 20 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

Brasil. (2008). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 72 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

Brasil. (2009). *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 64 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

Campos, G. W. S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada (51-67). In Campos, G. W. S. *Saúde Paidéia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S.; & Amaral M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859.

Canguilhem, G. (1972). O que é a Psicologia? Epistemologia 2. *Revista Tempo Brasileiro*, 30/31, 104-123.

Coimbra, C. M. B.; (1995). *Guardiões da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do 'milagre'*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor.

Coimbra, C. M. B. (2005). Quando a clínica se encontra com a política (41-50). In Maciel Jr, A., Kupermann, D., & Tedesco, S. (org.). *Polifonias: clínica, política e criação*. Rio de Janeiro: Contracapa/Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense.

Dreyfus, H. L.; & Rabinow, P. (1995). *Michel Foucault. Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Fischer, R. M. B. (2001). Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, 114, 197-223.

Foucault, M. (1977). Poderes e estratégias (241-252). In Motta, M. B. (2006). *Michel Foucault. Estratégia, Poder-Saber*. Coleção Ditos & Escritos IV. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (1978). A Governamentalidade (281-305). In Motta, M. B. (2006). *Michel Foucault. Estratégia, Poder-Saber*. Coleção Ditos & Escritos IV. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder (231-249). In Dreyfus, H. L.; & Rabinow, P. *Michel Foucault. Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2000). *As palavras e as coisas*. Uma arqueologia das ciências humanas. Tradução Selma Tannus Muchail. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2003). *História da sexualidade I. A vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 15. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, M. (2004). *A arqueologia do saber*. Tradução Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2005a). *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2005b). O que é a crítica? [Crítica e Aufklärung]. Relatório da sessão de 27 de maio de 1978. In Britto, F. L. *Crítica e modernidade em Foucault: uma tradução de "Qu'est-ce que la critique? [Critique et Auflärung], de Michel Foucault (68-113)*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Foucault, M. (2007). *Microfísica do poder*. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2008a). *Nascimento da clínica*. Tradução Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2008b). *Nascimento da biopolítica*. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes. Coleção Tópicos.

Foucault, M. (2008c). *Segurança, Território, População*. Curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2009). *A ordem do discurso*. Aula inaugural do Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 18. ed. São Paulo: Edições Loyola

Gallo, S. (2008). *Deleuze & a Educação*. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica.

Guareschi, N. M. F.; Dhein, G.; Reis, C.; Machry, D. S.; Bennemann, T. (2009) A formação em psicologia e o profissional da saúde para o SUS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(3), 35-45.

Hofling, E. M. (2001). Estado e Políticas Públicas Sociais. *Cadernos Cedes*, (55), 30-41.

Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 05 agosto, 2008, de <http://portal.saude.gov.br/legislacao>.

Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990 (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 05 agosto, 2008, de <http://portal.saude.gov.br/legislacao>.

Luz, M. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1(1).

Paim, J. S.; & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32(4), 299-316.

Passos, E.; & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79.

Passos, E. (2002). Por uma clínica do social: relações entre a esfera pública e a esfera privada na psicologia. In Guareschi, N. M. F. (Org). *Curso de extensão*. Porto Alegre: PUCRS. [digitado].

Portocarrero, V. (2009). Os limites da vida. Da biopolítica aos cuidados de si (419-430). In Albuquerque Jr., D. M.; Veiga-Neto, A.; Souza Filho, A. *Cartografias de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica.

Reis, A. O. A.; Marazina, I. V.; Gallo, P. R. (2004). A humanização na saúde com instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 36-43.

Rose, N. (2001a). Como se deve fazer a história do eu? *Educação & Realidade*, 26(1), 33-57.

Rose, N. (2001b). Inventando nossos eus (139-205). In Silva, T. T. (org.) *Nunca fomos humanos*. Nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autêntica.

Rose, N. (2008). Psicologia como uma ciência social. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 155-164.

Souza, C. (2006). Política públicas: uma revisão da literatura. *Sociologia*, 8(16), 20-45.

Spink, M. J. P. (2003). Psicologia da saúde – a estruturação de um novo campo de saber (29-39). In Spink, M. J. P. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Sugizaki, E. (2008). Da anátomo-política à biopolítica (183-200). In Souza, R. T.; & Oliveira, N. F. *Fenomenologia Hoje III*. Bioética, Biotecnologia, Biopolítica. Coleção Filosofia 203. Porto Alegre: Edipucrs.