

CORPOVIDA:
tecendo uma clínica
contemporânea

Presidente

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Saúde

José Gomes temporão

Grupo Hospitalar Conceição

Conselho de Administração

Jussara Cony

Arlindo Nelson Ritter

Rogério Santanna dos Santos

Alberto Beltrame

José Carvalho de Noronha

Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli

Diretoria

Diretora-Superintendente

Jussara Cony

Diretor Administrativo e Financeiro

Gilberto Barichello

Diretor Técnico

Ivo Leuck

Gerência de Ensino e Pesquisa

Lisiane Boer Possa, Gerente GEP/GHC

Alberto S. Molinari, Coordenador

Marta H. B. Fert, Coordenadora

Sergio A. Sirena, Coordenador



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA**

CORPOVIDA: tecendo uma clínica contemporânea

**Luiz Ziegelmann
Cristianne Famer Rocha
Organizadores**

**Porto Alegre - RS
Editora Nossa Senhora da Conceição S.A. - 2008**

©2008 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Direitos reservados desta edição: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Capa
Juliano Dall'Agnol
Capa (desenho)
Deise Macedo dos Santos
Capa (poesia)
Antonio L. Garcia
Revisão
Cristianne Famer Rocha
Projeto gráfico e editoração
Humberto Gustavo Schwert

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823c Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa
Corpovida: tecendo uma clínica contemporânea; organização de Luiz Ziegelmann, Cristianne Famer Rocha. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008.
72p.
1. Saúde coletiva – Atenção integral – Interdisciplinariedade - Transdisciplinariedade. 2. Ziegelmann, Luiz, org. 3. Rocha, Cristianne Famer, org. I. Título.
CDU 614.253.009.5(81)

Catalogação elaborada por Izabel A. Merlo, CRB 10/329.

ISBN: **978-85-61979-00-3**

Dados técnicos do livro

Fontes: Delta Light e Frutiger 45

Papel: offset 75g (miolo) e supremo 240g (capa)

Medidas: 16x23cm

Impressão: Gráfica da ULBRA
Agosto/2008

SUMÁRIO

- 7 PREFÁCIO - Corpovida: tecendo uma clínica contemporânea
Oswaldo Giacóia Júnior
- 11 APRESENTAÇÃO - Corpovida, mais um na multidão
Emerson Elias Merhy
- 13 INTRODUÇÃO
Luiz Ziegelmann
- 15 CASOS CLÍNICOS - 1º Caso
Thiago Frank
- 19 CASOS CLÍNICOS - 2º Caso: usuária fala
Stela
- 21 ENCONTROS - Algumas Problematizações
Paula Xavier Machado
- 25 CAPÍTULO 1 - Conceito e Cultura
Luiz Ziegelmann
- 29 CAPÍTULO 2 - Corpovida
Luiz Ziegelmann
- 37 CAPÍTULO 3 - Uma breve história do Corpo
Geraldo Leandro Mandicaju
- 43 CAPÍTULO 4 - Arte e Clínica
Deise M. dos Santos, Ligiane M. Bitencourt da Silva

- 49 CAPÍTULO 5 - A Clínica na Modernidade Líquida: algumas problematizações
Christiane Silveira Kammsetzer, Daniela Rosa Cachapuz, Luciana Rodriguez Barone
- 59 Capítulo 6 - Corpos que “produzem vida”:
a intensidade do trabalho em saúde
Adernanda De Rocco Guimarães, Melissa Acauan Sander, Paula Xavier Machado
- 65 CAPÍTULO 7 - Ética como fundamento da saúde
Ricardo Timm de Souza
- 71 DOS AUTORES - uma breve apresentação

PREFÁCIO

Corpovida: tecendo uma clínica contemporânea

OSWALDO GIACÓIA JÚNIOR¹

Esse é um livro que nasce como ousada e criativa construção coletiva de trabalhadores na área da saúde, propondo um conceito de clínica que, em vários sentidos do termo, pode ser considerada revolucionária. Trata-se de um programa transdisciplinar, que combina referenciais teóricos e metodológicos diversos para a concepção ampla e renovada de prática clínica.

Nessa perspectiva, a clínica é compreendida, sobretudo, como voltada para o vivente, mais precisamente para o corpo vivo, numa tentativa de superação da clássica dicotomia que a equaciona em termos de saúde e doença. O corpo vivo, porém, não é pensado aqui em chave organicista, nos moldes da divisão metafísica entre o somático e o mental (sucedâneo do antigo dualismo ontológico que opõe o corpo à alma). Trata-se, antes, de uma clínica que a ser definida como cuidado da vida e do corpo, consciente de que cuidar do corpo, dependendo do sentido em que tomamos a expressão, não é sinônimo de cuidar da vida, mas pode sê-lo de uma administração minimalista de sua potência e de suas virtualidades.

Penso que um projeto de clínica como esse não pode prescindir da revolução operada por Nietzsche (e seus sucessores) no campo da subjetividade, da filosofia da consciência e do corpo. Por isso, o livro tem Friedrich Nietzsche como uma de suas referên-

¹ Professor livre-docente do Departamento de Filosofia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), é Mestre e Doutor em Filosofia. Atualmente, é professor associado do Departamento de Filosofia da Unicamp.

cias filosóficas fundamentais, um de seus interlocutores privilegiados. A propósito de um conceito de sujeito, não mais identificado com a unidade da consciência, mas que identifica o corpo com o Si Próprio, escrevia Nietzsche em *Assim Falou Zaratustra*:

O corpo é uma grande razão, uma multiplicidade com um único sentido, uma guerra e uma paz, um rebanho e um pastor. Instrumento do teu corpo é também tua pequena razão, meu irmão, que tu denominas “espírito”, uma pequena ferramenta e um brinquedo de tua grande razão. “Eu”, dizes tu, e estás orgulhoso dessa palavra. Mas aquilo que é maior, em que não queres crer – teu corpo e sua grande razão não diz eu, porém faz eu. Aquilo que os sentidos sentem e o espírito conhece, não têm neles mesmos seu fim. Porém sentido e espírito te convencem de que eles são o fim de todas as coisas – tão vaidosos são eles. Ferramenta e brinquedo são sentidos e espírito: atrás deles se encontra ainda o Si Próprio. O Si Próprio procura com os olhos dos sentidos, escuta com os ouvidos do espírito.²

O livro que o leitor tem em mãos prolonga essa oposição entre grande e pequena razão, entre consciência (espírito) e corpo - tal como a problematiza Nietzsche, sob a forma da grande razão do corpo. Essa problematização não se reduz a uma mera inversão da oposição valorativa tradicional no Ocidente, em que a alma era sempre considerada o elemento positivo, em relação à negatividade do corpo. A novidade decisiva introduzida por Nietzsche consiste justamente na *superação dessa oposição dicotômica*. O corpo nietzscheano não é meramente o soma fisiológico, contraposto à mente, como à alma imaterial, ou ao espírito – o que redundaria em manter a partição do real entre matéria e espírito (*res cogitans* e *res extensa*). O que Nietzsche pensa, e o que é apreendido magistralmente por essa nova concepção de uma clínica da saúde integral do corpo, é que este é, nos termos de Nietzsche, o ponto de partida adequado para uma concepção inteiramente distinta de unidade subjetiva, uma subjetividade pensada como plural, como processo, como unidade de organização, em cujo horizonte a multiplicidade é o elemento dominante.

Nesse sentido, o mais importante é compreender que todas as instâncias que são constituídas pela grande razão do corpo são “*de idêntica espécie*, todos sensíveis, volitivos, pensantes – e que por toda parte onde vemos ou adivinhamos movimento no corpo, nós aprendemos a ‘inferir’ uma vida complementar, subjetiva e invisível”³.

Sensibilidade, volição e pensamento – atributos tradicionais da alma – são, nessa nova perspectiva, propriedades de todos os elementos do corpo: nossas células, tecidos, órgãos, funções e sistemas são, todos eles ‘sujeitos’, na medida em que dotados de regimes próprios de sentir, querer, pensar, sobretudo de avaliar – ou seja, de uma inaudita e paradoxal unidade subjetiva invisível e complementar à consciência. Por causa disso, uma terapia inspirada nesse novo paradigma de subjetividade não pode confundir o Si Próprio como a unidade simples, seja ela substancial ou formal da consciência – da pequena razão; porque justamente isso implicaria um ofuscamento do potencial crítico da consciência: “Por isso nós questionamos o

² Nietzsche, F. *Also Sprach Zarathustra*. In: *Sämtliche Werke*. Kritische Studienausgabe. Ed. G. Colli und M. Montinari. Berlin, New York, München: de Gruyter, DTV. 1980, vol. 4, p.39.

³ Nietzsche, F. Fragmento Póstumo nr. 40 [21]. In: KSA. Op. Cit. vol. 12, p.638s.

corpo e recusamos o testemunho dos sentidos mais aguçados: examinamos, por assim dizer, se os próprios subordinados não podem entrar em contacto conosco”⁴.

A relação entre o corpo e a consciência é pensada, portanto, segundo a metáfora da comunidade política, em que o governante se identifica com a própria comunidade que dirige: a consciência não representa senão a instância governante, cuja existência e função é garantida pela divisão do trabalho, e que tem na ignorância necessária de todos os desdobramentos infinitamente complexos dessa divisão a condição de seu funcionamento adequado. Ela faz parte do que o filósofo denomina ‘sentidos mais aguçados’. A tentativa é fazer com que as demais instâncias possam entrar em contacto ‘conosco’.

Assim, o corpo humano é uma espécie de memória do passado inteiro, do passado mais remoto do vir-a-ser orgânico, “através do qual, por sobre o qual, para além do qual, parece fluir uma imensa e insondável corrente: o corpo é um pensamento mais admirável do que a antiga ‘alma’. Em todo tempo acreditou-se melhor no corpo do que no espírito, como nossa posse mais própria e nosso ser mais seguro”⁵. Uma perspectiva como essa de *corpovida* atribui ao corpo uma dimensão cósmica.

Nesse livro, o que decorre da leitura dos casos clínicos relatados, de suas análises, do material teórico que dá base conceitual ao texto, é que os autores se propõem a considerar o indivíduo que demanda um serviço de saúde numa perspectiva extraordinariamente alargada, que o considera e assume em sua integralidade, combinando as dimensões biológica, fisiológica, filosófica, histórica, de sentimento, pensamento e ação. Não se trata de centrar a abordagem clínica no âmbito do corpo físico, organismo biológico a ser reparado, consertado, incrementado em suas forças e rendimentos, para fins de prolongamento de sua vitalidade e de seu aproveitamento social. Pelo contrário, a consciência deixa de ser segredada como departamento isolado, a clínica do *corpovida* parte da integração, na totalidade do corpo, de afetos, desejos, pensamentos e intensidades que o atravessam e permanentemente o modificam, em sentido construtivo ou destrutivo.

Como programaticamente argumenta um dos autores, “a clínica do *corpovida* deve cuidar do corpo na sua dimensão histórica, social, cultural e subjetiva e não somente cuidar do corpo enquanto corpo sintoma ou doença, corpo órgãos, numa perspectiva apenas médica e biologista. Esse cuidado, porém, remete à construção de outra clínica, que vá além da interpretação de sinais e sintomas, pois sendo o homem um ser que introduz sentido às coisas, não descobre as coisas, apenas interpreta, quando interpreta, ele atribui valores às coisas. Na clínica ocorre o mesmo, o seja, o diagnóstico é a interpretação de sinais e sintomas.” (Ziegelmann, 2008, p.33).

Nessa perspectiva, a clínica deve ser pensada, pois, como o lugar da busca do sentido, da criação de valores, de modo a poder ser também uma atividade permanentemente inventiva, não cristalizada em verdades eternas e concepções últimas e definitivas. É muito auspicioso saber que o grupo responsável pela publicação compartilha um projeto comum de saúde coletiva e atenção integral em saúde, que nasce desse projeto,

⁴ Ibid.

⁵ Nietzsche, F. Fragmento Póstumo nr. 36 [35]. In: KSA. Op. Cit. vol. 11, p. 565.

inspirado num trânsito transdisciplinar entre a biologia, a filosofia, a história, a sociologia, a psicanálise, a psicologia social e a saúde coletiva. Pois essa fecundação recíproca habilita um olhar clínico capaz de cuidar da vida a partir de numa idéia global de subjetividade, não reduzida à matriz do corpo biológico e à oposição mente-corpo, tributária do dualismo metafísico substancial.

Trata-se de uma obra que apresenta um projeto digno do máximo respeito e de escrupulosa atenção. Um programa de trabalho clínico repleto de desafios, mas também de imensas e generosas perspectivas de futuro.

APRESENTAÇÃO

Corpovida, mais um na multidão

EMERSON ELIAS MERHY⁶

Que encontro é esse que misteriosamente acontece, quando alguém faz um pedido a um outro, quase como um apelo: preciso ser cuidado. O outro que ouve esse pedido, de um lugar muitas vezes reconhecido como o de um trabalhador, envolvido com a construção dessa resposta, mesmo sem palavras, diz, com sua ação: cuidarei de ti.

Que encontro é esse que tem como um de seus mistérios o de comportar, no seu agir, uma multidão. Uma multidão no sentido bem amplo que Toni Negri dá em seus textos, em particular no livro *Poder Constituinte*. Uma multidão como vários muitos. Vários múltiplos. Vários e distintos muitos, que ao mesmo que são todos comuns, sem no entanto deixarem de ser todos singulares.

Pois é, há um comum em todos os encontros desse tipo. Todos ocorrem no campo da produção do cuidado, habitado por muitos, múltiplos e singulares. Entretanto, marcados pela construção de uma lógica que não lhes pode escapar: a de ter como sentido, para todos que dele participam, que ali há uma prática, uma ação de atos cuidadores, por um lado; e de ser cuidado, por outro.

A clínica, antes de tudo, se referencia a isso. E, mais, por ser sempre nesse campo, tem que ter pertinência como um conjunto de agir que necessita ser eficaz, isto é, necessita ser reconhecido, por quem está nele implicado, como um agir que fabrica cuidado,

⁶ Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), é Mestre em Medicina Preventiva e Doutor em Saúde Coletiva. Atualmente, é Professor Aposentado da Unicamp e Professor Colaborador da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

em um jogo que se dá no encontro de um que cuida e de um que é cuidado (mesmo que esse “um” possa estar sendo vivido por uma equipe e por um grupo de usuários).

Isso faz da prática clínica um campo de ações que se alimenta em teorias-ferramentas e não um campo de teorias que desenha mil formas de exercitá-las. É isso que faz do campo da clínica um lugar habitado por muitas clínicas possíveis, com distintas eficácias, que só têm sentido no campo do trabalho vivo em ato, nas suas relações intercessoras e de acordo com o jogo singular e concreto de pedidos e respostas para a construção do cuidar.

Desse modo, não consigo entender que possa existir uma clínica mais ampla que outra, fora do mundo da ação, nos encontros; muito menos, uma que seja a síntese conceitual superior das outras. Não consigo entender que possa haver, como que em um movimento dialético de tese, antítese e síntese, um acúmulo de saberes clínicos, que possam subsumir de modo definitivo os outros.

Sempre caberá a pergunta chave: na ação quem é eficaz para quem e para quê.

Nesse sentido, imagino que só seja possível falar da efetividade do agir clínico no seu próprio ato e não no território das teorias que procuram subsidiá-lo. Isto é, se há ou não produção de mais vida com a prática clínica realizada é uma questão para o encontro em ato.

Assim, ser eficaz, ao ser reconhecido como produtor de cuidado, varia tanto quanto a multidão que possa estar implicada com esse encontro. E só desse lugar é possível falar de um agir que seja, ou não, eficaz na sua ação e efetivo na sua consequência.

Assim, vejo o *Corpovida* como mais uma oferta de uma teoria-ferramenta para ocupar lugar nesse campo de práticas. Mas, não uma ocupação qualquer, pois me parece uma oferta poderosa, que carrega em si muitas elaborações instigantes, a partir de um diálogo bem enriquecido com várias outras clínicas. Parece-me uma oferta de prática clínica que se alimenta de várias práticas clínicas.

Nessa direção, alerto quem ler esse livro: mantenha isso vivo, faça disso sempre uma teoria-ferramenta, que faça sentido ali no atuar junto com o outro na produção de mais vida. Não adote essa oferta como uma receita, alimente-a com outras possibilidades; senão ela será a própria negação do esforço desse coletivo de autores, que muitas vezes nos seus textos não deixam isso muito claro.

Ao ampliar a multiplicidade na multidão que habita o mundo do trabalho vivo em ato na saúde, produtor de cuidado e, como tal, implicado com um possível agir autopoietico no campo da saúde; não hesito em dar viva a esse livro.

INTRODUÇÃO

LUIZ ZIEGELMANN⁷

Vocês, ao lerem este livro, talvez se surpreendam com as algumas de suas idéias, porque fogem do convencional em relação a um conceito novo em saúde no âmbito da clínica. A construção deste conceito é resultado de várias discussões numa perspectiva transdisciplinar em relação ao modo de pensar, compreender, olhar e fazer a clínica. Por se tratar de algo novo, o texto pode surpreender num primeiro momento, mas aos poucos o leitor irá assimilar suas idéias que buscam ressignificar a prática clínica e potencializá-la no sentido da intensificação da vida.

Em maio de 2007, 19 trabalhadores em saúde, incluindo residentes e profissionais começam a se encontrar num grupo de estudos da linha temática Clínica Ampliada, uma das nove linhas que foram constituídas através do Núcleo de Estudos e Pesquisas Transdisciplinares (NEPET), dispositivo criado pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), para estimular e promover encontros quinzenais entre profissionais de áreas diferentes com o objetivo de realizar estudos e pesquisas em saúde.

Os encontros buscavam a reflexão e a troca de idéias sobre a clínica no modelo de Atenção Integral em Saúde, que compreende o sofrimento/adoecimento relacionado a uma série de fatores associados à multiplicidade e diversidade do viver e não somente aos aspectos biológicos.

Num primeiro momento, o grupo utiliza para suas discussões o referencial teórico da Saúde Coletiva sobre o conceito de Clínica Ampliada. No decorrer do processo, várias dúvidas e inquietações surgem e despertam a necessidade de se buscar outros referenciais

⁷ Mestre em Psicologia Social e Psiquiatra do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Professor Assistente da Faculdade de Medicina da PUCRS.

que pudessem contribuir nas discussões. O grupo começa a trilhar por novos caminhos que produzem outras reflexões e novos questionamentos no âmbito da clínica ampliada. Vai se constituindo a perspectiva de uma clínica mais artesanal, artística, que não tem ou não busca uma verdade, não opera numa lógica binária de relação causa-efeito e tem como eixo norteador não o sujeito, mas a vida. Uma clínica voltada para a intensificação de vida, em que a saúde e a doença não serão tomadas como estados opostos (onde um afirma a vida e o outro nega a vida), sendo que a doença deve ser compreendida como um estado de advertência, um alerta, algo que tranca o devir ou que interfere no movimento do vivo. Saúde e doença entendidas como estados complementares em que a vida está acontecendo em ambas as situações, independente deste corpo estar são ou doente, a dimensão ontogênica da vida está muito além da presença ou ausência de saúde e doença.

Para tentar encontrar/construir esta clínica, o grupo foi buscar ajuda na leitura de textos de pensadores de diferentes campos de saber: Biologia, Filosofia, História, Psicanálise, Psicologia Social, Saúde Coletiva e Sociologia. Estas leituras possibilitaram novos olhares sobre a clínica, que veio reforçar no grupo a idéia da necessidade de criar um conceito que pudesse contemplar, na prática, aquela clínica capaz de cuidar da vida e não só do corpo biológico e do sujeito.

O grupo então começa a trabalhar na criação de um novo conceito em saúde, onde a clínica não é voltada para a saúde e doença, mas uma clínica do vivo e este vivo está no corpo, pois a vida acontece o tempo todo no corpo. Só que a essa compreensão do corpo é outra, diferente do modo como esse corpo é olhado e compreendido pelo senso comum, numa lógica organicista, capturada por um sentido metafísico/racional do que seja o corpo. O novo conceito que vamos trabalhar compreende o corpo como da ordem do vivo e o vivo anseia por viver. A cada respiração, o corpo luta para viver. Neste sentido, o vivo é um universo atravessado por forças de preservação, conservação, expansão e morte. Cuidar da vida é cuidar do corpo, mas cuidar do corpo necessariamente não é cuidar da vida.

A construção de um novo conceito, que chamaremos *corpovida*, numa perspectiva mais filosófica, muito mais que o conceito em si, pelo conhecimento que pode trazer, busca outro modo de pensar e fazer a clínica, capaz de inventar novas possibilidades de vida, novos modos de existência, produzir uma outra cultura, à medida que este conceito insere uma intensidade e uma força capazes de recriar valores, mudar percepções em relação ao que está estabelecido como verdade ou como tradição e estimular uma outra perspectiva de trabalho em saúde.

CASOS CLÍNICOS

1º Caso

THIAGO FRANK⁸

Em agosto, chega apressado no consultório do posto de saúde, Marco Antônio, com fala rápida, pés batendo no chão, mãos gesticulando e um palito inquieto no canto da boca, um homem muito ansioso. Cinquenta e poucos anos, cabelos grisalhos, não mais que 1,60m de altura, vestia calças jeans que lhe sobravam nos calcanhares e carregava uma pastinha surrada nas mãos.

Tão logo sentou na cadeira, antes mesmo de eu conseguir lhe perguntar qualquer coisa, já foi anunciando: “doutor, preciso de um encaminhamento para um cardiologista. Eu tenho ANGINA. Já faz um ano que eu enfartei e as dores no peito não melhoraram – aliás – estão cada vez piores!”. Em seguida, usando sempre de nomes “técnicos”, contou que em agosto do ano anterior fez um cateterismo e teve de colocar dois “stents”, enumerou todos os múltiplos medicamentos que usava – especificando inclusive a posologia e a dosagem – e finalizou dizendo que tinha muito medo de ter outro infarto. Quando Marco já estava para sair, lembrei de lhe perguntar a origem daquele grande conhecimento de medicina. Marco Antônio trabalhava há muitos anos como chefe do estacionamento de um importante hospital da capital.

Marco Antônio fumou 4 maços de cigarro por dia por cerca de 30 anos e o último dia que fumara foi no dia de seu infarto - “por isso o palito doutor, quando estou em casa faço cigarrinhos de cenoura crua”. Conversamos sobre a sua família, mas invariavelmente a angina dominava o papo. “Minha mulher está muito preocupada. E se me der um treco, o que vai ser da minha menina de 2 anos?”

⁸Médico, residente de Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Há cerca de 30 dias, uma colega do posto havia solicitado um cateterismo, que estava marcado para a semana seguinte. O resultado do exame confirmava que o procedimento que ele havia realizado no ano anterior tinha sido bem sucedido, seu resultado estava mantido e a obstrução em suas coronárias era mínima. Era pouco provável que fossem responsáveis por toda aquela angina. Trouxe também outros exames recentes que havia realizado: ecografia abdominal, tomografia de crânio, colonoscopia, eletrocardiogramas... Todos sem alterações significativas. Combinamos então que retornaria para uma consulta conjunta com a psicóloga do posto e um experiente médico consultor do nosso serviço de saúde. Aquela idéia pareceu lhe agradar e certamente ajudaria tanto a Marco quanto a mim.

Quando mencionamos, de forma muito sutil, que seu estado emocional poderia explicar – somente em parte – a sua “angina”, Marco se demonstrou muito contrariado: “quer dizer então que eu, que enfartei há exato 1 ano, sou gordinho, tenho pressão alta, tenho o colesterol alto, e que fumou 4 maços de cigarro por dia por 35 anos, estou inventando uma dor que é fruto da minha cabeça?!”

Marco Antônio estava sendo submetido a um forte estresse nos últimos meses e, dessa forma, tal estresse deveria ser investigado e contornado como muitos dos outros fatores de risco para infarto que Marco conhecia e tratava de combater.

Nas consultas que se seguiram, mais freqüentes, as conversas sobre a tal da angina passaram a ficar cada vez mais breves, e a intensidade e freqüência das dores também lenta, mas progressivamente, pareciam diminuir. Marco Antônio passou a relatar de forma fragmentada e homeopática a sua história pessoal.

História Pessoal

Marco Antônio era o irmão mais velho de uma prole de cinco. Seu irmão mais novo morreu de cirrose e era usuário de drogas. Seu outro irmão homem era bem sucedido, e não se falavam há algum tempo. Com suas duas irmãs tinha boa relação e eram casadas com homens bons e de alto poder aquisitivo. Seu pai era da fronteira e veio para Porto Alegre para trabalhar na construção civil. Era analfabeto, mas parecia exercer bem a profissão, tendo atingido o cargo de “mestre de obra”. Marco nasceu na capital, no centro, depois, foi morar na Vila Jardim. Dizia-se porto-alegrense “da gema”.

Estudou no mais tradicional dos colégios estaduais, e quando tinha 17 anos conheceu uma “hippiezinha linda” de 16 anos. Logo se apaixonaram profundamente. Passados alguns meses, ela lhe contou que estava grávida. Ficaram muito surpresos e assustados, mas não pensaram em aborto, contudo, precisavam contar para o pai da menina.

Marco Antônio não sabia onde ela morava, mas ficou “chocado” quando chegaram a uma “mansão” da Av. Carlos Gomes. Em nenhum momento, ela havia lhe contado que era uma menina de “posses”. O pai recebeu muito mal a notícia, como esperado. Ficou irado e gritava: “como tu foi ficar grávida desse pé de chinelo, esse chinelo da Vila Jardim!?!”, entre outros impropérios. Expulsou Marco da casa e depois de algumas semanas voltou a lhe procurar. Disse que já que sua filha havia implorado muito, permitiria que morassem no porão da mansão. Sem hesitar, aceitou a proposta. A família, de origem paulistana, era dona de algumas lojas na Rua da Praia e tratava com profunda indiferença sua presença na casa. Por vezes, passava por algumas humilhações e tinha que realizar alguns “serviços gerais”.

Com o nascimento de sua primeira filha, uma linda menina, tais atitudes por parte da família passaram a pouco importar - o jovem casal estava muito feliz. Contudo, cerca de um ano depois, Marco teve que prestar serviço militar em uma cidade do interior e, devido à distância e ao pouco dinheiro, passaram a se encontrar raramente. Recebeu pelo telefone a notícia do nascimento de sua segunda filha e apressou-se em visitá-la. A família, como esperado, considerou um desrespeito ainda maior a segunda gravidez da filha. Ainda voltou para visitá-la por mais algumas vezes, porém, quando por fim acabou seu serviço militar e retornou a Porto Alegre, encontrou a mansão da Carlos Gomes vazia. Descobriu, através de um vizinho, que a família havia se mudado para São Paulo havia algumas semanas.

Marco Antônio ficou desolado. Não pôde acreditar que haviam “roubado suas filhas sem aviso prévio”. Queria crer que a menina nada sabia e que também era uma vítima dessa história. Ficou muito deprimido, e por muitos meses saía à noite caminhando até a Carlos Gomes, com a esperança de que tivessem voltado. Seu pai, seu maior apoio nos piores momentos, já pensava em interná-lo em um hospital psiquiátrico, mas a situação amenizou quando um psiquiatra lhe receitou amitriptilina. Começou a fumar muito.

Conseguiu um emprego nos Correios e, devido a sua grande capacidade de relacionamento interpessoal, ascende a um cargo burocrático que lhe exigia viajar com frequência pelo Brasil. Conheceu muitos estados do nordeste e sudeste. Quando estava em São Paulo, não conseguia parar de pensar em suas filhas “roubadas” e sempre colocava anúncios em rádios e jornais, distribuía folhetos, mas nunca houve resposta. Em uma de suas viagens ao Ceará, conheceu sua atual esposa, com quem tem dois filhos, um menino de 18 e uma linda menina de 2 anos (“a rapa do tacho”). Permaneceu neste emprego por cerca de 14 anos e, quando retornou a Porto Alegre, foi recebido com muita frieza por seu pai, que dizia, com certo rancor, que “não o conhecia”, por causa dos muitos anos de distanciamento.

Apesar do “gelo” do seu pai ter sido quebrado aos poucos, o relacionamento nunca mais foi o mesmo.

Conseguiu um emprego no estacionamento da Santa Casa. Com o passar do tempo, foi naturalmente assumindo o cargo de chefia, graças à sua grande capacidade de trabalho e ao seu jeito muito cativante. Logo ficou amigo dos grandes “figurões” do hospital - médicos muito famosos da cidade - com quem todo dia trocava uma palavrinha. Por vezes, uma piadinha para alegrar o dia, por vezes algum comentário sobre futebol, por vezes um cardiologista lhe alertando: “tu és uma bomba-relógio, um dia esse cigarro de mata!” ou “não sei como tu ainda não teve um infarto”. Afastou-se do seu trabalho há dois meses, quando as dores no peito constantes começaram a atrapalhar seu desempenho.

Há mais ou menos um ano e meio, em um desses dias que parecem comuns, ouviu alguém gritando “Pai! Pai” e, como todas as vezes em sua vida, logo procurou encontrar quem chamava. Foi com grande surpresa que viu duas mulheres, muito bonitas, vindo em sua direção. Logo reconheceu que se tratava de suas filhas. Teve certeza quando reconheceu também um cunhado da época, irmão de sua “hippiezinha”. Nesse momento, o depoimento invariavelmente se perde. Marco, como nas muitas vezes que contou essa cena da sua história, embarga a voz e deixa que muitas lágrimas contem a história por ele.

Encontrou mais algumas vezes suas filhas e ficou muito orgulhoso quando ficou sabendo que a mais velha formou-se em pedagogia na USP, e a mais nova está cursando engenharia na UFRGS. Alguns meses depois - precisamente há um ano - depois de

alguma insistência das meninas, aceitou encontrar com o seu primeiro amor. A “hippiezinha” continuava muito bonita, apesar da idade. Ele perguntou então se ela tivera outros filhos, ao que ela respondeu negativamente. “Até tentei namorar o tipo de homem que minha família queria, mas na verdade, tu foste o único que gostei”. Marco Antônio, apesar de ter um ótimo relacionamento com sua atual esposa - ótima mãe e companheira -, nunca conseguiu esquecer seu primeiro amor e a vida que poderia ter sido. “Aquilo foi demais pra mim! Uma semana depois eu enfartei!”

Nos últimos meses, Marco anda muito preocupado. Não tem visto as filhas, pois sua cearense “faca na bota”, ótima mãe e esposa, não aceitou o retorno inesperado das filhas desaparecidas. Bate o pé e afirma que se Marco Antônio voltar a se encontrar com elas, fugirá para o Ceará com seus filhos.

Meses depois, Marco já não está mais se encontrando com suas filhas perdidas...

Dia desses, a cearense faca na bota me procurou porque andava com dor nas costas. Comentou também que se preocupa com Marco. Fala demais sobre a tal da angina. Ele fez 8 cateterismos no último ano.

Fim do relato.

*Sou eu próprio uma questão colocada ao mundo e
devo fornecer minha resposta; caso contrário,
estarei reduzido à resposta que o mundo me der.
(Jung, 1961)*

Algumas problematizações

A questão que Marco Antônio colocou para o seu coração era outra no seu instrumento de busca. Não se tratava de cateterismos, eletrocardiogramas ou ecografias...

Se tentarmos compreender ou interpretar a produção de sofrimento em Marco, corremos o risco de cometer alguns equívocos, pois como diz Jung, acima, somente Marco pode fornecer uma resposta. Mas, podemos, apenas, refletir sobre as falas e os sentimentos que Marco nos passou.

O coração de Marco adoeceu, sim, os exames atestaram infarto. Esse coração era motivo de preocupação e angústia para Marco. Mas, a sua história pessoal registra outras dores muito fortes, as dores causadas por perdas, faltas, rupturas, sentimentos de desvalia, de tristeza e de infelicidade. A vida, nos seus fluxos, nos seus devires, nas incertezas, lhe trouxera surpresas desagradáveis, não importa se no plano real ou imaginário. Mas a vida que Marco registra e fala é atravessada por situações de vazio, desilusão, sensação de não pertencimento e de falta.

Podemos indagar que tipo de vida passava ou passa pelo seu corpo? Será que essa estória ou história de vida, sofrida em vários momentos, permite a passagem dos impulsos, desejos, afetos e diferentes intensidades, que vem do corpo? Será que Marco não está nos falando também de seus desejos, sonhos e até fantasias que a vida de alguma forma cerceou por razões diversas, sejam históricas e sócio-culturais, através estigmas, preconceitos, relações de poder, limitações humanas, enfim...? Nos parece que antes do coração em si ter ficado doente, a vida em Marco, a vida no corpo Marco estava sofrendo. O que podemos ajudar em Marco, que dor ou que doença deve nos mobilizar, a dor no coração ou a dor do *corpovida*?

CASOS CLÍNICOS

2º Caso: usuária fala

STELA ⁹

Depois de uma semana de empurra para lá e para cá, chegamos à conclusão: Livvy escreve.

Não gosto de escrever com caneta, gosto de poder excluir o que é redundante. E também o que não é. Excluo o que não me agrada, nem me apetece, nem combina e outros nem.

Experimentarei ser didática, se bem que isso seja coisa da Marion.

Bom, acho que a personalidade merece dois adjetivos: paradoxal e criativa. Penso que essa coisa de múltipla personalidade é insólita - criativa. Sou uma personalidade, uma figura única e só. Não consigo fazer meu cérebro funcionar juntando todos os pensamentos, os pedaços. Aí, surge o paradoxo.

Fica assim:

- 1 – Stela, que deveria ser o tudo junto,
- 2 – Marion, a chefe,
- 3 – Geneviève, sabe tudo sobre os mistérios, só não entortar colher,
- 4 – Maurício, que ajuda a Marion a colocar ordem na casa, ele viaja muito,

⁹ Usuária do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

5 – Eu, Livvy, prá passar por cima, ou melhor, prá derrubar o portão, precisa passar por mim. O problema é que pegam a Stela e massacram. Vou dar um exemplo bem recente:

O psiquiatra que entrevistou no posto de saúde quis entrevistar a Stela, se tivesse mais delicadeza até conseguiria. Mas não deu certo. A Stela é doce e delicada, é frágil e ele foi um porco-espinho. Só sabia perguntar: em que data, em que data... Eu avisei a Stela – te prepara que é mais um que vem com a tal intenção de diagnosticar SIMULAÇÃO (bem assim, com letra maiúscula, porque psiquiatra estudou, sabe tudo, a não ser que seja dissimulado, hehe...)!! De nós, só defendo a Stela.

Bem, fugi do assunto, mas é bem assim que eu tomo conta da coisa toda. Então, o corpo presente era da Stela, o cérebro deveria ser o da Marion, mas ela nem compareceu. Aí, fiquei com raiva e blá-blá, fiz uma salada mista só para me divertir. Roguei praga até para vó do doutor, deixou a Stela desorientada. Precisei cuidar dela, ainda estou cuidando. Quando eu descanso, fica a Marion, que eu confio e não confio – ela tem fissura pelo intelectual. Com ela, o negócio é tudo o que termina em IA: filosofia, sociologia, psíquias, poeiras, livrarias, ela me cansa, só quer papo cabeça e sobra para mim o pesado. Se a Stela tá bem posso contar com ela (ela, a Stela). O problema dela é a escuridão. Vive no escuro, encolhida, se intimida até com barulho de formiga no mel. Às vezes, soco a cabeça dela e depois fico mal. Tem dias que nem agüento, é preto total, preciso dar no pé. Não é certo, mas se eu ficar vamos todas para queda da cachoeira. Aí, só chamando a Gene. Essa é outra questão. A Gene sabe mexer com os dois lados, com um dedo constrói e destrói. É melhor sempre entrar num acordo com ela, tem um armário de ervas benditas e malditas, sobe a pé qualquer colina e não deixa ninguém na mão.

Deixa eu ver, falta o Maurício. Ele é arquiteto, trabalha com restaurações e quase nunca está, viaja por aí. Se acerta melhor com a Marion. Eu saio sozinha sem problema, mas quando ele vai comigo, impõe respeito. Normalmente, quando o Maurício vem saímos todos juntos.

Bom, sei lá se fui clara. O certo era a Marion escrever, ela é que sabe a gramática coisa e tal. Se eu me esforçar também acerto, o problema é a preguiça.

Esqueci da maneira de vestir. Nenhuma veste a roupa da outra. Esse é o acordo.

Livvy

P.S. Taí, se esse escrito servir para juntar todas as gavetas e transformar numa gavetona com seus devidos departamentos sem parede alta, valeu de alguma coisa. Depois que joguei na cara do D.L. a porcaria do tal livro *Temperamento Forte e Bipolaridade* me prometi ficar quieta, no meu canto. Esse mundo de loucos é traiçoeiro e é sempre bom lembrar de não confundir o pé esquerdo com o direito ou... ó... lá vem não sei de onde um mercenário tentando enriquecer em...

ENCONTROS

Algumas Problematizações

PAULA XAVIER MACHADO¹⁰

*la pasión no se analiza,
con la pasión se analiza
(grafite anônjimo)*

Implicada com a tarefa de escrever sobre a produção do grupo “Clínica Ampliada”, ao longo do ano, penso que não há como deixar de escrever sobre como foram meus encontros com a Stela, autora de um dos textos (o anterior) desta publicação.

Stela chegou ao nosso serviço de saúde sofrendo e querendo explicar a nós por que sofria. Inicialmente, chegou ao grupo de acolhimento em saúde mental para adultos e, desde lá, nos desacomodou dos nossos lugares instituídos de profissionais da saúde.

Stela é esta que se apresentou a vocês através da sua produção escrita e não há outra melhor maneira de apresentá-la do que através de seu próprio texto. Ela não nos procurou buscando respostas para seu problema, pois, ao longo dos últimos 20 anos, várias tentativas de respostas já haviam sido dadas a ela. Já buscara tratamentos, serviços de saúde e profissionais nos mais diversos espaços e cidades. Particularmente, a ida dela a mais um destes serviços, o nosso, teve a função de, ainda que sem querer, provocar-nos, incitar-nos, fazer-nos pensar.

Stela é um indivíduo que, como todos nós, ao longo da vida, deparou-se com papéis a desempenhar. Ela possui formação profissional em saúde, é enfermeira, mas

¹⁰ Psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

nunca desempenhou satisfatoriamente esta função, não se adaptou às exigências da lógica tradicional do trabalho em saúde e, portanto, não foi aceita desta forma.

Stela fragmentou-se então nos seus cinco personagens, de modo a tentar dar conta de seu sofrimento psíquico, assim como para conseguir ser aceita independente de onde estivesse. A Stela fragmentada dá conta destes “papéis” satisfatoriamente: é mãe, trabalhadora, foi esposa, é amante, é mulher. Ela encontra o seu lugar onde quer que vá... Escolhe um nome, uma roupa, uma voz... apresenta-se de diferentes maneiras, dependendo da pessoa a quem se dirige ou do lugar que ocupa. Mas, por isso sofre! Sofre porque não é inteira, sofre porque não é aceita inteira... No serviço de saúde, no ambiente profissional, perante os compromissos sociais, deve ser diferente daquela que sai para se divertir, que namora, que tem vícios...

A perspectiva de uma outra clínica: O *Corpovida*

O grupo da “Clínica Ampliada” foi o principal supervisor do “caso” da Stela, foi um lugar no qual ela foi escutada, através de mim, e que também aprendeu com ela. O convite para que pensássemos num *corpovida* foi ousado, no sentido de ampliar o conceito do indivíduo que busca um serviço de saúde, na medida em que este passa a ser entendido em sua integralidade, nas dimensões biológica, fisiológica, do pensamento, filosófica e histórica (Ziegelmann, 2008). O *corpovida* permitiu que a Stela fosse entendida como uma, como um corpo que vive, o que torna dispensáveis atributos como doente, paciente, cliente, usuária de um serviço de saúde. A Stela “gente” é um corpo único, que pode ser o quê ou quem ele quer ser.

O corpo, na clínica tradicional, está segregado da consciência. Não há espaço, no corpo, para os desejos, os afetamentos, a sensibilidade e a criatividade. O corpo é físico e, desta forma, pode ser consertado, reparado, ter prolongada a sua validade. Já na perspectiva da clínica do *corpovida*, os afetos, desejos, pensamentos, intensidades estão no corpo e a consciência deixa de estar segregada e passa a fazer parte do corpo, no cérebro (Ziegelmann, 2008).

Campos e Amaral (2007) sugerem que a clínica seja baseada no trabalho como um “neo-artesanato”. O objeto de trabalho dessa clínica está além das doenças e inclui os problemas de saúde das pessoas. Assim como o *corpovida*, os autores pensam que não existe doença ou problema de saúde que não esteja “encarnado” em sujeitos, em corpos.

Paulon (2004) preconiza que a clínica, desde uma nova perspectiva, deve escutar e analisar cada demanda de forma singular e, a partir delas, captar novas formas de expressão. O clínico seria um acompanhante na “tarefa inventiva de novas estratégias existenciais”. Fazer esta clínica ampliada implica em remexer novas formas de estar no mundo, que estas sejam potencializadoras de vida e produtoras de saúde e não formas que impossibilitem, que amarrem, que “podem” o sujeito. A Livvy, uma das personagens da Stela, podada, só se manifesta onde sabe que é aceita. A Stela inteira não pode ser o que é, perante o profissional que a julga, é uma Stela sem desejo. Ela deseja? Se sim, por que não pode desejar o que deseja?

E o corpo da Stela? É corpo máquina? É *corpovida*? O que quer ser este corpo? Esta resposta vem da própria escrita da usuária, que sabe o que quer: “juntar todas as gavetas e transformar numa gavetona com seus devidos departamentos sem parede alta” (Stela, 2007). Este então passou a ser o objetivo dos meus encontros com ela. Permitir que o *corpovida* emergisse aos poucos, de modo a diminuir tais paredes.

A Stela ainda vai ao serviço de saúde e prefere que eu a chame de Stela – não porque este é um de seus personagens, mas porque é seu nome de registro, a maneira como todos a conhecem. Ela, além de usuária, assim como eu, também foi convocada a escrever. Foi convidada para participar de um projeto, provavelmente no “papel” de co-autora de um livro e para isto aventura-se também no mundo da pesquisa. Além disso, virou autora de um dos textos do livro do grupo da Clínica Ampliada. Eu não sei como andam as paredes da gavetona da Stela, se as paredes diminuíram ou cresceram, mas ela parece estar mais tranqüila com a sua gaveta departamentalizada.

Referências bibliográficas

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, jul/ago 2007, p.849-859.

PAULON, Simone Mainieri. Clínica ampliada: Que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, Tânia Mara Galli & ENGELMAN, Selda (Orgs.). *Corpo, Arte e Clínica*. Porto Alegre: UFRGS, 2004, p. 259-273.

STELA. Comunicação pessoal, 2007.

ZIEGELMANN, Luiz. *Corpovida*: um novo conceito em saúde. Comunicação pessoal, 2008.

CAPÍTULO 1

Conceito e Cultura

LUIZ ZIEGELMANN¹¹

A produção de uma outra cultura profissional em relação à clínica, que busque intensificar a vida que passa pelo corpo, nas suas diferentes intensidades, pulsações e potências, tem como grande desafio a mudança cultural, ou seja, dar outro valor e sentido ao nosso entendimento do que seja saúde, quando associamos esta à intensificação da vida. Portanto, a compreensão de que a ausência de doença não é garantia de vida, assim como ter saúde também não o é. Não basta estarmos acordados para termos vida e nem um corpo “biologicamente/organicamente” saudável, com suas peças mecanicamente funcionando bem, pois teremos que tipo de saúde se a vida que passa por este corpo biologicamente estável é contida, triste, sem desejos, sem prazer, sem sonhos?

A criação de algo diferente, como um novo conceito, vai depender da nossa convicção na potência das idéias. Deleuze (apud Vasconcellos, 2005) dizia que a criação depende de uma idéia. Este livro pretende trazer novas idéias e inquietar velhas idéias ou pensamentos, para que algo novo possa emergir, ter seu espaço na vida, poder circular, fluir de outro modo. No campo da saúde, no espaço da clínica, principalmente no âmbito da medicina, as idéias estão mais associadas à criação de novos procedimentos terapêuticos e novas tecnologias. No nosso entendimento, estas criações visam menos cuidar e intensificar a vida da pessoa que sofre e mais compreender a saúde como uma condição necessária e associada à força de trabalho, em que o corpo deve estar apto, “saudável”,

¹¹ Mestre em Psicologia Social e Psiquiatra do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Professor Assistente da Faculdade de Medicina da PUCRS.

para o trabalho, produção de algo, um corpo máquina e não um corpo de experimentação, de movimentos de vida, de impulsos e desejos.

Nesta perspectiva da clínica do *corpovida*, é preciso cuidar do corpo para que a vida se expanda. Não basta somente aliviar sintomas ou tratar doenças, pois isto não significará que o corpo esteja bem se a vida do corpo está capturada, refém, esmagada, fragilizada por diferentes circunstâncias do viver. Sendo assim, podemos dizer que produzir saúde depende do tipo de vida que, concomitante, está sendo intensificada. Caso contrário, muitas ações e esforços em saúde podem ter implicações apenas simbólicas.

Quando aprendemos nos bancos acadêmicos que o conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde, em 1948, é: “o completo bem estar físico, mental e social”, não nos damos conta, naquele momento, que este conceito não se refere ao corpo na perspectiva tomada aqui, mas remete a uma condição de saúde somente do plano da consciência, como se fossem circunstâncias que estão fora do corpo e não nele ou como se fossem produzidas automaticamente. É claro que este é um modelo capturado por uma idéia universal de saúde e que contém um valor moral, mas não contempla cada cultura que, com suas singularidades, pode produzir outro conceito.

Para que um outro conceito tome força e significado, faz-se necessário compreender que o corpo está em contínuo processo de interações e trocas com os diferentes vetores e cenários existenciais, que agem e interferem em possibilidades maiores ou menores de intensificação da vida. É preciso um olhar atento através da história para compreendermos que a vida, em sua intensidade e potência, tem sido desvalorizada ao longo dos tempos. Ao olharmos atentamente para história do Ocidente, nos damos conta que cada época produziu diferentes epistemes, bem como infinitas subjetividades, que atravessaram todo o fazer humano, seja ele econômico, político, cultural, familiar ou pessoal. Uma estratificação genealógica da história do Ocidente se faz necessária para percebermos as relações de poder/saber que permitiram a determinadas subjetividades sobreviverem em detrimento da morte ou da marginalidade de outras.

No Renascimento, a Física de Galileu promoveu uma revolução, ao retirar a subjetividade dos conceitos, tornando-os privativos da Física, levando a um esvaziamento das palavras. Este movimento impulsionou as Ciências Exatas a se tornarem o grande paradigma de todos os outros campos do conhecimento. As palavras passaram a ter valor pela sua denotação e não mais pela sua conotação, como fora na Antiguidade, ou seja, as Ciências Exatas buscaram a precisão e a exatidão. O universo paradigmático newtoniano exorcizou todos e quaisquer conhecimentos míticos e místicos da esfera do conhecimento científico, pois tudo deveria ser organizado, previsível e preciso como um relógio. O que vimos a partir de então, foram séculos de uma gradual desqualificação de todo o conhecimento associado à intuição, ao sensível e à cultura popular, culminando com a vitória das luzes sobre as trevas na Modernidade, ou seja, a razão iluminista se firmava para trazer a luz do esclarecimento para um mundo de barbárie. O conhecimento havia sido limpo de toda a ignorância para buscar o “verdadeiro” conhecimento universal.

A Modernidade nascia com estados europeus fortes prontos para organizar o povo e conquistar novos territórios. Novas instituições eram criadas para controle do povo, como por exemplo, as prisões e as “work houses”. Entre estas instituições disciplinadoras, permanecia a Igreja com seu papel pedagógico de doutrinar os fiéis. A

noção de pecado e de culpa era disseminada pelo povo produzindo subjetividades enfraquecidas, domesticadas, escravizadas que favoreciam o bom andamento do Estado. Na sociedade soberana, como bem nos mostra Foucault (1979), o homem era livre até se chocar com a vontade do soberano, enquanto que na sociedade disciplinar, ele era controlado e domesticado para desempenhar as funções a ele atribuídas. O homem ideal vitoriano era educado, correto, disciplinado, honrado. A ordem e o dever eram os preceitos. Os sentimentos humanos (de fraqueza, dor, tristeza, espontaneidade, empatia), a sexualidade, o feminino eram desvalorizados e reprimidos. A ciência continuava a sua caminhada em busca da exatidão e precisão na compreensão dos fenômenos, fossem eles físicos ou sociais, através de determinismos e reducionismos fenomenológicos. O mundo capitalista começa a emergir com a necessidade de acumulação de capital. O estímulo do jovem mundo capitalista era a poupança e a contenção dos desejos.

Passados alguns séculos, o que vimos foi uma inversão desse processo de estímulo à acumulação de capital. Hoje, o que temos é o estímulo ao consumo e à busca frenética pela realização dos desejos, permeados por relações humanas desprovidas de alteridade¹². O Outro, que não sou Eu, pede passagem. Ele é um estranho, se não o reconheço como um igual a mim, não há passagem para ele.

Nesse mundo em que a prioridade é o “Ter” e não o “Ser”, a vida acaba se transformando num jogo, numa disputa, nas buscas narcísicas, na falta de alteridade. A vida fica comprometida na sua capacidade de realização, nos seus devires, diante da frieza de um universo indiferente, dos vazios interiores pela falta de sentido, produzindo desertos emocionais, grandes lacunas existenciais, falta de tempero no viver em que se perde a si mesmo. Não nos encontramos, ficamos distantes de nós mesmos, quando não nos temos, perdemos a capacidade de ir e vir, de desejar, da nossa vontade de potência para a vida.

O que temos é um mal estar na civilização do sujeito moderno, segundo Baumann (2001). O mesmo homem que produz um desenvolvimento fascinante através da ciência, que cria o avião como meio de transporte ágil, rápido, para transportar pessoas e diferentes cargas num tempo menor e encurtando distâncias, utiliza o mesmo transporte para levar uma bomba atômica que provoca a destruição de uma cidade e faz desaparecer milhares de seus habitantes. O mesmo homem que inventa a dinamite para perfurar solos e preparar terrenos para a construção de casas, edifícios, utiliza esta dinamite para destruir as pontes que servem de passagem e possibilitam aos homens cruzarem por rios e mares para chegar aos seus locais de trabalho, moradia e outros fins.

Ou seja, que razão é essa que, ao mesmo tempo em que possibilita aos sujeitos criarem coisas fantásticas, é capaz de provocar a destruição, o aniquilamento de seus semelhantes? Vivemos uma crise histórica de valores morais, uma indiferença com o outro, com aquilo que a alteridade pode contemplar, que é conhecermos e apreendermos com o outro.

Este mundo está em desacordo com a perspectiva nietzschiana, pois sendo o homem para Nietzsche (1992, 1994) uma vontade de potência relacional, ele está sempre em consonância com o mundo e com os outros impulsos que o circundam, possibilitan-

¹² Alteridade: do latim “alter”: outro. Alteridade é a condição do outro em relação a mim.

do, dessa maneira, sempre novas possibilidades de vida. Mas, para que novas possibilidades de vida apareçam em nosso mundo e em nossas próprias existências, é preciso que este homem produza de outro jeito o real. Sendo que este real pode ser avaliado a partir do conceito de vontade de potência, se tomarmos a vontade como força de criação. Portanto, como produtora de nossa existência, que implica em juízos de valor e que dão sentido à vida.

Nesta perspectiva nietzschiana, não tendo valores eternos, sendo os mesmos históricos e sempre se produzindo, os mesmos não contêm um valor em si, mas resultam de uma criação do homem. Se os valores hegemônicos são valores que aprisionam a vida ou criam condições desfavoráveis à mesma, como a culpa, ressentimento, indiferença moral com o outro, enfim, é preciso uma transvalorização dos valores propostos por Nietzsche (1998) como forma de dar outros sentidos a nossa existência. Já a vida doente é a vida enredada por valores que a intoxicam, obstruem, empobrecem, necessitando des-envolvimento¹³, soltura, liberdade, para recuperar a sua potência criadora e produzir novos valores.

O conceito de *corpovida*, proposto neste livro, opera dentro da possibilidade de contribuir para um viver mais livre, mais criativo em que a compreensão de uma outra subjetividade, não mais centrada na racionalidade do cogito cartesiano “eu penso, logo existo”, que resultou em manifestações de identidades rígidas, sólidas, bem definidas para uma outra concepção de subjetividade, a partir do corpo como unidade maior e não a consciência.

Referências bibliográficas

BAUMANN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

NIETZSCHE, Friedrich. *O Nascimento da Tragédia ou helenismo e pessimismo*. Trad., notas e posfácio de J. Guinsburg. São Paulo: Companhia das letras, 1992.

NIETZSCHE, Friedrich. *Assim falou Zaratrusta: um livro para todos e para ninguém* Trad. Mario Silva. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

NIETZSCHE, Friedrich. *Genealogia da moral: uma Polêmica*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

VASCONCELOS, Jorge. A Filosofia e Seus Intercessores: Deleuze e a Não-Filosofia. *Educ.Soc.*, Campinas, v.26, n.93, Set./Dez. 2005, p.1217-1227.

¹³ Des-envolvimento é diferente da ideia de evolução ou progresso, no sentido de uma direção pré-determinada ou de uma sequência de configurações.

CAPÍTULO 2

Corpovida

LUIZ ZIEGELMANN¹⁴

O conceito de *corpovida* é utilizado por nós mais como um conceito força, na busca de criar tensões em territórios rígidos, em concepções fortemente arraigadas a princípios deterministas, apegados a razões puramente históricas fundadas numa modernidade em que a subjetividade produzida é o não eu, ou o assujeitamento do eu (corpo) pelas relações de poder, em que a hegemonia vem da razão, do consumo, da moral dominante (judaico-cristã) e do tempo cronológico, que são os Deuses atuais, que fazem com que o corpo passe a ser controlado, domesticado. O *corpovida* deve ser compreendido pela multiplicidade que insere como corpo biológico, fisiológico, antropológico, filosófico e histórico, mas também pela força, vontade de potência inerente ao vivo, que se revela pelas intensidades, impulsos, desejos, sentimentos, pensamentos desse corpo.

O corpo doente acontece quando a vida está enredada por valores que a intoxicam, a obstruem, a empobrecem, necessitando des-envolvimento. Nesta perspectiva, tomando o conceito da vontade de potência para Nietzsche (apud Naffah Neto, 1994), é a vida que está doente, logo, o cuidado é pela vida. A vida doente produz um trancamento ou represamento daquilo que vem do corpo e deveria circular livremente, com as diferentes intensidades, impulsos, afetos, sentimentos e pensamentos. Esta contenção do que vem do corpo, inibindo movimentos, fluxos, passagens vai se voltar contra o próprio corpo, afetando, machucando, enfim provocando o adoecimento do corpo, de diferentes formas.

¹⁴ Mestre em Psicologia Social e Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Professor Assistente da Faculdade de Medicina da PUCRS.

A vida

A intensidade e potência da vida dependem de alguns elementos imprescindíveis e vitais para um viver mais leve e mais alegre, como a condição de autonomia e o sentimento de liberdade.

Se pegarmos a primeira condição, talvez a mais fundamental da vida humana, que é a autonomia, esta possibilidade de independência em relação ao que se deseja para si próprio, podemos compreendê-la a partir da própria organização do ser vivo, onde esta condição é inerente ao vivo ou à vida, como temos na descrição do conceito de autopoiese de Maturana e Varela (1997).

Para estes autores, o aparecimento dos seres vivos começa com a formação dos planetas, onde um contínuo processo de transformação química produziu uma grande diversidade de espécies moleculares, tanto na atmosfera quanto nas superfícies da crosta terrestre. Devido à acumulação e diversificação das moléculas formadas por cadeias de carbono ou moléculas orgânicas, chegou-se também à situação na qual era possível a formação de sistemas de reações moleculares de um tipo peculiar. É precisamente a diversidade morfológica e química dessas moléculas que torna possível a existência de seres vivos, ao permitir a diversidade das reações moleculares envolvidas nos processos que a produzem.

Devido à diversificação e plasticidade possíveis na família das moléculas orgânicas, tornou-se por sua vez possível a formação de redes de reações moleculares, que produzem os mesmos tipos de moléculas que as integram e, também, limitam o entorno espacial no qual se realizam. Essas redes e interações moleculares, que produzem a si mesmas e especificamente seus próprios limites, são os seres vivos.

Quando falamos dos seres vivos, já estamos supondo que há algo em comum entre eles, do contrário não os colocaríamos na mesma classe que designamos com o termo “vivo”. Mas qual é a organização que os define como classe. Os seres se caracterizam por – literalmente – produzirem de modo contínuo a si próprios, que Maturana e Varela (2001) chamam de organização autopoietica, unidades autônomas em que, além dos componentes moleculares de uma unidade autopoietica estarem dinamicamente relacionados numa rede contínua de interações químicas, também ocorrem transformações ditas de metabolismo celular que produzem componentes e todos eles integram a rede de transformações que os produzem. Por exemplo, uma membrana, ela não apenas limita a extensão da rede de transformações que produz seus componentes, como também participa dela. Logo, é muito interessante que esse metabolismo celular produza componentes e todos eles integrem a rede de transformações que os produzem. O ser e o fazer de uma unidade autopoietica são inseparáveis e isso constitui seu modo específico de organização.

Corpo biológico

Numa perspectiva biologicista, o corpo é compreendido a partir da doença ou patologia, “uma anormalidade”. Se pegarmos a palavra patologia (páthos e lógos), um

dos significados de páthos é o de “mudança produzida nas coisas” e o termo patologia é o ramo da medicina que se ocupa da natureza e das modificações estruturais e/ou funcionais produzidas pela doença no organismo.

Nesta perspectiva, este corpo humano passa a ter linguagem própria, com signos apreendidos num sistema lógico que correlaciona eventos tissulares à teoria da linguagem. Este “corpo doença” toma o sentido de uma representação ou espacialização numa lógica do tempo cronológico. A diferença entre um acontecimento e aquilo que acontece é sua natureza. O acontecimento é da ordem do tempo, mas de um tempo livre de numeração não pensado matematicamente, cronológico e sim qualitativamente. O tempo da doença é cronológico, neste sentido, o acontecimento referido no tempo cronológico passa a ser apenas aquilo que acontece. No tempo não cronológico não se representa, porque nele não há realidade objetiva nas diferenças de passado, presente e futuro, próprio paradoxo do tempo, em que o acontecimento é o próprio movimento.

A ciência, ao estabelecer um plano de referência nos acontecimentos, os retira do tempo e os coloca no espaço. E, não se espacializa sem representar. Talvez haja um “adoecer”, com conceitos a serem concebidos, mas o que interessa para estes autores são os sentidos possíveis deste adoecer. Por exemplo, uma pessoa com AIDS, desnutrida e com tuberculose não pode ter, para nós, sua doença definida pela série de eventos patológicos e epidemiológicos do nosso paradigma de doença. Que série de agenciamentos, ou melhor, que tipo de “acontecimentos outros” se deram e que deles só percebemos os espaços clínico e epidemiológico? Será eficiente este paradigma? E se não for, será que nos faltam formas melhores de espacializar? E, que “acontecimentos”, que singularidades ocorreram, mas que só foram conhecidas como AIDS?

No mundo capitalista, o tempo é tomado numa outra dimensão, é o tempo lógico, mecânico, é o tempo das horas marcadas, do início, meio e fim, tempo controlado pelo relógio, tempo de produção, onde o corpo faz parte de uma engrenagem, dentro do processo produtivo, corpo tomado como força de trabalho, que para ser plena e otimizada, este corpo deve estar funcionando bem, como uma máquina, conjunto de peças de reposição, que precisam ser reparadas ou substituídas para que o corpo máquina possa continuar produzindo. É o corpo controlado pela tecnologia de produção capitalística. Aqui o que está capturado é a consciência na sua forma gregária de ser. O corpo é reparado, concertado para prolongar seu tempo mecânico e útil de vida. Não importa a vida que passa por este corpo, os diferentes sentidos do sofrimento. O que importa é que este corpo possa estar “de pé” e começar a funcionar. Desejos, sensibilidade, criatividade não estão contemplados nesta perspectiva do saber científico que comporta esta tecnologia.

O *corpovida* numa perspectiva nitzschiana

Nietzsche (1994) concebe o corpo como uma unidade organizada de relações complexas de aliança e oposição entre as células, tecidos, órgãos e sistemas. Elege o corpo como fio condutor e ponto de partida para uma nova concepção de subjetividade. Nesse aspecto, está a multiplicidade com um só sentido. O corpo é uma pulsação ativa e desativa em constante compasso, em que se agitam no ir e vir incansável, afetos, sentimentos, instintos – emaranhado de relações entre si de acordo com um fluxo e refluxo de suas ações.

O sofrimento ou a doença, na perspectiva nietzscheana, está no corpo, este aqui compreendido como um corpo que abriga muitas coisas além da pele e órgãos: tem sensibilidades, sentimentos, afetos, vontade de potência, pensamento, devires. Corpo tem produção histórica, social e cultural, através das relações de poder, das diferentes circunstâncias do viver, incluindo aí os afetos, a arte, o trabalho e todos aqueles aspectos e vetores existências que acabam produzindo algum sentido no ser humano.

Nietzsche (1992) no século XIX atacou vigorosamente os “desprezadores do corpo” sustentando que somos “integralmente corpo” e fala de novas possibilidades de vida, isto é, através de fluxos de vida, formulada através dos impulsos estéticos (impulsos apolíneos e dionisíacos).

Podemos tomar o conceito de impulsos, como forças também, pois estas tendem a exercer-se como podem, agindo e resistindo sobre outras, irradiando uma vontade de potência. Esse conflito incessante estará em fluxo e refluxo, ganhando uma dinâmica expansiva e de transformação. Nesse sentido, o impulso (força) é entendido como um efetivar-se, pois é o seu próprio fazer-se e tem caráter relacional.

A partir desta compreensão de impulso, podemos pensar o significado do conceito de vontade de potência em Nietzsche (apud Naffah Neto, 1994). A vontade de potência é o resultado de um “jogo de forças”, com um afeto de comando presente em toda a manifestação da vida. Logo, podemos dizer que, pelo olhar de Nietzsche, a vontade de potência é geradora de vontade de vida, pois somente onde existe vontade há vida. Donde podemos concluir que vida e vontade de potência se identificam. Pode-se compreender também, a partir daí, que somente irá existir um querer, impulso, vontade de potência se algo existir, isto é, se houver um ser vivo.

Quando estamos falando em vida, mundo, ser humano, atividades orgânicas o que na realidade estamos determinando são as múltiplas manifestações dos impulsos da vontade de potência que neles se efetivam. Podemos concluir também que vontade, para Nietzsche (apud Naffah Neto, 1994), é antes de tudo força de criação. Para que novas possibilidades de vida transbordem em nosso mundo e em nossas próprias existências, o importante é que o ser vivente seja um criador, ou seja, aquele capaz de produzir o real.

A partir do conceito de vontade de potência surgiu uma nova forma de avaliação do real, já que nossos instintos correspondem à vontade de potência e esta determina as condições de nossa existência; que, por sua vez, implicam juízos de valor. Conseqüentemente, podemos compreender que avaliar é determinar a vontade de potência que dá um determinado valor à coisa. Dessa maneira, cada ser vivente precisa estimar/valorar a partir de si, de sua perspectiva própria tudo que o rodeia. A partir disso, Nietzsche não acredita mais em valores eternos – os valores são históricos, devires. Logo, os valores não têm uma existência em si, são resultantes da produção do homem.

Para Nietzsche (apud Deleuze, 1976), não será o próprio homem quem fará a avaliação, mas a própria vida é que avaliará, já que o ser humano não é critério para avaliar os valores e sim a vida. Podemos aqui também pegar os preceitos da bioética que toma a vida como valor maior.

É somente a vida como vontade de potência que estratifica os valores ao modo perspectivo, que engendra novos caminhos de significação. Portanto, pode-se concluir

que é a própria vida que avalia por nosso intermédio. Neste sentido, Nietzsche (apud Naffah Neto, 1994) valoriza os impulsos, subordinando o homem ao objetivo da vida, que é a intensificação de potência.

O ser como vontade de potência, criação de novos valores, afirma-se na sua própria criação, pois, ainda é possível a criação de novos valores à medida que se redescobriu que não existe um valor em si, mas a pluralidade dos mesmos, assim como a pluralidade dos sentidos do ser. Defini-se assim um devir criativo das forças, um trunfo da afirmação da vida, desta vida terrena múltipla e em constante movimento.

A clínica do *corpovida*

A clínica do *corpovida* deve cuidar do corpo na sua dimensão histórica, social, cultural e subjetiva e não somente cuidar do corpo enquanto corpo sintoma ou doença, corpo órgãos, numa perspectiva apenas médica e biologicista. Esse cuidado, porém, remete à construção de outra clínica que vá além da interpretação de sinais e sintomas, pois sendo o homem um ser que introduz sentidos às coisas, não descobre as coisas, apenas interpreta, quando interpreta, ele atribui valores às coisas. Na clínica ocorre o mesmo, ou seja, o diagnóstico é a interpretação de sinais e sintomas.

Ao mesmo tempo, se pensarmos na clínica como lugar que busca dar sentido, que cria valores, nesta perspectiva é uma clínica inventiva e não que contém uma verdade. Portanto, uma clínica em constante devir, inacabada, flexível, aberta. Nesta perspectiva, a interpretação é tomada como arte. Mas, somente esta perspectiva da clínica não é capaz de produzir aquelas condições que favoreçam a produção de novos modos de existência.

A clínica capaz de produzir novos agenciamentos de vida só é possível numa abordagem transdisciplinar, que possibilita falar de múltiplos atravessamentos de saberes na clínica. A subjetividade aí é entendida dentro do contexto dinâmico da produção social, cultural e histórica. Nesta perspectiva, temos a possibilidade de agenciar a potencialização de novos devires, rompendo com a esterilidade da vontade de potência. Um movimento que rompe com o conceito de estrutura psíquica universal e busca a capacidade de não somente agir, mas também de agenciar vários caminhos.

Quando a política dos acontecimentos (social e cultural) permeia o campo clínico, é inevitável que se produzam oposições às subjetividades que normatizam, assujeitam e produzem uma cultura estéril, mutilando as múltiplas formas de vidas e seus desejos. Neste contexto, o desejo deve ser entendido como algo que pode ser revolucionário, não sendo, portanto esse desejo aquele da falta. Partimos então para construir uma perspectiva na qual através do processo terapêutico se produzam outras formas de enfrentamentos, para que a vida possa fluir com mais leveza.

O mapeamento das forças em devir, segundo Naffat Neto (1994), permite a construção de intervenções através de dispositivos e estratégias capazes de trazer à cena outras formas de relações e práticas que questionem a naturalização dos acontecimentos sociais, culturais e históricos. Os processos de naturalização despotencializam os movimentos de agenciamentos de novos devires, colocando o sujeito em um processo de

fragilização, vitimização e tristeza. O que temos é uma perspectiva dos estados transitórios que não permite a diversidade, mas a semelhança, a repetição e a exclusão. Tudo é naturalizado como se fosse sempre assim, e não como fruto de produções sociais.

A prática clínica deve tentar trabalhar com uma visão desnaturalizadora das forças que esterilizam a re-produção de devires. Devemos promover na práxis um agenciamento que possibilite o reconhecimento dos fluxos e atravessamentos institucionais, como diz Foucault (1983), que imobilizem e enfoquem a questão do coletivo em nós, em oposição ao individualismo, produzindo desejos que impulsionem no sujeito a vontade de potência. Essa vontade se materializa através da experimentação de novas situações de vida, em que outros agenciamentos e enfrentamentos coloquem em análise e tensione aquelas circunstâncias que aprisionam e engessam a possibilidade de novas subjetivações. Portanto, esta clínica deve ser de experimentação, que dê vazão àquilo que vem do corpo, para que a vida possa fluir livre, dando lugar ao intempestivo, inusitado, enfim, para que a vontade de potência se exerça na sua plenitude.

O profissional de saúde nesta clínica

Vamos tomar aqui, como referência para se pensar num profissional que poderá responder à possibilidade da construção de uma outra clínica no contemporâneo, que intensifique a vida, um profissional de saúde tal qual o perfil do médico que Spinoza (apud Teixeira, 2003/2004) propunha: mais uma reedição da velha figura do sacerdote, cujo papel junto ao paciente era a prática de uma “maiêutica da alegria”, ajudando a parir a Grande Saúde em seus pacientes, que deixam de ser pacientes, entrando na posse de suas potências... A Grande Saúde ou Ética em Spinoza (apud Teixeira, 2003/2004), enquanto vivência da felicidade, da liberdade e da verdade. Ética decorre do desejo de conhecer e compartilhar com os outros, o “bem imperecível capaz de se comunicar igualmente a todos”.

Para Spinoza, o maior problema de saúde da humanidade é a inapetência ou a diminuição das potências e da alegria de viver, cuja expressão mais eloqüente e atual é, sem dúvida, a verdadeira epidemia de quadro depressivos que flagela as sociedades modernas – as quais reconhecemos como sociedades permanentes e intensivamente irradiadas pelos mais diversos signos de diminuição de potência, que nos são, entretanto, muitos deles, oferecidos como promessas de salvação, mas que, na nossa realidade, são somente novas servidões, alegrias sem consistência, incapazes de nos conduzir a uma autodeterminação positiva de nossas potências.

O profissional de saúde, assim como o médico espinosano, deve ser um facilitador no nosso processo de busca do que realmente precisamos para ser felizes, e um crítico amigo das soluções ilusórias que vamos nos apegando pelo caminho. Apesar da sua experiência e sabedoria, ou melhor, por causa delas, o médico espinosano não traz a resposta, mas é aquele que não nos deixa esquecer da pergunta: quais, realmente, os corpos e as idéias que nos convém, quais os afetos de autêntica alegria? A missão do médico espinosano deve ser, em primeiro lugar, garantir as condições para que estes violentos conflitos (lutas passionais e coletivas) sejam o menos sangrentos e dolorosos

possíveis, permitindo sempre que “alguma alegria seja salva”. Sua arma principal: o conhecimento (dos afetos, das paixões), pois só a alegria dá potência suficiente para conhecer.

Então, a grande questão do trabalho profissional, nesta perspectiva do médico espinosano, é: quais os afetos que efetivamente aumentam a potência da vida, quais os afetos de alegria consistente?

Referências bibliográficas

DELEUZE, Gilles. *Nietzsche e a filosofia*. Trad. Ruth Joffily e Edmundo Fernandes Dias. Rio de Janeiro: Rio, 1976.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1983.

MATURANA, Humberto R.; VARELA, Francisco J. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MATURANA, Humberto R.; VARELA, Francisco J. *De máquinas e seres vivos: autopoiese – A organização do vivo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

NAFFAH NETO, Alfredo. *Psicoterapia em busca de Dionísio: Nietzsche visita Freud*. São Paulo: EDUC/Escuta, 1994.

NIETZSCHE, Friedrich. *O Nascimento da Tragédia ou helenismo e pessimismo*. Trad., notas e posfácio de J. Guinsburg. São Paulo: Companhia das letras, 1992.

NIETZSCHE, Friedrich. *Assim falou Zaratrusta: um livro para todos e para ninguém* Trad. Mario Silva. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil 1994.

TEIXEIRA, R. Rodrigues. The Great Health: na introduction to the Body Without Organs Medicine. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.14, set. 2003/fev. 2004, p.35-72.

CAPÍTULO 3

Uma breve história do Corpo

GERALDO LEANDRO MANDICAJU¹⁵

O corpo está tão contextualizado na vida moderna que aparentemente parece que todos compreendem os seus significados. O corpo que já era objeto da arte transformou-se em objeto de estudos da ciência. A ciência tomou-o como objeto suscetível ao conhecimento e à intervenção humana, estando sujeito ao esquadrinhamento de suas possibilidades, a modificações de suas formas, a ampliação de seus limites. O corpo também é objeto de um culto estético pela beleza perfeita que, no contexto da vida cotidiana, pode ser percebida na exuberância das técnicas ligadas ao vestuário, à dança, ao teatro, aos esportes, ao mundo do trabalho, às práticas alternativas de saúde, alimentação e higiene entre outras. As técnicas, produtos e máquinas para a manutenção e aparência padronizadas dos corpos aumentaram significativamente no decorrer das décadas. Ao corpo resta uma impressão algo inusitada, rotulada que o liga muito mais a um sistema mercadológico do que a um pertencimento cultural. Na atualidade, o corpo é apresentado como a principal via para a obtenção do prazer individual e para aprovação social, bem como uma evidência que acompanha todos os seres humanos desde o nascimento à morte, sendo o seu valor, geralmente, permeado pelo olhar racionalista. Um tipo de racionalidade que sempre busca a utilidade das coisas, objetos e pessoas. A sociedade ocidental parece pensar o corpo somente para saber qual é o seu valor utilitário.

Ao olharmos para o passado, podemos perceber que o corpo humano foi objeto de intensas investigações em diferentes culturas. O corpo foi representado através de pinturas, de esculturas, bem como cortado e dissecado na busca de uma compreensão de

¹⁵ Bacharel em História e trabalhador da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GEP/GHC).

sua estrutura fisiológica. No princípio, a busca se centrava em descobrir qual o órgão em que se alojava a alma humana. Na antiguidade, pensava-se que o fígado era o guardião da alma e dos sentimentos. Na Grécia antiga, o estudo da anatomia era amplamente difundido. Muitos escritos literários e filosóficos, bem como nas artes, trazem de alguma forma esta fascinação pelo corpo humano. Homero, na *Ilíada*, descreveu com precisão a anatomia das feridas ocorridas em batalhas. Aproximadamente 800 a.c., Hipócrates o mais famoso médico grego, seguia a doutrina dos quatro humores, cada um associado a um órgão em particular: sangue com o fígado; cólera (ou bile amarela) com a vesícula biliar; fleuma com os pulmões; e, a melancolia (ou bile preta) com o baço.

Acreditava-se que uma pessoa teria saúde com o equilíbrio desses quatro humores, princípio que foi seguido por mais de 2.000 anos. No caso das esculturas, os gregos buscavam reproduzir toda a beleza e robustez do corpo humano. O objetivo destes artistas era atingido através de uma observação minuciosa e intensa de cada músculo, de cada parte mínima do corpo humano visível ao olho para poder representá-lo.

Na Idade Média, houve um rompimento gradual com as visões clássicas acerca do homem e sobre o corpo humano. Este período histórico, como qualquer outro, acolheu ao mesmo tempo, rupturas e continuidades. Os valores e os usos do corpo não só se modificaram, mas também guardaram o registro de modos de ser, pensar e agir de diferentes épocas passadas. Assim, durante todo o período medieval persistiram em embate com o cristianismo, práticas e teorias explicativas do funcionamento corporal que tomavam como referência as analogias, típicas das civilizações clássicas, do corpo com o cosmo. A teoria dos humores permaneceu até mesmo no período renascentista como referência maior para as práticas médicas, sendo que Leonardo da Vinci, em seu tratado de pintura, ainda compara as estruturas corporais (ossos, sangue, veias, coração, baço, etc) com as estruturas e condições da natureza (rochas, mar, rios, calor, frio, ar, etc.). A permanência desse tipo de sensibilidade, explicação e usos do corpo podem ser compreendidos se tomarmos como parâmetro as condições materiais e políticas de vida nesse período. Na Idade Média, as pessoas estavam inseridas em pequenos contextos coletivos - a família, a aldeia - que eram, por sua vez, guiados pela interpretação dos textos sagrados e/ou pela vontade da autoridade do rei ou do clero. Durante todo o período medieval, a autoconsciência humana, alicerçada no cristianismo, ditava que os seres eram constituídos de natureza e essência divina, dependentes de autoridades sacerdotais, que revelavam a vontade de Deus. O corpo, nesse contexto, embora associado à idéia de pecado e sendo mortificado para a purificação da alma, não era considerado um mero objeto a ser manipulado e alterado em sua materialidade: ele era tido como uma parte de um universo de criação divina, imerso no mistério da natureza.

As novas idéias da concepção cristã consideravam que a natureza e o homem eram, igualmente, obras do mesmo Deus e, por isso, formam uma unidade. Mas, ao contrário das visões típicas do mundo antigo, o cristianismo via o homem como um ser dotado de uma alma imortal e, portanto, superior à natureza da qual deve tornar-se independente a medida em que caminha em direção ao ser supremo. As concepções cristãs gestadas na idade média, portanto, já delegam ao corpo um significado menor em relação ao espírito, basicamente porque realiza com clareza a distinção homem-natureza. O corpo aqui foi considerado domínio do terreno e parte da natureza devendo ser controlado em seus apetites e regulado em seus desejos em função do alcance da realidade

espiritual. Já que a verdadeira essência humana era a sua alma, a pessoa devia elevar-se das necessidades carnis e mundanas e buscar a realização espiritual e ultraterrena. Homens, mulheres e crianças, comumente, tinham suas vidas definidas do ponto de vista do “nós”, ou seja, em função do bem estar da família ou da aldeia. Viviam estreitamente ligados às tradições e necessidades do grupo, seguindo um padrão típico de comportamento. Quase sempre homens e mulheres não tinham direitos, necessidades e capacidade de escolher modos de vida diferenciados daqueles do grupo no qual se inseriam, tendo diante de si, um único caminho a ser trilhado por toda a vida. Esse modo de vida não oportunizava o desligamento do mundo e/ou a fuga para si, típica de nossos dias e que é o produto da privatização da vida em praticamente todas as suas instâncias.

A transição para a modernidade realizou o relaxamento dessa tradição, bem como a perda de poder das instituições que a mantinham. Ao mesmo tempo, a rica cultura popular do período, que tinha no corpo do artista a principal atração, também foi, pouco a pouco, sendo colocada como prática imoral e inconveniente a indivíduos e espaços civilizados. A concepção do ser humano como parte da natureza e como parte da criação divina perdeu a posição central e dominante na estrutura do pensamento humano. Em seu lugar, surgiu e desenvolveu-se a noção do indivíduo independente, autônomo e capaz de, isoladamente, compreender os eventos e acontecimentos da vida através da razão, único instrumento válido de conhecimento. O ser humano assumiu, na modernidade, uma nova posição frente à existência. O corpo passa a ser deslocado para frente em conexão com a noção de indivíduo. Hobbes (1974) sustentou que o indivíduo se funda, em última instância, no corpo, caracterizando-o como uma propriedade. Agora, o corpo passa a ser fundamentado por uma política moderna de controle e domesticação em face de um mundo que exigia transformações de ordem produtiva capitalista. Os corpos são preparados para produzir sujeitos resignados, prontos para desempenharem as funções lógicas das fábricas. Na modernidade, nascem as instituições modeladoras e normatizadoras de corpos. O corpo moderno é político, passando a ser objeto de estudos tecnológicos que buscam a manutenção de suas partes, conferindo-lhe uma performance maquinaria.

A visão como um ser dividido em corpo e alma foi se fortalecendo através dos séculos. A dualidade acabou por atribuir à substância pensante a essência humana e ao corpo relegou um segundo plano. O processo civilizatório ocidental desenvolveu, com mais intensidade, a noção que o ser humano possui um mundo interior (alma/mente/espírito) que vive, permanentemente, a sensação de isolamento, apartado do mundo exterior (sociedade, natureza), o que resulta, como consequência, na valorização do indivíduo e na permanente sensação de isolamento e solidão, tão típicas dos dias atuais. Nesse sentido, o corpo e os seus movimentos são cada vez mais conhecidos em suas particularidades e, ao mesmo tempo, ignorados quanto ao seu significado para e nas relações e interações sociais, assumindo uma posição privilegiada na produção do indivíduo adaptado à vida urbana e, em dimensão mais ampla, ao sistema produtivo capitalista. Na condição de objeto do conhecimento, organismo passível de ser reconhecido pelos órgãos sensoriais, o corpo foi entendido tal qual a máquina, em especial, o relógio. Emergiu, assim, da reflexão cartesiana uma dupla visão de si mesmo. Ampliando sua consciência, o ser humano, pela primeira vez na história, percebeu-se, simultaneamente, como sujeito e objeto do pensamento. Tal visão encontrou na nova organização social, que então se estruturava, amplas condições para a consolidação de um tipo de autoconsciência e/ou autoimagem cuja essência é dada pela supervalorização da

racionalidade. As transformações sociais que se operaram a partir do fim da Idade Média, refletindo-se nas formas de educação e nos estilos de vida das pessoas, foi amalgamada pelo cogito cartesiano e impôs o crescente controle e restrição aos usos do corpo, tendo em vista a sua utilidade.

A partir de então, segue um contínuo processo de individualização do homem. A sociedade ficou delegada ao papel de carcereira, quase uma pessoa, que impede que o “eu” genuíno possa se manifestar. Educado para a contenção e o controle do gesto, inserido na imensa teia de relações de poder existentes na sociedade, adestrado pela disciplina, o ser humano moderno vai aprendendo, desde a infância, a reconhecer-se como um piloto que, solitário e oculto, dirige o corpo-máquina. O “eu”, afinal, não concebe a sociedade como nós, mas, simplesmente, como uma coleção de outros “eus”. De forma geral, “o sujeito do conhecimento”, chamado pelos mais variados nomes nas diversas teorias do conhecimento, correspondeu a essa idéia. O modelo subjacente a ele foi o de um “eu” individual dentro de seu invólucro, pois o corpo, esse sistema fechado, passou a ser o invólucro onde está abrigado o eu verdadeiro e essencial de cada um. É no interior dos contextos de interdependência entre a pessoa singular e a multiplicidade de pessoas que formam a sociedade que podem ser encontrados as dinâmicas e processos que resultam na produção do indivíduo, que se percebe como proprietário de um corpo onde habita o sujeito individual que conhece. Dessa forma, no século XX, a intensificação do papel do corpo individual para o exercício do controle social assumiu uma direção, no mínimo, inusitada, ao difundir a idéia - antes negada e até mesmo execrada - da busca do prazer corporal como condição para a felicidade. A busca do corpo/prazer - reduzida, porém, à dimensão do erotismo -, associada crescentemente às demandas atuais pela beleza corporal e por um tipo de elegância caracterizada pelo corpo esbelto, revela-se, verdadeiramente, como álibis para o exercício disciplinar cotidiano e obsessivo. De fato, a obsessão pelo ideal da beleza e elegância exige a contínua vigília, como também o registro contínuo do corpo e de seus apetites. O corpo é transformado em um objeto ameaçador que é preciso vigiar, reduzir sua potencialidade subversiva. Para tanto, é preciso mortificá-lo para fins “estéticos”. Existe toda uma dinâmica atualmente que conforma o indivíduo a essa sutil e profundamente eficiente rede de poder que, curiosamente, levou até mesmo a inversão da premissa básica do controle corporal efetivado nos séculos XVIII e XIX, que se baseava na economia de energias para produzir, ao mesmo tempo, o corpo forte e dócil. O que observamos atualmente é o contrário: a obsessão pelo prazer e pela beleza vem exigir a liberação de energias como a condição para o bem-estar individual e social.

Ao falarmos sobre o corpo, não podemos deixar de lado a singular perspectiva nietzschiana sobre o corpo. No século XIX, Nietzsche (1994) sustentou, em os “desprezadores do corpo”, que somos “integralmente corpo, e nada mais”. Aquilo que chamamos de alma é apenas uma palavra para designar algo no corpo. Na concepção de Nietzsche o corpo é uma unidade subjetiva onde circulam multiplicidades de vontades, de quererem que estão aquém da consciência e sempre numa condição de disputas. E, é esta multiplicidade e jogos de disputas entre elas que produz o corpo como unidade não só discursiva, mas um fazer. Este si-mesmo corporal não é o oposto da racionalidade, mas a sua verdadeira face, ainda que negada. Em cada parte ínfima do corpo se encontra um pensamento, uma vontade, um querer, um movimento para expansão do vivo. Quando um movimento do corpo (vontade, querer) se torna consciente um re-arranjo de forças se fez muito tempo antes que este movimento se tornasse um acontecimento da consciên-

cia. O projeto nietzschiano de inversão do platonismo passa inteiramente por priorizar o corpo. Nessa perspectiva que coloca o corpo em evidência, é necessário avaliar toda a metafísica que está em causa, bem como toda a história ocidental. Não é suficiente colocar o corpo onde estava a “alma”, pois esta inversão ainda depende dessa estrutura platônica. O movimento genealógico de Nietzsche tratou de decifrar os motivos que originaram a “repressão” e o “ressentimento” sobre o corpo. Nietzsche, com sua “filosofia do martelo”, influenciou e continua a influenciar muitos pensadores que buscam novos paradigmas. Pois é justamente, nesse universo nietzschiano que se descortina uma nova aventura do pensamento, que coloca o corpo humano como um grande texto a ser infinitamente interpretado.

Referências bibliográficas

- ELIAS, N. *A sociedade de consumo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- FOUCAULT, M. *A história da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1983.
- GEERTZ, C. *A interpretação da Cultura*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.
- HOBBS, T. *Leviatã ou Matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil*. Trad. João Paulo Monteiro e Maria Beatriz N. da Silva. (Coleção Os Pensadores) São Paulo: Abril Cultural, 1974.
- HOBBS, E. *A era das revoluções: Europa (1789-1848)*. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
- MACHADO, R. *Por uma Genealogia do poder*. In: Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- NIETZSCHE, F. *Assim Falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. 7. ed. Trad. Mário da Silva. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

CAPÍTULO 4

Arte e Clínica

DEISE M. DOS SANTOS¹⁶
LIGIANE M. BITENCOURT DA SILVA¹⁷

Experimentando o corpo

Inicialmente, convidamos você a reunir-se com algumas pessoas para realizarem uma experiência. Fechem os olhos, deixem o corpo o mais confortável possível e experimentem a sensação do espaço que seu corpo ocupa. Veja seu corpo, como ele é da cabeça ao dedão do pé, como você o percebe neste momento, note se existem tensões em alguma parte do corpo. Não tente relaxar essas partes do corpo em que você talvez esteja tenso e rijo. É só notá-las. Quando você fecha os olhos, existe um espaço onde você se encontra. É o que podemos chamar de seu espaço. Você ocupa um espaço nesta sala, ou em qualquer lugar que esteja, mas geralmente não o vê. Com os olhos fechados, você consegue ter a sensação desse espaço onde o seu corpo está e o ar que está em volta de você. Percebe como está respirando agora? Está dando respiradas profundas ou respiradas curtas e rápidas? Note o que está acontecendo agora com seu corpo. Gostaríamos que desse algumas respiradas bem profundas, levando o ar aos lugares em que já percebeu que seu corpo está tenso, para que possa oxigenar suas células, seus músculos e assim ir distencionando essas partes para deixar seu corpo o mais relaxado possível. Deixe o ar sair com um som. Haaaaah!

Muito bem, agora sinta seu corpo. O espaço que ele está ocupando nessa sala é

¹⁶ Arte Terapeuta do Serviço de Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

¹⁷ Terapeuta Ocupacional e Residente da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC).

suficiente ou precisa de um pouco mais para que ele fique confortável? Preencha o seu espaço e sinta-se preenchido por ele, experimente essa sensação de bem estar, harmonia que está sentindo. Agora, aos poucos, cada um em seu tempo, abram os olhos devagar e observem onde estão, quem está próximo a você. Como se sente em estar compartilhando o espaço desta sala com outros? Reflita sobre essa experiência vivenciada.

Pensamos que essa percepção de espaço físico que ocupamos se faz necessário para que possamos dar-nos conta do espaço interno que existe nesse corpo, ou seja, que existe um ser que pensa, sente, sonha, deseja, tem lembranças, sofre e se relaciona com as pessoas e com o mundo que o cerca, que afeta e é afetado. Talvez um ser com proporções maiores que o corpo físico possa suportar, mas enquadrado nesse corpo, carnal que serve de casa, na qual habita nossa essência.

Arte e o homem

Se pensarmos em criatividade como ato de dar forma às coisas que o homem julga necessárias à sua vida, ampliamos o conceito de criar, o qual, segundo Ostrower (2001), ficou restrito ao longo dos anos unicamente ao trabalho artístico, ou seja, aos artistas. Refere que o criar só pode ser visto num sentido global, como um agir integrado em um viver humano. De fato, criar e agir se interligam. A natureza do homem se elabora no contexto cultural.

Tendo como referência a autora acima, o ser humano se desenvolve a partir das relações sociais e das necessidades e valores da cultura que está inserido, às quais se configuram seus próprios valores de vida.

Para Ostrower (2001), mais do que um ser fazedor, o homem é um ser formador. Toda forma é forma de comunicação e, ao mesmo tempo, forma de realização. Ela corresponde, ainda, a aspectos expressivos de um desenvolvimento interior na pessoa, refletindo o processo de crescimento e de maturação cujos níveis integrativos consideramos indispensáveis para a realização das potencialidades criativas.

A partir desta concepção, podemos dizer que o homem quando escolhe expressar-se pelas vias da arte, através das modalidades expressivas, utiliza a sensibilidade, dominando a técnica, faz uso dela para compartilhar um pouco de si e sua visão em relação ao que vê, sente, ouve e toca, materializando suas formas, símbolos, pensamentos, possibilitando ao outro refletir sobre sua obra. Abre espaço para uma compreensão maior de mundo, a partir de “mini mundos” expostos ao olhar de quem percebe.

Nesse sentido, a arte possibilita olhar para esse *corpovida* como único, funciona como um catalisador, à medida que aciona o potencial criador do ser humano, fazendo emergir conteúdos significativos representados, geralmente, de forma simbólica.

Já que a arte possibilita formas de expressar os conteúdos internos e é desprovida de uma lógica comum, de uma estética única, torna possível ao ser humano representar sua vida como uma experiência singular, não podendo ser generalizada em sua essência ou em sua abordagem.

Na obra ao lado, *Mulher Chorando*, de Pablo Picasso, podemos observar a multiplicidade de várias pessoas em uma só, ou várias faces de uma só pessoa que é mostrada sob vários ângulos, um mosaico humano. Percebe-se movimento e muita intensidade de emoções, retratando a forma de sentir a vida, valores capturados pela sensibilidade do artista que o invade e confronta-se com os seus, num diálogo de formas, cores e linhas.

Se pudermos sentir a pintura e ouvir o que ela tem a nos dizer (e não simplesmente contemplá-la), poderemos questionar que vida passa por este corpo que parece aprisionado pelo sofrimento, tornando-o submisso e vulnerável diante da vida.



Mulher Chorando (Pablo Picasso, 1937)

Ampliando um pouco mais este pensamento, podemos dizer que o ser humano, enquanto processo, corporifica sua existência. Logo, a vida constitui-se em um corpo vivo que precisa ser vivido em sua intensidade.

Na visão de Keleman (1996), o homem é um ser corporificado, pois refere que para nascermos é preciso ter um corpo. Para morrermos é preciso abrir mão desse corpo. Nossos corpos são nós mesmos enquanto processo, não enquanto coisa. Nietzsche também nos leva a repensar certos conceitos quando diz que o homem é um corpo que abriga muitas coisas além da matéria.

Poderemos dizer que nascemos necessitando de um corpo (matéria) para existir, depois nos tornamos um corpo à medida que construímos nossa subjetividade. A poesia a seguir nos permite sentir um pouco desse processo de corpar:

O CORPO¹⁸

O corpo nos carrega
E carregamos o corpo.
O corpo às vezes escorrega e cai
Noutras não sai do lugar
Ele brinca, ele pula
Levita, se agita, se arrasta.
O corpo desconcerta quem passa
E ouve psiu de contentamento.
O corpo tem poder, tem dinheiro

¹⁸ Agradecemos ao nosso colega de trabalho, Antônio L. Garcia, um poeta por excelência, por ter escrito esta poesia para enriquecer este capítulo.

E direito autoral.
O corpo gruda, suado
Se balançando, louco nos trapézios
A revelar segredos apaixonados...
Ou se embrutece, entristece e adocece.
E então cai dolente desmantelado
No cruzamento da Itaboraí com a Toledo.
Pára tudo, todo o trânsito.
Esse corpo é agora estorvo.
Vazio, inerte, morto,
A obstruir a passagem dos curiosos
Que se aglomeram ali próximo
Para lembrar que têm corpo.

Criatividade como processo de vida

A criatividade coloca o sujeito em movimento, coloca-o frente ao seu “fazer” e, nesta posição atuante, o homem compartilha a relação com o outro e com o meio em que vive.

A partir das reflexões de Winnicott, Barreto (2005) refere que:

(...) o ser humano só se realiza na criatividade que resulta em um sentimento de existir, e, se ocorre um desenvolvimento, o sujeito pode vir a sentir-se real, o que implica em uma apropriação do mundo, tomando-o pessoa. (p.48)

Para Winnicott, ainda segundo Barreto (2005), a criatividade está além do ato do criativo. Refere que o potencial criativo está presente desde o nascimento e depende da interação que vai estabelecer ao longo de sua vida. O papel terapêutico é perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa de cada sujeito.

Segundo Barreto (2005), a criatividade é importante não só porque reconecta o sujeito ao mundo dos objetos (realidade compartilhada), mas por possibilitar o (re)encontro do sujeito com sua vitalidade (seu estilo, suas características). A expressão da criatividade promove vida, sentimento de estar vivo, sentir-se real e pertencer à espécie humana, a um grupo familiar e social.

Quando pensamos nos processos de saúde e/ou doença, no processo de vida, não podemos desconsiderar que a principal modificação é poder implicar este sujeito neste processo. É aqui que iremos ampliar.

Os profissionais implicados no trabalho clínico têm seu saber. O sujeito que ali está também tem o seu. São modos diferentes de saber, mas esta condição subjetiva merece consideração. Diferentes olhares, de cada especificidade, de cada sujeito com sua história de vida.

Valorizar a escuta, a palavra, para que se tenha possibilidade de trocas. Reformular a clínica e, conseqüentemente, reformular a cultura. Só assim pensaremos, a partir da clínica em plano terapêutico singular, valorizando a vida e seu processo.

Para Nietzsche (apud Fonseca, 2004), o ato de criar não se restringe ao fazer prático, somente por sua utilidade, mas vai além: do ato de criar constante e ininterrupto se abrem novas possibilidades de vida. O valor não está somente no sujeito que cria, ou no produto que ele produz, mas nesta linha de ação que se chama processo, onde se dá desenvolvimento. Para Nietzsche (apud Fonseca, 2004), criar é “vontade de vir a ser, crescer, dar forma, isto é, criar e no criar está incluído o destruir” (p.134).

Destruir, reconstruir é recriar, é possibilitar movimento de vida, é levar em conta a realidade, inventando novas possibilidades. Não temos como pensar que criamos algo e aquilo está pronto ou acabado, mas que no decorrer da vida pode ser modificado, reformulado e que este processo origina novo saber. Cada sujeito cria conforme suas necessidades e levando em conta seus valores, sua história.

Referências bibliográficas

BARRETTO, Kleber Duarte. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Unimarco, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Padéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006, p.41-80.

KELEMAN, Stanley. *O corpo diz sua mente*. São Paulo: Summus Editorial, 1996.

OSTROWER, Fayga. *Criatividade e processos de criação*. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

FONSECA, Tânia Mara Galli & ENGELMAN, Selda (Orgs.). *Corpo, Arte e Clínica*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

CAPÍTULO 5

A Clínica na Modernidade Líquida: algumas problematizações

CHRISTIANE SILVEIRA KAMMSETZER¹⁹

DANIELA ROSA CACHAPUZ²⁰

LUCIANA RODRIGUEZ BARONE²¹

Neste texto, buscamos problematizar a prática clínica em saúde. Para esse pensar, uma breve análise a respeito do cenário social atual se faz importante. A clínica está completamente imbricada nos modos de vida e nas formas de organização social contemporâneos, sendo impossível analisá-los separadamente. Logo, a partir da inspiração em alguns autores e da provocação instigante do relato de Livvy-Stela, desenvolveremos este tema.

Inicialmente, recorreremos a Zigmunt Bauman, sociólogo polonês que aborda diferentes aspectos relacionados à contemporaneidade. Bauman (1998), primeiramente, distingue modernidade de pós-modernidade. Relaciona a modernidade à necessidade de respeitar e apreciar a ordem, a harmonia e a limpeza, o que constituía o orgulho desse período, bem como a pedra angular de todas as suas realizações. Segundo ele, o mal-estar presente na modernidade vinha do excesso de ordem e da escassez de liberdade. Já na pós-

¹⁹ Psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

²⁰ Psicóloga do Serviço de Psicologia do Hospital Cristo Redentor do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

²¹ Psicóloga do Serviço de Psicologia do Hospital Fêmina do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

modernidade, a liberdade individual reina soberana e é o valor pelo qual todos os outros são avaliados. Ele ressalta, no entanto, que os ideais de pureza, beleza e ordem relativos à modernidade não foram abandonados nem perderam seu brilho original na pós-modernidade. Atualmente, devem ser perseguidos através do desejo e esforço individual.

Em obras posteriores, Bauman (2001) abandona a diferenciação entre modernidade e pós-modernidade. Passa a utilizar os conceitos de modernidade pesada, remetendo-se às características da modernidade e de modernidade líquida quando se refere à pós-modernidade.

O autor relaciona a modernidade a um processo de liquefação. Ele considera que os sólidos pré-modernos já se encontravam em estado de desintegração. Desejava-se derretê-los para que novos sólidos aperfeiçoados pudessem ser inventados. Esses permitiriam prever e administrar melhor o mundo através da libertação da economia de seus tradicionais embaraços políticos, éticos e culturais. Aos poucos, isso foi sedimentando uma nova ordem definida principalmente em termos econômicos, que passou a dominar a totalidade da vida humana (Bauman, 2001).

Primeiramente, os poderes do derretimento afetaram as instituições existentes, as molduras, os padrões de dependência e interação que foram derretendo para que fossem, em momentos posteriores, novamente moldados. As pessoas foram libertadas de suas antigas gaiolas, entretanto, passaram a se sentir censuradas por não conseguirem se realocar no mundo através de seus próprios esforços. A busca de soluções individuais para problemas globalmente produzidos passou a ser enfatizada. Assim, os “indivíduos livres” têm como tarefa usar sua liberdade para encontrar seu nicho, se acomodar e se adaptar. Entra em cena o processo de individualização da modernidade.

Esse processo não é algo completamente novo, característico da modernidade líquida. Ele vem de um processo gradual de derretimento dos sólidos desde a modernidade dita pesada. Foi necessário derreter tudo aquilo que constituía obstáculo à propagação da nova ordem econômica. Para Bauman (2001), foi preciso profanar o sagrado, repudiar as tradições existentes para que o capital pudesse circular livremente. A sociedade, antes centrada na produção, nas instituições, na valorização do trabalho como uma construção psíquica, física e social das pessoas, foi sendo derretida. A passagem da modernidade pesada à modernidade líquida acarretou o derretimento daquilo que estimulava o engajamento das escolhas individuais em projetos coletivos.

O derretimento dos sólidos, o esvaziamento do estado e a lógica individualizante do consumo trouxeram progressivo processo de individualização que atinge todas as esferas da existência humana e, acima de tudo, nossas políticas de vida. Pensar na possibilidade de escolher escapar ou não dessa lógica é, no mínimo, ingênuo, tendo em vista que ela está presente em diferentes âmbitos e está relacionada diretamente às formas de levarmos nossas vidas.

Atualmente, não existem mais padrões dados a serem seguidos. Existem muitos padrões, contraditórios entre si, que não exercem mais o poder coercitivo observado em outros tempos.

Os poderes que liquefazem passaram do sistema para a sociedade, da política para as políticas da vida, ou desceram do nível macro para o nível micro do convívio

social. A nossa é como resultado, uma versão individualizada e privatizada da modernidade, e o peso da trama e dos padrões e a responsabilidade pelo fracasso caem principalmente sobre os ombros dos indivíduos. (Bauman, 2001, p.14)

Através da lógica de consumo individualizante citada por Bauman, buscamos descrever o cenário contemporâneo, construindo elos de ligação entre a sociedade atual e a prática clínica.

Para estabelecer essas pontes, nada nos parece mais apropriado do que recorrer às palavras de Livvy. Para ela: "a personalidade merece dois adjetivos: paradoxal e criativa". A necessidade de ser criativo seria uma maneira de lidar com esses muitos padrões. No entanto, é paradoxal e, por vezes, impossível se assumir as diferentes demandas que vêm do social para o sujeito.

A tão sonhada liberdade foi atingida. Somos livres para escolher, mas somos reféns da lógica do consumo. De acordo com ela, a cada escolha feita, muitas outras estarão sendo deixadas para trás. A liberdade traz consigo a armadilha da eterna busca da satisfação e a conseqüente incerteza diante da tarefa de fazer a vida a cada dia, vida sempre inacabada. Permanecemos presos, nesse momento, aos sentimentos de incerteza, insegurança e ansiedade, característicos de nossa época.

O que todos parecemos sofrer, sofrendo ou não de depressão dependente, à plena luz do dia ou tomados por alucinações noturnas, é o abandono, a exclusão, sermos rejeitados, reprovados, deserdados, largados e despojados daquilo que somos, impedidos de ser o que desejávamos. (Bauman, 2005, p.157)

Essas sensações invadem nossa existência, nos atravessam como seres humanos e também como profissionais. Defrontamo-nos diariamente com a nossa incerteza, assim como com a daqueles que a nós recorrem em busca de ajuda. Assim, pensar a clínica na atualidade exige refletir a respeito dessas transformações sociais e suas influências em nossos modos de viver.

De acordo com Bauman (2001), hoje não estamos mais na sociedade de produção, mas sim na sociedade de consumo. Lembramos que a tarefa de consumir deve ser desempenhada individualmente e, de preferência, sem a interferência de outros. Aos poucos, o consumo tornou-se o principal objetivo da social. A lógica individualizante do consumo derreteu os grupos de referência antes existentes, as instituições e, acima de tudo, os vínculos humanos. Passamos a consumir cada vez mais mercadorias e, da mesma forma, relações humanas. Nossos relacionamentos mostram-se cada vez mais superficiais e nossos vínculos ainda mais frágeis. O corpo ao qual dirigimos nosso olhar na clínica atual não é mais o corpo do produtor, mas sim o corpo do consumidor inscrito na lógica individualizante do consumo. Lançamos, então, uma provocação: o corpo do consumidor permanece escravo e aprisionado por tal lógica ou encontra-se a serviço da expansão da vida?

Sabemos que a lógica do consumo ultrapassou a esfera econômica e invadiu nossas existências, produzindo os mais variados efeitos. Diante disso, entram em cena diferentes saberes na tentativa de "tratar" o indivíduo doente, fracassado, inseguro ou

ansioso. É necessário problematizar nossas intervenções na área da saúde, tendo em vista que os próprios profissionais de saúde são também atravessados pela lógica que caracteriza nossos tempos. Nela, a responsabilização encontra-se privatizada e individualizada. Mesmo que por trás de nossos fracassos e incertezas estejam problemas socialmente produzidos, a responsabilidade por eles nos é apontada de forma individual e, deles, somente nós devemos dar conta.

Foucault (referenciado por Nardi e Silva, 2004), ao abordar as transformações entre uma modernidade e um período contemporâneo, no qual a individualização se coloca como dispositivo de controle, pensa o lugar dos profissionais de saúde nesse processo. Para ele, estamos também inseridos nessas formas de relação, sendo que muitas das ciências da saúde e humanas estão a serviço dessa lógica, ou seja, produzem tecnologias de si, tecnologias de sujeição que mantêm essas formas de relação características da sociedade de consumo. Assim, sujeitos são produzidos socialmente - criam-se determinadas demandas – e o lugar dos profissionais da saúde, nessa produção, deve ser também problematizado.

Para abordar as transformações ocorridas quanto à idéia de saúde ao longo dos últimos tempos, retomamos a discussão de Bauman (2001) a respeito da sociedade de produção e de consumo. Ele comenta que na sociedade de produção a vida dos indivíduos era regulada em função do seu papel de produtor: algo de ordem normativa e fixa. Já, na sociedade de consumo, a vida deixa de ser baseada em normas anteriores e passa a ser orientada pela sedução, por desejos crescentes e voláteis. A ênfase agora se encontra na adequação, na necessidade de estar sempre pronto para aproveitar as oportunidades quando elas se apresentam. É necessário ser capaz de desenvolver novos desejos feitos sob medida para as novas seduções que surgem a cada dia.

Isso exerce influência significativa na idéia de saúde, pois a sociedade de produtores colocava a saúde como o padrão a ser atingido pelos seus membros. Já a sociedade de consumidores coloca a aptidão como o ponto ideal a ser buscado. Para o autor, saúde e aptidão remetem a questões diferenciadas. A saúde demarca os limites entre a norma e a anormalidade. Ser saudável implica em uma condição física e psíquica que permita satisfazer as demandas do papel social atribuído a cada um. Já a aptidão está relacionada à flexibilidade suficiente para ajustar-se a situações inusitadas. A saúde refere-se ao estágio sólido, ao seguimento das normas, enquanto a aptidão relaciona-se ao estágio líquido, pois exige a quebra de todas as normas e padrões. A aptidão é uma experiência subjetiva, não pode ser verbalizada ou comunicada, apenas vivida e sentida. Buscar a aptidão significa um estado de auto-exame contínuo acompanhado de uma ansiedade constante e insaciável.

A fragilização da norma da saúde afetou a idéia anterior que tínhamos de doença como um processo com início, meio e fim. A idéia de doença, antes delimitada, tornou-se nebulosa, sendo vista como uma companhia permanente da saúde e também sua ameaça. Surgem então a preocupação e a vigilância incessante, bem como a necessidade de cuidados constantes com a saúde, o que se assemelha à busca de aptidão contínua. A satisfação torna-se impossível e a própria busca da saúde passa a ser o fator patogênico mais importante (Bauman, 2001).

Nesse sentido, podemos pensar a respeito da grande ênfase dada ao diagnóstico e à medicalização na atualidade?

Quando, no escrito, Livvy comenta a entrevista do psiquiatra, que muito pergunta “em que data” e parece tentar definir logo um diagnóstico, isto é, uma leitura sobre o que apresentava ali a paciente, podemos pensar o quanto estamos atravessados (não somente os psiquiatras, ou psis, mas os profissionais de saúde) por saberes estanques. Definir diagnóstico para medicar? Ou para definir uma terapêutica que remeta a uma normalização daquilo que parece excessivo... Pode-se refletir sobre as terapêuticas em voga na atualidade, que tipo de respostas buscam dar à problemática da sociedade que se reflete nos indivíduos? Adaptar o “inadaptável”? Se se trata de inadaptável, o efeito será a patologização, considerando que as terapêuticas provavelmente vão fracassar...

Como dirigimos nosso olhar e nossa intervenção diante do corpo do consumidor que nos busca solicitando “tratamento”? A quais jogos de verdade nossa clínica está ligada?

Para enriquecer a problematização, recorremos a Suely Rolnik (2004) que denomina a contemporaneidade como “era da mídia”. Apesar da denominação diferente, a autora aponta aspectos semelhantes aos descritos por Bauman (2001) para caracterizar a sociedade atual. Ela aponta que todos se tornaram “livres”, ocorrendo uma “mudança radical das formas de existência humana”.

Ainda que se viva um processo de constante transformação, a inteligência, a sensibilidade, os sonhos, os costumes, a sociabilidade se modificam a todo tempo. Diante disso, segundo a autora, é indispensável se ter muita flexibilidade de linguagem, pois o modo de se relacionar com os outros e com o mundo (gestos, procedimentos, expressões de rosto, palavras) torna-se obsoleto rapidamente. Se, por um lado, as pessoas se dão conta de que sua subjetividade é mutável, por outro, “passam a ter que dedicar muito tempo e dinheiro para tentar administrar esse processo”. Também o corpo - e o psíquico - podem padecer para dar conta disso. As mudanças da sociedade contemporânea se refletem nas micro-relações (Rolnik, 2006).

A importância de adaptar-se a determinadas “regras” como condição de aceitação nos diferentes ambientes é comentada por Livvy, à medida que ela se preocupa em dar conta desta exigência de mudança e flexibilização constante em que está colocada socialmente. Em sua escrita, ela se diz composta por cinco personalidades com características bastante diferentes, mas que, no entanto, parecem, em alguns momentos, tentar se apoiar, se defender da hostilidade que vem do exterior (da intervenção do psiquiatra, por exemplo). Ao mesmo tempo, estas personalidades devem guardar suas diferenças (o acordo é que nenhuma veste a roupa da outra!). Como dar conta desse múltiplo, sem se fragmentar?

Rolnik (2006) aponta que, com tais mudanças, não somente o emprego da força de trabalho se modifica, e sim o emprego de todas as forças, o território existencial se reorganiza. Com a industrialização da cultura, fenômeno da era da mídia, é disponibilizada uma diversidade grande de matéria de expressão, o que é tomado pelas pessoas que querem dar conta da angústia, representar suas intensidades cada vez mais desterritorializadas. Uma imensidade de possibilidades de expressão pode trazer a idéia de uma liberdade, mas não deixa de ser um aprisionamento, já que estamos submetidos à regra da mudança e da multiplicidade constantes. Além do fato que a “força de trabalho livre” e sua intensa mobilidade são capturados pela manutenção do sistema econô-

mico, em que se dá um ritmo acelerado de investimentos e desinvestimentos de capital. Os indivíduos, que passam a ser consumidores em potencial, têm que ser despersonalizados e anônimos para moverem-se, sozinhos ou em grupos, como “remessas de mercadorias” (Santos apud Rolnik, 2006, p.91).

As matérias de expressão disponibilizadas estão em conformidade com o mercado cultural, que centraliza a distribuição de sentidos e valores. Produz-se assim, tanto uma homogeneização dos territórios como do tempo, onde se imprime uma velocidade externa e alheia às singularidades de ritmo, “extraíndo o maior rendimento possível” (Wisnik apud Rolnik, 2006, p.92).

No final do texto de Livvy, em seu “P.S.”, há uma colocação que ajuda a refletir sobre os efeitos de uma clínica capturada pela lógica do consumo, era da mídia, desde a percepção daquele que é objeto da intervenção, que nos parece válido ressaltar:

Esse mundo de loucos é traiçoeiro é sempre bom lembrar de não confundir o pé esquerdo com o direito ou... ó... lá vem não sei de onde um mercenário tentando enriquecer em cima da desgraça alheia.

Apesar de nossa aparente liberdade, permanecemos inseridos em determinados regimes de verdade que influenciam a construção e a legitimação de determinados saberes. Esses ditam as regras de como se deve ou não construir a prática de trabalho. Esses poderosos jogos de verdade contemporâneos estão presentes nos discursos das diferentes disciplinas na área da saúde. Esses não permanecem centrados em uma instituição, um estado, um governo ou qualquer outra estrutura molar a quem possamos combater. Eles são da ordem da micropolítica, da molaridade. Atingem nossa existência como um todo e, em muitas situações, nos fazem crer que são as únicas verdades possíveis.

Diante disso, seremos capazes de escapar a essa lógica e produzir novos agenciamentos? Até que ponto também somos agentes a serviço da responsabilização individual e da adequação a essa lógica de funcionamento social? Quais estratégias de resistência e criação podemos elaborar para que nossa prática clínica possibilite novos agenciamentos?

Produção de subjetividade

Para se pensar as práticas clínicas na atualidade, é interessante observar as relações existentes entre a lógica de funcionamento social contemporâneo e os processos de subjetivação, já que as mudanças que se dão em nível macro influenciam diretamente na produção de subjetividade. Para tanto, utilizaremos aqui os conceitos de desejo e dobra, forjados por Felix Guattari e Gilles Deleuze (apud Guattari e Rolnik, 1986). Para estes autores, o desejo é a própria criação de realidade. Os investimentos de desejo são os próprios movimentos de atualização de um certo tipo de prática e discurso, de um certo tipo de sociedade, “o desejo é a própria produção de real social” (Deleuze apud Guattari e Rolnik, 1986, p.58)

Deleuze e Guattari (apud Rolnik, 1986) colocam que a formação de desejo no campo social se dá através do exercício ativo de três linhas, que são imanentes umas às

outras. A primeira é a linha dos afetos, é invisível e inconsciente e emerge do encontro dos corpos. A segunda é a linha da simulação, que faz a condução entre a primeira e a terceira linha, contém em seu movimento a ambigüidade, pois está sempre prestes a criar mundos ou desfazê-los. Diante disso, há sempre uma angústia subjacente, gerando uma tentativa de abolição da ambigüidade e definindo as diferentes estratégias do desejo. Tal angústia é a energia de nascente de mundos. A terceira linha é da organização dos territórios, linha finita, visível e consciente. Constitui o plano da representação e cria roteiros de circulação no mundo, mas é finita, pois sempre escapam afetos aos territórios constituídos, o que acaba por tensionar a constituição de novos territórios.

As diferentes estratégias de entrelaçamento das linhas geram diversos modos de produção da subjetividade. Tais estratégias são resultantes do modo como se relacionam com a angústia gerada pela ambigüidade da segunda linha. As pessoas se utilizam de diferentes estratégias simultaneamente e nenhuma estratégia gera um só modo de existência, é singular a cada pessoa, grupo, sociedade.

Os afetos que surgem do encontro dos corpos tem a potência de se territorializarem e criarem mundos, realidades, assim como de desterritorializar formas já constituídas. A separação clássica entre sujeito e sociedade, mundo externo e interno são simplesmente formas de organização criadas em determinado contexto histórico e social, de modo que o sujeito se produza a partir dos encontros. Silva (2004) traz o conceito de dobra de Deleuze para compreendermos a concepção de sujeito e dos processos de subjetivação do autor. A constituição dos sujeitos e a subjetivação se dão através de uma dobra, ou seja, o dito “fora” se dobra e produz um “dentro”, que é, na verdade, uma continuidade desse fora. A autora diz: “A dobra exprime tanto um território subjetivo quanto o processo de produção desse território, ou seja, ela exprime o próprio caráter coextensivo do dentro e do fora” (Silva, 2004, p.239).

Assim, considera-se a subjetivação o processo de produção de territórios existenciais, de determinados modos de existência em uma formação histórica específica. A idéia de indivíduo que temos trazido até então constitui-se como um território subjetivo desde a modernidade. E, como todo território subjetivo, diz respeito também a um determinado processo de produção de subjetividade. Na forma-indivíduo, há uma certa captura da subjetividade dentro de determinadas regras e códigos de funcionamento que são característicos da economia capitalista. O modo de produção capitalista se dobra e produz sujeitos indivíduos.

É importante, então, considerar que a subjetivação tem marcas históricas, onde determinadas formas de existência se fazem possíveis, mas também com marcas do fora que se dobram constituindo os sujeitos em sua singularidade. Há um limite nas possíveis formas existência, mas existe também a possibilidade de singularizar dentro disso, que se relaciona ao modo como cada dobra se constitui. Logo, não há um dentro e um fora. Se pensarmos numa forma contemporânea ou moderna de existência, falamos também em formas de vida de sujeitos singulares que estão marcadas pelo que estes códigos atuais tomam como possível. Silva (2004) afirma que

(...) a subjetivação refere-se, portanto, às diferentes formas de produção de subjetividade em uma determinada formação social. (...) Sendo assim, pode-se

dizer que um processo de subjetivação traduz o modo singular pelo qual se produz a flexão ou a curvatura de um certo tipo de relação de forças. (p.239)

Os efeitos da modernidade líquida (ou da era da mídia) na produção de subjetividade na atualidade consistem no aquecimento da primeira linha. Isto é, ocorrem cada vez mais encontros aleatórios entre os corpos, produzindo afetos/intensidades, mas imediatamente esse movimento é capturado e capitalizado no terceiro movimento, o da territorialização. O que falha nesse processo é o momento da passagem das intensidades à segunda linha. Logo, a territorialização passa a ser uma automatização da linguagem que busca o reconhecimento no sistema de hierarquização de sentidos e valores existentes.

Rolnik (2006) coloca que o bombardeio incessante de matérias de expressão e a rapidez com que caem em desuso provoca uma saturação de sentidos, e se perdem as coordenadas de valor relativo: as coisas podem ter qualquer sentido, não têm sentido algum. As máscaras não fazem sentido, acontece uma falência da credibilidade de todas as espécies de subjetividade e as pessoas sentem-se estrangeiras, no espaço e no tempo.

Aqui lembramos da Stela-doce, delicada, frágil. Ela parece estrangeira, estranha a um mundo em que, para se fazer reconhecer ou para ter seu lugar, é preciso enfrentar modos de subjetivação que “massacram”, anulam modos de ser “não-hegemônicos”, bloqueiam a construção dos modos de ser que não se transmutam na velocidade imposta pelo contemporâneo.

Configura-se aí uma crise de subjetividade. O que é apontado como possível causa dessa crise é o fato de que:

(...) a capacidade operatória da semiotização das intensidades, a que se estava habituado, não comporta a rapidez de desterritorialização, gerando uma “pane do equipamento sensível”. (Rolnik, 2006, p.96)

A partir disso, perguntamos: a velocidade alucinante que nos é imposta encontra-se a serviço da expansão ou do aprisionamento de nossas vidas em determinados moldes? Quais estratégias podem ser criadas para construir uma clínica que ultrapasse a visão mecanicista de corpo e atente ao corpo vida?

Pensando a prática clínica na modernidade líquida: por uma Clínica Cartográfica

A clínica não tem como ser efetiva se não interferir no âmbito das políticas de subjetivação, da produção de subjetividade. Alguns campos de saber – como a Psicologia e a Psiquiatria – foram se constituindo a partir de uma ideologia individualizante, ao mesmo tempo em que ajudaram a reproduzir tal ideologia. Para Benevides (2005), o profissional de saúde deve refletir acerca do lugar que ocupa ao longo da história, refletir sobre as formas instituídas que se assume enquanto ciência e propor a criação de um outro lugar.

Resgatando a relação entre a função da clínica e os processos de subjetivação, sua prática se constitui também enquanto um ato político. De acordo com Rolnik (2004), as potências de curar (clínica), criar (arte) e resistir (política) são indissociáveis.

A prática de análise é política, à medida que participa da ampliação do alcance do desejo, em seu caráter de produtor de artifício, de produtor de sociedade. (Guattari apud Rolnik, 2006, p.70)

À medida que a sociedade se modifica – e, junto com ela, os modos de subjetivação, os modos de “estar no mundo” –, passa a ser necessário um outro olhar sobre a clínica, sobre as práticas de saúde, sobre o processo saúde-doença. Atualmente, se tem feito um resgate da concepção original de clínica, anterior à modernidade, e tem-se denominado a mesma de “clínica ampliada”. Preferimos aqui, porém, manter o termo clínica, e não se trata apenas da clínica circunscrita a uma sala, um consultório e, sim, todo o encontro que se produz entre profissional de saúde e usuário, seja ele em uma Unidade de Saúde, na internação hospitalar, na visita domiciliar, no grupo, na comunidade, entre outras tantas práticas possíveis.

A clínica é uma ferramenta importante para potencializar a vida, expandi-la, fazê-la transformar-se e transformar o mundo, a sociedade. Mas que clínica propomos para tanto? Que aspectos podem potencializar e não limitar a vida no contexto atual? Que desvios à lógica dominante podem ser produzidos nas micro-relações? Guattari (1986) escreve que “a análise deveria dar um ‘plus’ de virtuosidade, como um pianista, para certas dificuldades. Isto é, mais disponibilidade, mais humor, mais abertura para pular de uma gama de referência para outra” (p.238).

Para Rolnik (2004), a virtuosidade seria a de abrir o corpo para as forças de alteridade do mundo um pouco mais, ou mais frequentemente, “não esquecendo da prudência que deve nos orientar na modulação dessa abertura” (p.238). Segundo a autora, isso implica reconhecer a crueldade, as limitações da vida, porém, sem assustar-se tanto com a vertigem em que a vida nos lança cada vez que coloca um mundo a perder. A vertigem seria a pulsação do enigma da vida no corpo, da condição trágica, e sua presença é o que leva a exercer a vontade de criar outros mundos, o que só se concretiza se vier acompanhado da vontade de resistência para lutar pela afirmação desses mundos.

Livvy traz algo dessa virtuosidade ao enunciar: “Taí, se esse escrito servir para juntar todas as gavetas e transformar numa gavetona com seus devidos departamentos sem parede alta, valeu de alguma coisa”.

Um viés interessante para se pensar a clínica é o da cartografia. Metáfora que indica uma percepção das sinuosidades, acidentes, linhas que se encontram e desencontram, o que um mapa não conseguiria captar. Rolnik (2006) aponta que “a cartografia, diferente do mapa, é a inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, mutações” (p.62). Acompanha os movimentos quase imperceptíveis que modificam essa paisagem, apreende o movimento que surge da tensão entre fluxo de intensidades e representação.

Não se trata de fazer uma leitura das situações buscando uma explicação generalista e, sim, acompanhar, perceber o que é singular, o que é próprio de cada situação. De acordo com Rolnik (2006), o cartógrafo acompanha os meandros da produção de real social, cartografa as intensidades de afeto, acompanha os movimentos imperceptíveis e

os afetos gerados pelo encontro entre os corpos. A pergunta que se faz na clínica cartográfica é se os afetos estão ou não podendo passar e como.

O cartógrafo conta com um critério, um princípio, uma regra e um roteiro- definível de acordo com a paisagem a ser acompanhada. O critério de avaliação é grau de abertura para a vida que cada um se permite, a cada momento. O princípio é a expansão da vida e o que interessa é o quanto a vida está encontrando canais de efetuação. A regra é sempre avaliar o quanto as defesas que estão sendo usadas servem ou não para proteger a vida, discriminam assim os graus de perigo e potência, funcionando como alerta nos momentos necessários.

Alguns dispositivos são necessários na construção de práticas clínicas na atualidade. A interdisciplina possibilita ampliar a compreensão e os modos de intervenção, considerando a complexidade da realidade humana. Além disso, potencializa os processos de trabalho, a produção de conhecimento e a mudança de paradigma nas práticas de saúde. De acordo com Gusdorf (apud Souza, 1999), a interdisciplinaridade possibilita a descoberta, a abertura recíproca, a comunicação e a negação do formalismo. Mais além da interdisciplina, a contemporaneidade tensiona para que, cada vez mais, se questione as fronteiras entre as disciplinas, se analise a serviço de que estas se mantêm ou são criadas na atualidade. A emergência de saberes transdisciplinares deve ser cada vez mais fomentada. De acordo com Morin (2003), os múltiplos aspectos de uma realidade humana complexa só podem adquirir sentido se forem vistos de modo global.

Referências bibliográficas

- BAUMAN, Z. *O Mal-estar da Pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BAUMAN, Z. *Vidas Desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- BENEVIDES, R. B. A Psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v.17, n.2, p. 21-25, 2005.
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- MORIN, E. *A Cabeça bem Feita*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- NARDI, H. C.; SILVA, Rosane Neves da. A emergência de um saber psicológico e as políticas de individualização. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 187-198, 2004.
- ROLNIK, S. "Fale com ele" ou como tratar o corpo vibrátil em coma. In: FONSECA, Tânia Mara Galli & ENGELMAN, Selda (Orgs.). *Corpo, Arte e Clínica*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.
- ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2006.
- SILVA, R. N. A Dobra Deleuziana: O mundo como potência de invenção. In: FONSECA, Tânia Mara Galli & ENGELMAN, Selda (Orgs.). *Corpo, Arte e Clínica*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.
- SOUZA, A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho Coletivo em Saúde. *Revista da APS*, Juiz de Fora, v.2, p. 10-14, 1999.

CAPÍTULO 6

Corpos que “produzem vida”: a intensidade do trabalho em saúde

ADERNANDA DE ROCCO GUIMARÃES²²

MELISSA ACAUAN SANDER²³

PAULA XAVIER MACHADO²⁴

A ciência não tem consciência. Não poderia ter. Ciência é barco. Barco nada sabe sobre rumos: desconhece portos e destinos. Quem sabe sobre portos e destinos são os navegadores. Os cientistas são os navegadores que navegam o barco da ciência. Os cientistas antigos, fascinados pelo barco, acreditavam que nem seria preciso cuidar dos rumos. Sua paixão romântica pela ciência era tão intensa que pensavam que os ventos do saber sopram sempre na direção do paraíso perdido. (Os apaixonados são todos iguais...) Acreditavam que o conhecimento produz sempre a bondade. Por isso, bastava que se dedicassem à produção do conhecimento para que a bondade se seguisse, automaticamente. Infelizmente eles estavam errados. Os ventos do saber tanto podem levar ao paraíso quanto podem levar ao inferno. Os infernos também se fazem com ciência. (Alves, 2004, p.114)

Rubem Alves convida-nos a navegar... Nos leva a questionarmos sobre os trajetos

²² Farmacêutica. Residente em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

²³ Terapeuta Ocupacional do Serviço de Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

²⁴ Psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

que fazemos. Indaga-nos: é preciso ter um rumo? Na medida do possível, pretendemos, neste capítulo, problematizar o fazer em saúde, a relação dos trabalhadores em saúde com os usuários dos serviços, com os demais trabalhadores e com seu próprio fazer. Além disso, objetivamos discutir o “trabalho vivo” (Merhy, 2002) e a abordagem do *corpovida* no cotidiano.

As discussões que seguem tiveram início nos encontros da linha de pesquisa Clínica Ampliada, do Núcleo de Estudos e Pesquisas Transdisciplinares (NEPET).

Trabalho vivo e trabalho morto: falando em produção de tecnologias

Partimos do pressuposto de que o trabalho em saúde é sempre relacional e, segundo Merhy (2002), se dá em ato, é “trabalho vivo”. Trabalho que vai se constituindo no próprio processo de criação/produção do cuidado. Consideramos, aqui, o “trabalho vivo” em saúde como fruto de processo artesanal, que se pretende híbrido. Processo que surge do encontro de *corpovidas* de usuários, técnicos e gestores. Entendemos que a oferta do cuidado é produto, inclusive, do processo relacional que a antecede. Dá-se em efeito cascata. Por isso, requer disponibilidade, criatividade, afetividade e ética no cotidiano das instituições, nas diferentes instâncias, para que se tenha uma oferta de saúde comprometida com a vida e sensível ao outro, independentemente da(s) tecnologia(s) que lancemos mão. O que irá diferenciar a assistência, muito provavelmente, não serão somente as tecnologias disponibilizadas ao usuário, mas as relações estabelecidas pelos técnicos com estes artifícios. Relações estas que podem ser rígidas, tradicionais, de reprodução, burocráticas, sem tempo e espaço para a criatividade. Trabalho morto. Ou podem ser relações mais flexíveis, possibilitando espaço para questionamentos e tomadas de decisão singulares, onde seja permitida a “lacuna”, falta essa que possibilita a entrada do outro e da arte no processo de confecção do cuidado. Arte aqui entendida como possibilidade de transgressão, de desvio da padronização. Trabalho vivo.

Consideramos o trabalho vivo uma força que tem potencial de criação e que está em permanente tensão com os processos de trabalho cristalizados. Assim, “destas contradições afloram possibilidades pedagógicas de reprodução e/ou de criação de outros, saberes, práticas e poderes” (Ceccim, 2004, p.268).

Para tratar das questões sobre práticas em saúde e o agir do cotidiano das instituições de saúde, é fundamental que se fale em integralidade em saúde. Esta é entendida no sentido ampliado da sua definição, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas e na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Diante dessa perspectiva, o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de idéias, mas de construção de práticas de novas formas de agir na sociedade, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cotidiano em saúde no nosso país (Pinheiro e Luz, 2007).

Nas situações de trabalho, os profissionais ocupam sempre uma posição singular,

já que ali se deparam com o esperado a cumprir, mas também com o que falha, com o que, no trabalhar, gagueja. É frente aos impasses e interrogações impostas pelo que sempre escapa que o trabalhador será mobilizado. Pelo que experimenta como dele e não dele ao mesmo tempo. A experiência do trabalho mostra-se, então, em sua dupla fase, singular e coletiva, indissociável do processo de pensar, decidir, fazer e avaliar (Barros e Barros, 2007, p.76).

Os corpos que “produzem vida”

Quando falamos em *corpovida*, remetemo-nos a concepções de sujeito, aos seus desejos, ao que produzem... Discutiremos, neste espaço, as experiências de dois usuários do sistema de saúde e as relações destes com os trabalhadores e instituições que os “acolheram”.

Falar de Stela é falar de um sujeito que transcende as relações individuais e perpassa as coletivas.

As necessidades de saúde de um determinado usuário ou população não podem ser atendidas a partir de planejamentos estanques ou práticas de saúde estabelecidas a priori, mas através da escuta do usuário e da apreensão dessas necessidades em sua expressão individual. (Cecílio apud Kesler, 2004, p.26)

Stela narrou-nos um primeiro encontro com um profissional que chama de “porco-espinho”, pela forma como se relacionou com ela e sua postura no encontro dos dois. Este profissional poderia ter investido na escuta, mas assumiu uma postura “dura”, seguindo um roteiro estruturado de avaliação, sem muito espaço para a variação e para a criação. O técnico não conseguiu fazer emergir a Stela.

Além disso, podemos problematizar a relação da equipe de saúde que a recebeu e a relação da profissional que a acolheu e vinculou-se a ela, bem como as tecnologias que foram usadas ao longo do acompanhamento. Stela chegou ao grupo de acolhimento em saúde mental destacando aos presentes seu grave transtorno mental. Após discussão do caso com alguns integrantes da equipe, houve dúvidas sobre se esta usuária poderia ser atendida num serviço de atenção primária em saúde ou se ela era um caso para os especialistas de um nível de atenção de maior complexidade. A profissional que a recebeu viu possibilidade de acompanhamento na unidade básica de saúde, acreditando que aquele espaço deveria ser um espaço para o cuidado integral da usuária. Alguns trabalhadores tiveram dúvidas, não acreditavam (de forma voluntária ou involuntária) que o espaço da unidade de saúde deveria ser o local adequado para o cuidado de Stela. Os profissionais, para tomar essa decisão, buscaram auxílio de uma equipe de interconsulta em saúde mental e avaliaram que seria importante um agendamento com um especialista da área, experiência percebida como desagradável pela Stela, que, doce e delicada, não empatizou com o técnico “porco-espinho”. Neste momento, fez-nos pensar sobre a importância do vínculo, do comprometimento com a integralidade do sujeito. Stela buscava algo que não era da ordem de uma clínica de resultados.

Este passa a ser um espaço para debatermos os fatores da relação do trabalhador de saúde, quando falamos no desejo desses trabalhadores no que diz respeito a si mesmo e ao cuidar do outro.

Talvez Stela, ao seu modo, proponha-nos que, no cotidiano, haja espaço para a criatividade, para que se engendrem infinitas composições no processo de trabalho e, em paralelo, transformemos a nós mesmos. Processos vivos, de relação, encontro, afecção, que nutrem também o *corpovida* do trabalhador.

Temos sido navegadores que saem com seu roteiro e destino minuciosamente traçados anteriormente à entrada na água, como o profissional que atendeu Stela? Um trabalho estanque/duro? Ou nos lançamos à navegação viva, em que o rumo vai sendo construído no processo, como fez o profissional que acolheu o usuário Marco Antônio? A partir do relato de parte da história deste sujeito, ele nos parece ser surpreendido com a possibilidade do encontro, da escuta, de perceber suas dores num sentido bem mais amplo do que o aprendido nos diferentes serviços de saúde buscados previamente. É proporcionado a ele um espaço para poder se reconhecer *corpovida*. Trama complexa, com dores/nós produzidos na tensão e flexibilização dos fios que a compõe. Vê-se convidado a, junto com o profissional, dar rumo ao encontro e pensar quais são os trajetos/caminhos possíveis na sua história. No relato deste encontro, fica explícita a noção de variabilidade e de movimento.

Por sua vez, a naturalização do dia-a-dia das equipes de saúde pode transformar-se em um dificultador para o fator cuidado, considerando que este seja um condicionante que é reflexo das condições precárias de estrutura física da maioria das Unidades de Saúde. A difícil relação entre os profissionais das diferentes instâncias e o modelo no qual a prestação de serviços está organizada, fazem com que a intensidade no envolvimento com os usuários diminua, por fatores que ultrapassam desejos individuais e são transportados para um nó institucional (Barros, Mori e Bastos, 2007).

A relação “entre” trabalhadores, nas equipes de saúde, conecta-se a partir de semelhanças e de projeções que possam provocar tensionamentos entre esses sujeitos, considerando que isso produz e impulsiona sua subjetividade, em um sentido de produção de saberes, valores e práticas na produção de tecnologias no campo da saúde. Colocamos em análise, desta forma, o trabalho em equipe, de modo a considerar sua dimensão ética e sua conexão com a integralidade (Silva et alii, 2007).

Falar de integralidade nos remete ao cuidado com o outro, com o seu “todo”, entender o que tem a sua volta e, além disso, compreender nossas próprias relações, formas de ver o mundo e de se relacionar com essas formas. As ações dos trabalhadores em uma equipe de saúde são direcionadas pelos diferentes saberes, práticas, formas de fazer que nascem no que é “diferente”, na formação de cada sujeito, nas suas inter-relações e nos valores que são produzidos na coletividade das equipes (Silva et alii, 2007).

(...) a análise da atividade situada nos remete ao que os trabalhadores constroem/inventam no processo produtivo, como resistência ao que está prescrito nas planilhas de gerência, a formação em situação implica também resistência como criação. Tomamos, então, da resistência seu duplo sentido. Resistência a quê? Ao que no curso impede ao (per)curso, à formata-ção que sobrecodifica modos de

experimental o trabalho. Resistência que se interpõe ao processo do trabalhar. Por outro lado, resistência que se afirma no processo, investindo no caminhando coletivo do inventar. (Barros e Barros, 2007, p.78)

Um atendimento, na perspectiva de uma clínica mais ampliada, compartilhada/ integrada e ao mesmo tempo com autonomia e usuário centrado, só é possível com o esforço de cada profissional que produz o cuidado no cotidiano das equipes de saúde. No entanto, os modelos atuais de gestão dos serviços de saúde, muitas vezes funcionando como um modelo de linha de produção, processos rígidos de trabalho, parecem favorecer a desresponsabilização com os sujeitos que nos buscam. E, por vezes, são priorizados os interesses das categorias profissionais em detrimento ao compromisso com o usuário.

Para pensarmos atendimentos em saúde, comprometidos com a vida, não basta que sejam oferecidas capacitações e sejam disponibilizadas cartilhas sobre as políticas de saúde, pois o trabalhador de saúde não é somente um prestador de políticas que deve estar fundamentado nos princípios do sistema de saúde.

O trabalho em saúde não tem um “objeto” estanque, por isso são necessárias intervenções em ato e o uso de tecnologias de relação. Segundo Dejours (1982), “o predomínante no funcionamento do homem é a mudança e não a estabilidade, e a variabilidade deve ser assumida e respeitada se desejamos promover a saúde dos indivíduos...”.

Como estão os *corposvída* dos trabalhadores? Respeitados em sua variabilidade?

Fica um convite a investirmos mais no trabalho vivo, nos “encontros” e “des-encontros”, focar mais nos processos, nos movimentos, e não somente no resultado. Desta forma, usuários, técnicos e gestores se sentirão “afetados”, desafiados a, de forma criativa, manterem seus corpos vibrantes, potentes, saudáveis... e, desta forma, construirão o cotidiano do trabalho em saúde.

Portanto, também é necessário o investimento em novas possibilidades de relação no cotidiano de trabalho, onde o trabalhador de saúde também seja visto na sua integralidade, tenha seu *corpovída* considerado. Do contrário, permaneceremos retroalimentando encontros duros ou, como nomeou Stela, encontros parecidos com os de “porcos espinhos”. Pois, encontros duros provavelmente levarão a novos encontros duros. E, desta forma, permaneceremos vendo incessantes buscas a serviços de saúde e o aumento da demanda para os setores de saúde do trabalhador das instituições.

Nosso “objeto” de trabalho é vivo. No setor saúde, trabalhamos com a complexidade e dinamicidade inerente ao ser humano, à sua vida. Vida entendida aqui não como sobrevivência e longevidade, mas como respeito ao *corpovída*. Ao desejo, ao movimento, à intensidade, à pulsação, à motiv-(ação) e aos movimentos de busca do que “faz sentido”. Stela e Marco Antônio representam esses corpos vibrantes, são navegadores no cotidiano de uma vida cheia de histórias, uma vida cheia de sentimentos. Que atravessam e são atravessadas por inúmeras outras vidas iguais ou tão intensas quanto às deles. Ser trabalhador da saúde é “estar” nessas vidas, assim como fez o profissional que acolheu Marco Antônio. Deixar de lado nossos escudos interiores, produzidos na cultura da fragmentação, para tornar livre e valorizar toda a potencialidade que esses sujeitos produzem neles mesmos e no outro.

Relatar e confrontar os rumos dados a estes casos fazem-nos problematizar a intensidade de ser um trabalhador da saúde, de termos um corpo em movimento, pulsante e desejante, um *corpovida*.

Referências bibliográficas

ALVES, Rubem. *Cenas da Vida*. Campinas: Papirus, 2004.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; BARROS, Regina Benevides de. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de, MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p.75-84.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MORI, Maria E.; BASTOS, Solange de S. O Desafio da Humanização dos/nos processos de trabalho em saúde. In: FILHO, Serafim Barbosa Santos; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Orgs.). *Trabalhador de Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007, p.97-121.

BARROS, Regina Benevides de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Da dor ao prazer no trabalho. In: FILHO, Serafim Barbosa Santos; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Orgs.). *Trabalhador de Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007, p.61-71.

CECCIM, Ricardo Burg. Trabalho, Educação e Formação na Integralidade do Cuidado: processos de trabalho e de ensino nas práticas cotidianas em saúde. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs.). *Cuidado – As fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

DEJOURS, Christophe. *Por um novo conceito de saúde*. Trad. Leda Leal Ferreira. In: Ciclo de Debates, Paris, Federação de Trabalhadores da Metalurgia Francesa, 1982.

SILVA, Fabio Hebert da; GOMES, Rafael; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; PINHEIRO, Roseni. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: BARROS, Maria Elizabeth Barros de; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p.19-36.

KESLLER, Lucenira Luciane. *Território Vivido: A trajetória de Vida de Mulheres do Morro da Cruz*. (Monografia de conclusão da Residência Integrada em Saúde). Porto Alegre, Escola de Saúde Pública, 2004.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2007, p.9-36.

CAPÍTULO 7

Ética como fundamento da saúde²⁵

RICARDO TIMM DE SOUZA²⁶

Introdução

Este breve texto tem como objetivo mostrar que não há como conceber “saúde” sem a percepção do sentido primacial e determinante que a questão ética constitui e deve assumir na vida humana. Em outros termos: saúde, nos termos que a entendemos e que, de um modo geral, corresponde às definições propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU), é essencialmente uma manifestação inequívoca de relações humano-ecológicas saudáveis.

O ponto de partida: a Ética e a condição humana

Em primeiro lugar, é necessário situarmos claramente que Ética não é um elemento a mais a ser levado em consideração quando se pensa sobre a questão filosófica fundamental: a condição humana. Antes, a Ética é o fundamento da própria possibilida-

²⁵ Este texto sintetiza, condensa e adapta algumas idéias centrais expostas ao longo de alguns dos primeiros capítulos de nosso livro *Ética como fundamento – uma introdução à ética contemporânea*. São Leopoldo: Nova Harmonia, 2004.

²⁶ Doutor em Filosofia, é atualmente Professor Adjunto da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

de de pensar o humano – o “chão onde pisamos”. Pois a própria idéia de pensar pressupõe a Ética. Não existe pensamento fora de alguém que pensa, e esse alguém não é uma ilha racional ou uma mônada fechada em si mesma, mas, de algum modo, é o fruto das relações e um nó de interações – seja no âmbito de sua gênese biológica (ninguém nasce senão de seus pais), seja em termos de sua geração social e histórica (ninguém existe fora de uma cultura e de uma língua que o acolhem, ou fora de estruturas materiais que o sustentam). Ser humano é provir e viver na multiplicidade do humano, é ser um momento privilegiado da infinita relacionalidade que a todos une. E não se trata aqui de qualquer tipo de multiplicidade, mas multiplicidade qualificada ou, exatamente, em termos filosóficos, multiplicidade ética, do agir de uns com relação aos outros e dos sentidos deste agir. Pois, para que a gestação tenha chegado a um bom termo, é necessário que nem nossa mãe, nem todos os que a apoiaram, houvessem agido de forma má, pelo menos não a ponto de impedir nosso desenvolvimento: nossa vida, por precária que possa ser nossa existência, é expressão, de algum modo, de um feixe de ações boas: a imoralidade absoluta é incompatível com a vida. Em suma: em todos os momentos de nossa vida, define-se em cada situação a continuidade ou não de nossa existência, não através de atos indiferentes, mas na especificidade única e não-neutra de cada ato. Um ato qualquer, isolado, pode tanto fazer viver como fazer morrer; embora tal coisa seja claramente perceptível nos grandes instantes decisivos da vida, onde a vida e a morte se encontram – tanto um ato heróico de sacrifício por outrem como um ato que mata outrem, tanto uma intervenção cirúrgica bem sucedida como a destruição de aspectos da vida – na verdade tal fato se dá, de um modo ou de outro, em todo e cada um dos instantes da existência. Não há instante isolado, neutro ou indiferente para a vida; há apenas instantes que conspiram, ou para a continuação e promoção da vida, ou para sua corrosão e destruição. E isto por um motivo muito simples: o ser humano é um ser não-neutro por excelência. Essa não-neutralidade é simultaneamente, em termos filosóficos, o resultado da reflexão original sobre a condição humana e a possibilidade de tal reflexão.

Ética é, assim, o fundamento da condição humana que vive, medita e age sobre si, sobre seu lugar, sobre sua casa, sobre seu mundo; ética é, neste sentido, essencialmente, uma questão eco-lógica (de oikos: casa, lugar, mundo, e logos: reflexão sobre). E, assim sendo, ética é o fundamento de todas as especificidades do viver, em suas mais complexas relações e derivações, das ciências e da tecnologia, da história das comunidades e da própria filosofia. Ainda: se é verdade, como vimos, que a ética é uma fundamental questão da condição humana, ou melhor, é a questão da condição humana como tal, e que a condição humana é uma questão ética fundamentalmente, então tudo aquilo que envolve a questão humana, tudo aquilo que se constitui nas circunstâncias onde o humano se entende como tal, tem interesse eminente para a ética e com ela de certo modo se “com-funde”. Poderíamos, assim, dizer que a relação entre ética e condição humana nessas condições é indiscernível. Em verdade, como poderíamos distinguir entre uma dimensão do agir que é refletida a posteriori por quem pensa a condição humana, e a própria condição humana de quem pensa o agir? Estamos, portanto, em uma espécie de círculo interpretativo fundamental. Sua chave compreensiva é a desneutralização das categorias utilizadas. Essa desneutralização passa necessariamente por uma revitalização dos determinantes – e uma das expressões dessa revitalização é a saúde.

Ética morta?

Um dos campos mais estudados e mais importantes das éticas aplicadas atuais é exatamente a bioética. Não trataremos aqui da bioética enquanto uma disciplina filosófica, mas em relação com bíos, ou seja, da ética da vida enquanto fundamento, inclusive, para poder ser pensada a bioética. Pois, se aquilo que temos desenvolvido até agora faz algum sentido, como este sentido poderia se situar fora das questões vitais? É evidente que já fizemos referência implícita a este aspecto no que foi acima sugerido. Todavia, aqui se trata de ressaltar devidamente esta dimensão por si mesma. Não existe ética morta, ética de coisas despossuídas de seu ser ou de esquemas tão formalizados que são absolutamente vazios. A ética é uma relação da vida com a vida, é uma reconstituição radical – referida às raízes – das possibilidades de revitalizar a vida. E, assim, de uma forma apenas aparentemente reducionista, poderíamos sugerir que não existe ética que não seja, a rigor, uma bio-ética. Não existe ética sem bio-ética, nem bio-ética sem uma base de compreensão ética da realidade como tal.

O exposto na primeira seção já sugere suficientemente o absurdo que seria tentar pensar uma ética não-vital. Por outro lado, temos que ter o cuidado com a definição de vital. Não se trata de algum atavismo ou vitalismo irracional o que aqui se chama de vital, mas das forças da vida confluentes no sentido da promoção da própria vida em todos os sentidos possíveis, inclusive o racional. O que estamos sugerindo é que, no próprio núcleo do pensar ético, existe já um elemento de bíos, e esse elemento é revitalizado, potencializado na realização de sua própria vocação ética; a isso, chamaríamos de “promoção da saúde”.

Não existe, nem pode existir ética fora da vida. Vida é sentido de vida, de agir; ética é agir com sentido de vida. Há uma inter-relação entre todas essas dimensões. Há uma espécie de canal comunicante que une todos esses aspectos, aparentemente díspares, em uma complexa teia de sentido. Por isso, não nos parece necessário insistir, neste momento, na pertinência evidente do trato das questões da ética no que concerne especificamente à sua aplicação à vida. Parece-nos esta constatação de tal forma evidente, que a simples idéia de negá-la em algum tipo de formalismo se torna mais uma vez uma espécie de quimera, ou uma obliteração do próprio pensamento, da vitalidade da racionalidade, pela transformação da racionalidade em Razão violenta e totalizante, ou seja, com a vocação da morte: a anti-ética, a anti-saúde.

Ética e saúde

Ora, a saúde só pode ser entendida como vocação de vida. Até mesmo aqueles modelos de compreensão da saúde que exorbitaram a confiança em um determinado tecnicismo tinham por princípio de ação a promoção da vida. E assim, se compreendemos que a ética, ou seja, a manutenção vital das relações vitais entre os indivíduos e os ecossistemas, é o que fundamenta a possibilidade da preservação e crescimento da humanidade do humano, a sua não-transformação em máquina, entenderemos igualmente que uma das expressões privilegiadas dessa fundamentação e manutenção é o cuidado, a arte do cuidado, a arte de curar, *ars curandi*: a promoção verdadeira da saúde verdadeira.

A saúde e sua promoção só podem ser compreendidas, contemporaneamente, como uma expressão sofisticada e privilegiada da ética. Outros sentidos da palavra “saúde”, descurados desse telos, acabam por afundar em seu contrário. Um mundo saudável, relações saudáveis, são aqueles que não toleram liames que não sejam éticos, que extirpam as raízes de violência totalizante que habita a tentação da neutralidade ainda antes que essas tentações se manifestem.

Assim, entendemos saúde, eticamente, como a manutenção e a promoção do sentido primacial e determinante que a questão ética constitui e deve assumir na vida humana em suas múltiplas relações e sentidos, em si mesma, nas individualidades, e sempre na co-relação com a alteridade, com os infinitos outros que sustentam a teia da vida.

Referências bibliográficas

- ADORNO, Theodor W. *Minima moralia*. São Paulo: Ática, 1993.
- BAUMAN, Zygmunt. *Ética pós-moderna*. São Paulo, Paulus, 1998.
- BAUMAN, Zygmunt. *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- LEVINAS, Emmanuel. *Entre nós – Ensaio sobre a Alteridade*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LEVINAS, Emmanuel. *Humanismo do outro homem*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LEVINAS, Emmanuel. *Totalidade e Infinito*. Lisboa, Ed. 70, s/d.
- PELLIZOLI, Marcelo L. *A emergência do paradigma ecológico*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- SOUZA, Ricardo Timm de. *Totalidade & Desagregação – sobre as fronteiras do pensamento e suas alternativas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.
- SOUZA, Ricardo Timm de. *O tempo e a Máquina do Tempo – estudos de filosofia e pós-modernidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.
- SOUZA, Ricardo Timm de. *Sujeito, ética e história – Levinas, o traumatismo infinito e a crítica da filosofia ocidental*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.
- SOUZA, Ricardo Timm de. *Existência em Decisão - uma introdução ao pensamento de Franz Rosenzweig*. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- SOUZA, Ricardo Timm de. *Sentido e Alteridade – Dez ensaios sobre o pensamento de E. Levinas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.
- SOUZA, Ricardo Timm de. *Metamorfose e Extinção – sobre Kafka e a patologia do tempo*. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- SOUZA, Ricardo Timm de. *Ainda além do medo – filosofia e antropologia do preconceito*. Porto Alegre: DaCasa/Palmarinca, 2002.
- SOUZA, Ricardo Timm de. *Sobre a construção do sentido – o pensar e o agir entre a vida e a filosofia*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

- SOUZA, Ricardo Timm de. *Responsabilidade Social* – uma introdução à Ética Política para o Brasil do século XXI. Porto Alegre: Evangraf, 2003.
- SOUZA, Ricardo Timm de. *Razões plurais* – itinerários da racionalidade ética no século XX: Adorno, Bergson, Derrida, Levinas, Rosenzweig. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- SOUZA, Ricardo Timm de. Fontes do humanismo latino - A condição humana no pensamento filosófico moderno e contemporâneo. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004
- SOUZA, Ricardo Timm de. *Ética como fundamento* – uma introdução à ética contemporânea. São Leopoldo: Nova Harmonia, 2004.
- SOUZA, Ricardo Timm de. *Em torno à Diferença* – aventuras da alteridade na complexidade da cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.
- SOUZA, Ricardo Timm de. As bases filosóficas da bioética e sua categoria fundamental: uma visão contemporânea. *Bioética*, Brasília, v.13, n.2, 2005, p.11-30.
- SOUZA, Ricardo Timm de. Justiça, liberdade e alteridade ética. Sobre a questão da radicalidade da justiça desde o pensamento de E. Levinas. *Veritas*, v.46, n.2, jun. 2001, p.265-274.
- SOUZA, R. T.; OLIVEIRA, N. F. (Orgs.) *Fenomenologia hoje* – existência, ser e sentido no alvorecer do século XXI. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.
- SOUZA, R. T.; OLIVEIRA, N. F. (Orgs.) *Fenomenologia hoje II* – significado e linguagem. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2002.
- SOUZA, R. T.; OLIVEIRA, N. F. (Orgs.) *Fenomenologia hoje III* – bioética, biotecnologia, biopolítica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
- SOUZA, R. T.; FARIAS, A. B.; FABRI, M. (Orgs.). *Alteridade e Ética*, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

DOS AUTORES

Uma breve apresentação

Adernanda De Rocco Guimarães, Farmacêutica. Residente em Saúde da Família e Comunidade do GHC. Contemplativa, em movimento, é de ar e ama a liberdade.

Antonio Luis Garcia, Trabalhador da Saúde Mental, adora transitar pela filosofia e busca no encontro com a poesia um viver mais descontraído, leve e lúdico.

Cristiane Silveira Kammsetzer, Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública (ESP/RS), integra a equipe da Unidade de Saúde Santíssima Trindade. Apaixonada pela cultura brasileira em suas diversas expressões.

Daniela Rosa Cachapuz, Psicóloga, Mestranda em Psicologia Social e Institucional, Especialista em Direito da Criança e do Adolescente. Trabalha no Hospital Cristo Redentor. É apaixonada pela afecção e movimento do cinema.

Deisi Macedo dos Santos, Membro da equipe do CAPS II da Saúde Mental do Hospital Conceição. Sou uma pessoa que tenta usufruir da arte o que ela tem de melhor: o prazer de criar, dar vida, inovar, inventar. Sou a atriz, a artesã e a artífice da minha existência. Também sou Arte Educadora e Arte Terapeuta.

Geraldo Leandro Vasques Mandicaju, Bacharel de História e Trabalhador da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC. Um espírito Livre. Pensar o pensamento é um ato que só pode ser frutífero se for livre.

Ligiane Machado Bitencourt da Silva, Terapeuta Ocupacional. Cursa o segundo ano da Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde Mental no GHC. Andanças que me remete a tecer fazeres e saberes.

Luciana Rodriguez Barone, Psicóloga. Cursa Especialização em Psicologia Social e Análise Institucional. Trabalhadora do Hospital Fêmina. Múltipla, é de terra, apaixonada pela leveza e intensidade da dança.

Luiz Ziegelmann, Psiquiatra do Serviço de Saúde Mental do GHC e Professor da Faculdade de Medicina da PUCRS. Ultrapassar o próprio destino, perpassar aquilo que sou, tudo o que poderei deixar de ser, o que serei, constitui um grande desafio da vida.

Melissa Acauan Sander, Terapeuta Ocupacional especialista em Saúde Mental Coletiva. Trabalhadora da Saúde Mental do GHC, apaixonada por Saúde Coletiva. Curiosa, é de ar e adora vento.

Paula Xavier Machado, Psicóloga e Mestre em Psicologia. Trabalhadora do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. É uma das flores da Unidade de Saúde Jardim Itu, é de terra e adora dançar flamenco.

Ricardo Timm de Souza, Nascido em Farroupilha, RS, em 1962. Professor da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas e dos Programas de Pós-Graduação em Filosofia, Ciências Criminais e Medicina e Ciências da Saúde da PUCRS, atuante nas áreas de ética, estética e epistemologia. Doutor em Filosofia pela Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Alemanha, 1994), autor de 17 livros e cerca de 95 artigos, capítulos de livros e publicações organizadas.

Stela, Quem sou eu - um ser vivo em cinco dimensões numa batalha constante para transformar-me em paisagem natural.”

Thiago Frank, Residente de Medicina de Família e Comunidade do SSC/GHC, apaixonado por Saúde Coletiva e Saúde Mental. Tem mania de percorrer os caminhos da complexidade pelo prazer da viagem.