

Em nenhum momento, no entanto, deixa de ser desafiador e apaixonante o contato com seus trabalhos.

Entre o anarquista e o analista, Lapassade nos confunde. Talvez esteja aqui o grande valor de se conhecerem suas idéias.

Talvez, inclusive, esteja aqui sua coerência: ele sempre provoca!

E finaliza:

“Eis um livro ambíguo.

A publicação de uma obra sobre esses domínios ainda incertos justifica-se essencialmente por sua capacidade de provocação, ainda mais do que por sua função de informação. Em termos mais tranquilizadores, dir-se-á que tal obra, de intenções essencialmente críticas, justifica-se basicamente na medida em que pode provocar mudanças. O futuro dirá se essa função ainda lhe cabe, ou se devemos considerar este livro e, sobretudo, aquilo de que trata, como a expressão de uma etapa já ultrapassada na história de uma crise da qual conhecemos apenas os pontos iniciais” (72).

3

A análise das instituições concretas de Guilhon Albuquerque

Em meados da década de 70, tomava força no Brasil a crítica às instituições, especialmente às instituições psiquiátricas. O pensamento de Michel Foucault ganhou espaço entre nós, delineando a concepção de loucura como produzida pela maneira mesma como a sociedade lidava com aqueles que, pelo não reconhecimento de valores e normas sociais, significavam uma ameaça à ordem instituída.

Naquele momento, José Augusto Guilhon Albuquerque, sociólogo e professor de Ciência e Política na Universidade de São Paulo, destacou-se por sua forma especial de pensar a questão. Entre suas inúmeras publicações destacamos duas, que tiveram repercussão: *Metáforas da Desordem* (73) e *Instituição e Poder* (74).

Em *Metáforas da Desordem*, partindo do tema da instituição da loucura, Guilhon propõe os “Elementos para uma análise da prática institucional” — texto este que serve de base para este capítulo. Aí encontram-se:

- a) a definição de instituição, como conjunto de práticas sociais, configuradas na apropriação de um determinado objeto, um determinado tipo de relação social sobre o qual reivindica o monopólio, no limite com outras práticas;

- b) a definição destas relações sociais como o fazer de agentes institucionais e clientela — que representam o seu lugar e o dos demais, bem como a relação que estabelecem entre si;
- c) a conceituação de práticas dominantes e de agentes privilegiados, que reproduzem no âmbito da instituição e fora dele, a imagem de sua função social.

Deriva deste “mapeamento” das relações institucionais, a proposta de se compreenderem as instituições concretas, por meio da observação de seus rituais, de seu fazer cotidiano (como índices das representações institucionais), bem como por meio da análise do discurso dos atores. Assim, os demais documentos escritos, os regimentos e a fala dos agentes e da clientela são, além de sua ação, a via de análise da prática institucional.

Em *Instituições e Poder*, Guilhon dedica-se a apresentar um método que torne possível a análise das instituições como práticas sociais. Aí, sobretudo:

- a) demonstra que o *plano da análise não se confunde com o da “essência”* das instituições, ou melhor, com o plano da realidade: a totalidade concreta não se confunde com o objeto teórico ou o objeto do pensamento;
- b) demonstra ainda que, à *análise*, é impossível tomar como objeto esta totalidade concreta;
- c) propõe que este último se coloque em *planos ou níveis de análise*, sob pena de não se tratar de um trabalho analítico: efeitos ideológicos, políticos e econômicos de determinadas práticas;
- d) propõe, então, que, no plano da análise, possa afirmar-se a compreensão de uma prática institucional concreta como prática política, ideológica ou econômica: cada uma delas como um nível ou plano de análise, como uma apropriação do real, feita de um ângulo específico.

Com isto, Guilhon afirma que o trabalho analítico é uma organização da realidade *no* pensamento (75). Ele será, por-

tanto, a atribuição de uma determinada ordem ao real. A primeira ordenação se dá quando, conforme dissemos, pensa-se este real a partir de ângulos ou planos que guardem uma especificidade e que permitam o abandono do mito de uma análise que reproduza uma totalidade, ou que a “capte” como tal.

Por exemplo, quando analisamos entrevistas com funcionários de uma unidade educativa ou presidiária, podemos fazê-lo, destacando os efeitos ideológicos do discurso institucional. Devemos ter clareza que este é o estudo de um dos planos da realidade institucional e com ele não podemos afirmar que a instituição seja *isto* ou *aquilo*. Ela será *isto* ou *aquilo* na reordenação que dela faz o trabalho analítico. Inclusive, a análise dos efeitos ideológicos dos discursos não permite que se afirme, imediatamente, alguma coisa sobre efeitos políticos ou econômicos.

A análise assume, dessa forma, inevitavelmente, um caráter de recorte. Ela será sempre uma prática teórica que (re)conhece partes do real, na maneira mesma como são produzidas. E todo e qualquer trabalho posterior de reordenar estas partes, de articulá-las, será, também, um ato do pensamento.

Nesse sentido, Guilhon faz uma distinção entre o que ele diz e o que diz a Análise Institucional. Prefere chamar de *análise de instituições concretas* ao trabalho do analista, nesta perspectiva que configura seu método. Diferencia-se, então, do que fazem Lapassade e Lourau, ao considerar todas essas determinações ao mesmo tempo. Guilhon, muito apropriadamente, define a análise institucional à página 13 de *Instituição e Poder*:

“A análise institucional é, ao mesmo tempo, uma *disciplina*, que trata dos processos ideológicos e de poder que têm lugar em instituições concretas, uma *política* de intervenção psicossocial em instituições, organizações e grupos, e um movimento

destinado a programar a doutrina 'institucionalista' e a transformar a realidade. Georges Lapassade e René Lourau são os criadores e principais adeptos da doutrina e do movimento."

Fica portanto justificado o título que demos a este capítulo: "A análise de instituições concretas de Guilhon Albuquerque", diferenciando-o do anterior*.

Pelo *aparentemente fragmentado* caminho de sua proposta psicológica, Guilhon chegou até os psicólogos. Inúmeras vezes se pôde vê-lo e ouvi-lo falar a estes profissionais, na década de 1980; poder-se-ia dizer que existiu, de forma mais ou menos explícita, um "namoro" entre Guilhon e a Psicologia naquela época. Um namoro onde, identificados com regiões diferentes do saber e envolvidos em práticas profissionais até certo ponto distintas, esses dois parceiros denunciavam sua aproximação e sua condição de (re)criação. É impossível deixar de perceber o quanto a análise de representações de Guilhon devolve ao (conceito de) *sujeito* um lugar que a Sociologia parecia ter negado ou sonogado. É impossível, por outro lado, deixar de destacar o redimensionamento do discurso psicológico, quando se permite esta compreensão das instituições como práticas e de sua análise.

Por estas razões e, sobretudo, pela postura pessoal de Guilhon, sempre acessível à discussão de suas idéias, pode-se afirmar a relevância de suas contribuições à prática dos psicólogos como psicólogos institucionais.

* Esta diferença fica especialmente clara, se tomarmos as distinções que Guilhon faz, em *Instituição e Poder*, entre o plano da análise e o da realidade, bem como as distinções entre os níveis de análise. Fica ainda mais clara se tomarmos as afirmações de Lapassade sobre o que seja a instituição, a organização e o grupo, ou a função do Estado e a repressão no sentido da ação e do discurso e, correspondentemente, o objetivo da análise institucional. Tendo Guilhon como referencial, diríamos que, o tempo todo, Lapassade confunde o plano da análise com a "essência" mesma da totalidade concreta.

De todos os seus escritos, tomamos um que nos parece, no âmbito de nosso tema, melhor introduzir o leitor ao pensamento do autor*.

Elementos para uma análise da prática institucional (José Augusto Guilhon Albuquerque)

Quando se encara o impacto das *instituições* médicas sobre as relações sociais**, é que se está querendo ir além de uma análise restrita às variações produzidas por fatores individuais, "socioeconômicos" etc., que incidem sobre a formação de atitudes e, conseqüentemente sobre a ação individual dos médicos no terreno da reprodução humana. O pressuposto é de que tais variações têm limites — embora nem sempre precisos — que são determinados pelo quadro institucional e organizacional em que se desenrola a formação médica, onde o saber e a profissão se revestem de legitimidade e onde tem lugar a prática terapêutica.

Dois obstáculos devem ser evitados liminarmente numa abordagem desse tipo: a redução da prática médica a mero

* Refaço aqui, meu agradecimento a Guilhon pela cessão, na íntegra, desse texto, já publicado em *Metáforas da Desordem* (*op. cit.*) em 1977.

** O fato de este texto lidar com as instituições médicas, não significa que estejamos dizendo que a Psicologia seja uma instituição médica, ou que apenas nesse âmbito seja possível a análise de instituições. Cabe mais uma vez destacar que Guilhon, na maioria de seus trabalhos entre 1970 e 1980 refere-se à instituição da loucura; portanto, é às práticas médicas que vai se referir, considerando que a loucura tem sido terreno do médico psiquiatra. "Elementos para uma análise..." foi publicado em seu livro *Metáforas da Desordem*, onde discute, sobretudo, o lugar que a "doença mental" e as formas de seu tratamento ocupam na ordem social. Apesar desse caráter específico, o texto contém aspectos que, conforme se poderá perceber, prestam-se a compreender outras instituições que não as médicas e outras organizações que não os hospitais psiquiátricos.

epifenômeno das instituições, o que equivaleria a restringir-se a uma análise de retórica institucional da medicina, na pressuposição de que os médicos nada mais podem fazer do que “aplicar” conhecimentos e atitudes gerados à sua revelia. O outro obstáculo é uma quase inversão do primeiro, pressupondo a autonomia absoluta dos atores concretos com relação às instituições, entendidas como encarnação do mal, a que se oporia uma inocência virginal de seus atores concretos. Na primeira hipótese, o médico, como ator concreto, nada pode contra o peso das práticas e preconceitos das instituições e organizações onde se forma e atua. Na segunda, é onipotente e sua autonomia sem limites, manifesta na posição crítica, expressa-se na idéia de que tudo é possível.

Ora, se atentarmos para os diversos elementos que estruturam a prática institucional, veremos que a prática dos atores concretos não é *resultado*, mas *componente estrutural* da ação das instituições; e que a prática institucional não existe senão encarnada na prática dos atores concretos que a constituem.

Numa primeira tentativa de definir os elementos que estruturam a prática institucional, há lugar para distinguir, pelo menos, o *objeto* institucional, o *âmbito* de ação institucional, os atores institucionais e práticas institucionais.

1ª) *Objeto institucional*. O objeto de uma *organização* é um determinado tipo de recursos de que a organização — como sistema de meios — apropria-se, transformando-o. O objeto de uma *instituição*, no entanto, deve ser considerado de modo radicalmente diferente. Não se trata de um recurso, no sentido de fazer parte de um processo de transformação, nem é ele mesmo transformado pela ação institucional. Não é a *salvação* (que poderíamos tomar como objeto das *instituições* religiosas) que constitui o recurso essencial das igrejas

mas, por exemplo, a graça. Nem é a salvação que é transformada pela prática institucional religiosa mas, por exemplo, os fiéis. *O objeto institucional é aquilo sobre cuja propriedade a instituição reivindica o monopólio de legitimidade*. Definir-se como instituição é, portanto, apropriar-se de um objeto. Nesses termos, o objeto institucional não pode ser um objeto material, como os recursos de uma organização, mas imaterial, *impalpável*, e o processo de apropriação desse objeto é permanente, como processo de *desapropriação* dos indivíduos ou de outras instituições, no que concerne ao objeto em questão. O caráter *impalpável* do objeto é o que permite sua *desapropriação* e a tendência de toda instituição a negar os limites de seu objeto. Assim, por exemplo, *criar filhos* é um hábito familiar, à mão de qualquer adulto da espécie humana, mas o saber pediátrico, isto é, a versão medicalizada da criação, só se define por referência ao objeto próprio (porque apropriado) das instituições médicas: a saúde.

A relação do objeto das instituições de saúde com nosso tema é determinada de dois pontos de vista: através da definição da saúde de maneira extensiva, de modo a compreender a criação de filhos da maneira mais abrangente possível; e, materialmente, apropriando-se dos recursos habituais que são condição da prática social de criar filhos. Do primeiro ponto de vista, a definição de objeto institucional opera num eixo em função do qual se polariza o objeto e seu outro: saúde/doença, salvação/danação, normal/patológico, cidadão/delinquente etc. A apropriação do objeto pela instituição é um processo que resulta em avançar no eixo em direção ao pólo oposto. Muito precisamente, a definição de saúde da OMS, por exemplo, confundindo-a com *bem-estar*, é uma tentativa de incluir no objeto institucional da saúde a totalidade das relações sociais. O que não é pouco.

Do segundo ponto de vista, o processo de apropriação do objeto resulta na apropriação material dos recursos de instituições alternativas: o saber popular sobre o bem-estar físico não é só tornado ilegítimo, ele *se perde*, e os recursos com que atuava são excluídos do mercado ou “voltam à natureza”, isto é, deixam de ser recursos sociais. Bom exemplo disso é a flora medicinal popular.

O máximo de institucionalização possível do objeto viria a ser, por um lado, a infabilidade do objeto, de tal maneira que se torne impossível *falar* sobre ele sem recorrer ao ponto de vista da instituição e, por outro lado, a desapropriação total de recursos alternativos. Nesse ponto, a propriedade do objeto é outorgada a uma instância superior, igualmente indefinível, tal como a Humanidade, a Nação, e eventualmente uma entidade meta-universal, sendo a instituição sua guardiã legítima e, por extensão, guardiã dos recursos pertinentes.

2ª) *Âmbito institucional.* O que sustenta o objeto institucional são relações sociais, o que de resto, vale para todo objeto social. A propriedade do objeto, ou sua guarda, é o que autoriza a ação institucional *sobre as relações sociais que sustentam esse objeto*. O âmbito de uma instituição deve ser definido, portanto, a partir das relações sociais que inclui, e não em função de suas fronteiras materiais.

Desse ponto de vista, o âmbito de ação de uma escola não é o conjunto dos alunos matriculados em determinado momento, nem eventualmente suas famílias, mas a *relação pedagógica*, da qual podem participar, em princípio, quaisquer crianças em idade escolar. Isso permite, também, entender o âmbito de uma instituição às relações e práticas sociais conexas a seu objeto, e seu único limite real são os limites de soberania de outras instituições sobre essas práticas sociais. Isso autoriza, igualmente, o fenômeno ampla-

mente apontado, da tendência de toda instituição a ampliar seu âmbito de ação: por exemplo, um hospital, além das práticas estritamente ligadas à saúde ou, mais precisamente, à cura, tende a regulamentar as práticas alimentares, morais, religiosas e sexuais de seus “doentes”.

Tal extensão, contra todos os limites da decência, do âmbito de ação de uma instituição, não pode efetuar-se senão à custa do âmbito de outras instituições, e somente o caráter impalpável do objeto institucional evita o afrontamento direto. (O que nem sempre é possível) A prática da desapropriação do objeto e das relações sociais se efetua *en douceur*, pelo mecanismo do contágio ou do amálgama. Por exemplo, da fecundação, que é um processo fisiológico, o âmbito de soberania das instituições médicas se estende para a procriação, que é um processo social.

Em suma, o caráter impalpável do objeto torna *extensível* (porque impreciso) o âmbito das relações sociais sobre as quais a instituição exerce legitimamente sua soberania. Esse caráter extensivo é a condição para a ambição totalizante (ou totalitária) de toda instituição, que só é limitada pela extensão do âmbito de outra instituição. Qualquer que seja o resultado da luta, será sempre em detrimento dos atores concretos.

3ª) *Atores institucionais.* Se definirmos como instituição uma estrutura de práticas institucionalizadas, isto é, que tendem a se reproduzir e se legitimar, definindo, portanto, uma instituição como estrutura, ela não poderá existir, senão na prática dos atores concretos que a constituem *praticando-a*. Na análise das instituições os atores institucionais são, portanto, o elemento estruturador por excelência. Uma instituição só existe na prática de seus atores institucionais, prática que consiste em intervir nas relações sociais submetidas à soberania da instituição. Nas instituições *stricto sensu*, isto

é, nas instituições concretas, definidas como lugar de decisão soberana sobre um objeto institucional e de intervenção legítima sobre um âmbito de relações sociais, os atores institucionais tendem a ser os mesmos e a constituir um grupo social relativamente estável. Em geral, pertencem a uma categoria social perfeitamente definida na população, e via de regra se trata de *profissionais*.

Dentre os atores institucionais, cabe distinguir os *agentes* institucionais, o *mandante*, a *clientela* e o *público*, e o *contexto* institucional (este último entendido, obviamente, como conjunto de instituições).

Os *agentes institucionais* podem ser de três tipos:

1. Os *agentes privilegiados* que, em nossas sociedades, tendem a constituir uma categoria *profissional* (isto é, dotada de um saber e um poder reconhecidos institucionalmente), são aqueles cuja prática concretiza imediatamente a ação institucional. Por exemplo: nas escolas, os professores; nas instituições de saúde, os médicos; nas empresas, os administradores. Quanto mais institucionalizada a profissão dos agentes privilegiados e mais o objeto profissional se confundir com o objeto institucional, tanto mais a instituição e sua prática se confundirão com a prática de seus agentes privilegiados. Tal identificação parece ser máxima nas instituições de saúde e nas instituições religiosas de tipo eclesástico.

2. Os *agentes subordinados* ou subprivilegiados são, em geral, igualmente profissionais, mas ou estão “em formação” ou não são plenamente reconhecidos, ou ainda, pertencem a categorias profissionais subordinadas aos agentes privilegiados. Por exemplo: as profissões paramédicas (último caso) e os estudantes de medicina e neomédicos (primeiro e segundo casos). A posição dos agentes subordinados é extremamente ambígua e, ou são radicalmente conformistas, ou são fator constante de conflitos na instituição. Os agentes

subordinados dispõem de menor autonomia com relação ao objeto institucional, mas são, ao mesmo tempo, e por isso mesmo, os mais autônomos com relação à prática institucional efetiva e, nesse sentido, são quem delimitam o âmbito de ação institucional.

3. O *peçoal* institucional são propriamente os “empregados” ou “funcionários” da instituição, isto é, aqueles que prestam serviços indispensáveis à manutenção da mesma, mas não diretamente ligados à ação institucional. Por exemplo: o pessoal administrativo num hospital. Este aspecto é essencial na distinção entre pessoal institucional e a força de trabalho de uma empresa.

Nunca é demais salientar que se trata de atores diferentes, cujos papéis podem ser desempenhados pelos mesmos indivíduos. Somente nas instituições mais estratificadas (igrejas, prisões, hospitais, universidades) é que cada tipo de agente corresponde a categorias de pessoal diferentes, separadas e hierarquizadas entre si.

O *mandante* é o ator individual ou coletivo, diante do qual, a instituição responde, ou em nome de quem ela age. Em geral se trata de outra instituição e, mais comumente (ou em última instância), do Estado. O mandante não manda necessariamente, mas é o proprietário ou a instância de legitimação da propriedade do objeto institucional. É portanto a relação entre o mandante e o objeto que determina a *relação de mandato* entre a instituição e seus mandantes. Podemos distinguir três relações de mandato:

a. *Relação de propriedade*, em que o mandante sustenta economicamente a instituição (garante sua reprodução material) e se apropria do que ela produz. As instituições que se definem por esse tipo de relação de mandato estão próximas de se tornar ou já se tornaram, em grande parte, *empresas*. Os *mandantes* de uma empresa são o corpo de acionistas, e não o Conselho/Diretor, que na verdade faz parte dos *agen-*

tes privilegiados. Este exemplo basta para se perceber o grau de autonomia dos agentes institucionais com relação à instituição e a seus mandantes. Na análise das políticas institucionais, este aspecto deve ser considerado, sob pena de se ficar nas aparências: da análise de políticas governamentais, por exemplo, pouco ou nada se pode concluir sobre a prática efetiva de aparatos institucionais de Estado.

b. *Relação de subordinação funcional*, em que o mandante nomeia o corpo de *agentes institucionais*, o que limita, mas não exclui a autonomia desses agentes. O mandante de um Hospital-Escola é a Faculdade de Medicina de origem; o mandante de uma Universidade estatal é o Estado (e não o governo).

c. *Relação de mandato institucional*, em que o mandante é guardião da legitimidade de que a instituição concreta se reveste. Cada instituição de saúde concreta, desde o consultório individual até o maior Hospital de Clínicas e os “programas” de saúde, mantém uma relação de mandato institucional para com as instituições médicas dominantes no plano nacional, CFM, AMB etc.

O simples enunciado dos tipos de *mandato* indica que somente a relação de mandato *institucional* sustenta e legitima as demais do ponto de vista institucional. Isso implica em que, fora dos casos em que um só ator enfeixe as três relações de mandato, haverá sempre uma defasagem entre o *mandante* e aqueles que têm *poder de mando* na instituição.

A relação de *clientela* é a que se estabelece entre a instituição e os atores concretos (coletivos ou individuais) visados em sua ação, desde que se delimite e se reproduza um conjunto de indivíduos. A relação de *clientela* é a que se realiza, portanto, entre a instituição e os atores cujas relações sociais são objeto da ação da instituição. Mas uma *clientela*, mesmo fixa, não chega nem mesmo a definir o âmbito de ação da instituição, já que este é independente dos ato-

res concretos que nele tomam parte, definindo-se com respeito a *relações sociais*.

O *público*, por sua vez, que participa esporadicamente ou apenas pode participar potencialmente, é um ator a considerar, sobretudo quanto mais impalpável for o objeto institucional. (Se a saúde pertence à Humanidade, o público não pode ser totalmente ignorado.) *Público* seria o conjunto dos atores coletivos e individuais para quem a ação institucional é visível (pública), podendo eventualmente integrar a *clientela*. Observe-se que, muitas vezes, a opinião do público pode ser mais decisiva do que a da *clientela*, sobretudo quando o papel desta última for passivo. (Por exemplo, no caso de prisões ou reformatórios para menores.)

Nem todas as instituições estão ligadas imediatamente umas às outras, mas o público tende a ser o mesmo e a *clientela* freqüentemente o é. Daí que, na análise de cada instituição, o contexto em que ela se relaciona com as outras, mesmo indiretamente, deve ser levado em consideração. Nessa análise deve-se, sobretudo, considerar as instituições diretamente ligadas ao Estado, e as instituições “tradicionais” (Igreja, Escola). Delas depende, em grande parte, a vinculação dos atores concretos a cada instituição.

4^a) *As práticas institucionais*. Estritamente falando, a ação institucional nada mais é do que a prática de um de seus agentes, mandantes, clientes etc. Ou, mais precisamente, o resultado de relações sociais entre agentes e mandantes ou agentes e clientes, e assim por diante. Ora, a prática de cada um desses atores é, com freqüência, divergente, e muitas vezes complementar e contraditória com respeito à de outros. A prática institucional é, portanto, a resultante das práticas conflitantes dos diversos atores.

Para a compreensão da prática institucional importa, sobretudo, identificar as práticas predominantes em uma insti-

1160911

tuição concreta, o que nos dá a chave para a elucidação da prática institucional. Tal análise deve ser concreta e não dedutiva: nada garante que os profissionais que dão o nome a uma instituição sejam seus agentes privilegiados efetivos. Imaginar que os médicos sejam os atores cuja prática é dominante em qualquer instituição de saúde é o mesmo que imaginar (ou deduzir) que os juristas são os agentes privilegiados de qualquer instituição judiciária (como as prisões e reformatórios, por exemplo).

É fundamental, portanto, definir concretamente os atores dominantes — agentes cuja prática tende a predominar em cada instituição concreta.

Dois observações de ordem geral se impõem, já que, no demais, somente uma análise concreta poderia autorizar hipóteses confirmáveis. Em primeiro lugar, nas grandes organizações modernas, os agentes privilegiados tendem a deixar de ser agentes profissionais para se identificarem com uma camada do *pessoal* institucional: a administração. Isso significa, por exemplo, uma perda da dominância profissional de médicos, engenheiros, professores, em favor de administradores, “profissionais” ou não. Estes, por sua vez, tornando-se os verdadeiros agentes privilegiados, passam a reivindicar as prerrogativas do profissional (o que indica que o *status* profissional é que depende da categoria de agente privilegiado de uma instituição, e não o contrário, como se poderia imaginar.)

Outro aspecto a considerar é que apenas os atores internos agem *positivamente* como suportes da prática institucional. Desse modo, a ação dos *mandantes*, embora possa ser decisiva, é puramente negativa. Os mandantes podem paralisar a ação institucional, impedindo os agentes institucionais de agir, todavia não podem agir em seu lugar, senão tornando-se, por sua vez, agente institucional. Daí que, na análise das práticas institucionais, o ponto de vista dos

mandantes, do contexto institucional e do público são sempre variáveis contextuais. Não é o caso da clientela, pois a ação institucional incide diretamente sobre as relações sociais que a constituem como tal (como clientela). Na medida em que a prática institucional são relações sociais de que a clientela é sempre um dos termos, a ação desta última é um dos determinantes da prática institucional, sendo freqüentemente conflitante com a dos agentes institucionais.

O caráter negativo de ação dos atores externos às instituições concretas lança uma nova luz sobre a questão da autonomia dos agentes institucionais (atores internos). Na parte seguinte, veremos particularmente as limitações da ação médica, como ilustração dessa hipótese.

Limites da atenção médica como serviço pessoal

Vamos analisar os limites institucionais e organizacionais e os limites internos da atenção médica como relação de serviço pessoal.

As relações de serviço pessoal são relações em que um ator-cliente entrega um objeto-sistema a um ator-perito para que este reponha o objeto-sistema em estado de uso. Como se apresentam essas relações?

— *Cliente/objeto*: o ator-cliente é proprietário do objeto em questão e mantém sua propriedade enquanto dura a relação, mesmo quando o perito mantém o objeto sob sua posse; o cliente confia o objeto ao perito e confia no conhecimento especializado do perito em relação ao objeto, mas não no seu próprio conhecimento; o cliente considera que o objeto-sistema está funcionando mal e é o único juiz desse mal funcionamento; é também juiz do seu valor de estima, mas não de seu valor de troca, nem dos custos da reparação;

— *Perito/objeto*: o perito possui conhecimento com relação ao objeto, definindo seu melhor funcionamento em geral, mas não seu melhor uso; ele se reserva um direito de diagnóstico preliminar sobre o objeto, para o qual se baseia nas observações do cliente, mas em que tem a última palavra: assume o direito de manipular livremente o objeto e inclusive o de colocá-lo inteiramente fora de uso (desmontá-lo) para poder fazer a reparação;

— *Perito/cliente*: o perito aceita assumir o problema apresentado pelo cliente e assume uma posição de interesse pelo mesmo; o cliente admite a perícia do perito e sua boa-fé em assumir seu interesse de cliente; admite o juízo do perito quanto à melhor reparação e ao valor dos honorários; o perito aceita a boa-fé do cliente quanto à necessidade de reparação e sua disposição a pagar os honorários; dispõe-se justamente a cobrar honorários, e não preço, isto é, um valor relativo às suas próprias condições de vida, e não ao custo da reparação ou ao custo do não-uso do objeto pelo cliente.

Nessas três relações, dois elementos estão sempre presentes: a propriedade do objeto pelo cliente e o desinteresse do perito; ou seja, seu interesse pelo cliente ou, mais precisamente, pelo seu ponto de vista de cliente que, como se sabe, sempre tem razão.

1. Limites organizacionais

O primeiro problema colocado pelo profissional de serviço pessoal que trabalha em uma organização é a questão do desinteresse ou, mais precisamente, de seu interesse pelo ponto de vista do cliente. A relação de propriedade entre o cliente e o objeto se mantém, mas é ameaçada. Em primeiro lugar, fazendo com que a despossessão do objeto pelo cliente seja mais freqüente e mais longa do que no serviço estritamente pessoal.

Junto a um profissional individual é possível recuperar imediatamente um objeto; numa organização, é preciso enfrentar comprovantes, normas da casa, só com seu fulano, dentro de 24 horas, até o dia 10 dos meses ímpares etc.

Em segundo lugar, a racionalidade dos custos faz com que a organização considere como recursos seus tudo o que ela contém, inclusive o objeto do cliente (levando a freqüentes abusos, quando o objeto é a própria pessoa do cliente, num hospital, por exemplo, em que pode ser usado como recurso de ensino ou de pesquisa).

A relação entre o perito e o objeto também é modificada: a posse do objeto, o diagnóstico, as manipulações, podem obedecer a critérios preestabelecidos ou a critérios de custos, e não à consciência do perito (por exemplo: um hospital pode submeter um paciente já diagnosticado a exames de rotina, por necessidades administrativas). Isso, de tal modo, que a propriedade do objeto pelo cliente e a responsabilidade do perito pela reparação são seriamente ameaçadas. O desinteresse do perito, sua capacidade de assumir o ponto de vista do cliente desaparece, ou pelo menos é limitado pelo ponto de vista da racionalidade de organização.

As relações entre o perito e o cliente são também modificadas. O cliente transfere sua confiança do perito à organização, mas não totalmente. O perito estará dividido entre essas duas lealdades entre o monopólio do saber — sua perícia — que reivindica, e o monopólio dos recursos e da racionalidade, que pertencem à organização e podem impor limites a seu saber especializado. O cliente não paga mais honorários, fixados pelas necessidades do perito, mas os custos para a organização, cuja racionalidade não pode mais depender de considerações individuais. De novo, o desinteresse do perito é posto em cheque.

Em suma, a organização complexa (como a organização hospitalar ou a empresa médica) descentra o serviço profis-

sional, do cliente para a organização, desapropria o cliente de seu objeto, tornando-o recurso da organização.

2. Limites institucionais

Vejamos, agora, os problemas criados no âmbito da instituição médica, pelo fato do exercício profissional referir-se a um modelo institucional que interfere com o modelo do serviço pessoal. O ponto crucial nessa interferência é o saber profissional, que no caso é *institucionalizado*.

O conhecimento do perito, suposto pelo cliente, diz respeito à aparência de funcionamento do objeto e ao seu estado de uso. Geralmente não se põem em questão as manipulações que o perito julga necessárias à reparação do objeto. O caso é completamente diferente quando o saber profissional é institucionalizado, isto é, considerado legítimo enquanto obedece a cânones publicamente reconhecidos ou, ao menos, estabelecidos por uma instância publicamente reconhecida como competente naquela esfera do saber. Neste caso, o perito continua não se referindo ao cliente nem ao público em geral, mas refere-se sempre à instituição respectiva, em tudo o que tange ao saber em questão e à sua prática. A relação não é mais somente entre ator-cliente, objeto-sistema, ator-perito, mas envolve sempre mais dois elementos que são o ator-instituição e seu objeto-relação-social. Quais as repercussões da presença desses novos elementos na relação entre os demais?

Na medida em que toda instituição reconhecida socialmente admite, por sua vez, as outras instituições e os valores sociais predominantes, a instituição começa alterando as relações de propriedade e de uso entre o cliente e o objeto. Assim, por exemplo, o profissional tenderá a limitar o reconhecimento da propriedade e do uso do objeto a valores sociais, já que a propriedade legítima do objeto é reivindicada pela instituição profissional. O advogado limitará seus con-

selhos a direitos legalmente reconhecidos, o mecânico não fará modificações que firam as normas técnicas legais, o médico prescreverá a quarentena, e assim por diante.

O cliente não é mais *agente* absoluto em relação ao objeto em função do qual consultou o perito, mas torna-se *paciente* deste último no que concerne ao uso (social) do objeto, e mesmo à sua propriedade (prejudicada na quarentena, no internamento de doentes mentais). O que se torna tanto mais dramático no caso da saúde, em que o objeto é a própria pessoa do paciente, ou seus “bens mais preciosos”, como os filhos.

Além disso, tal limitação poderá chegar a definir o que seja estado de uso ou mal funcionamento do objeto em questão, independentemente da vontade do cliente. Não é mais este, mas o perito, em nome da instituição, quem define o funcionamento e o uso do objeto. Ao invés de o cliente determinar que seu aparelho está quebrado e como gostaria que funcionasse, o paciente se queixa, mas quem diz se há doença, e o que fazer, é o médico.

As repercussões também atingem a relação cliente-perito. A responsabilidade do perito ante o cliente passa a subordinar-se à sua responsabilidade ante a sociedade — por intermédio da instituição. Escudado na instituição, é o perito que, ao definir o próprio objeto de seu serviço, substitui o cliente nessa função, ou pelo menos subordina-se à sua própria, tornando o cliente *paciente*.

Já vimos que o objeto da ação institucional, as relações sociais que constituem seu âmbito institucional, tendem a ser encaradas, pela instituição, como propriedade sua. A perspectiva geralmente mantida pelas instituições é de que seu objeto (por exemplo, a educação, a saúde, a salvação, o saber científico) pertence à comunidade, ou à sociedade etc., e que aquela instituição particular é sua *guardiã*. Assim, a saúde pode ser encarada como algo pertencente à humani-

dade ou ao Estado, mas as instituições médicas são suas verdadeiras guardiãs. A institucionalização do profissional começa, portanto, desapropriando o cliente do objeto que lhe confia. Entretanto o mesmo ocorre com o profissional/perito: sua relação com o saber, com a perícia que possui, é também uma relação de mandato, já que esse saber também pertence à humanidade ou a outra entidade abstrata (cuja opinião, como por acaso, não pode ser consultada, senão através de seus próprios supostos guardiães). Com isso, a instituição apenas *confia* ao profissional a guarda desse saber, e enquanto for merecedor.

Assim, se por um lado, o cliente já não é proprietário nem juiz último de uso de seu objeto (a saúde, por exemplo), o perito também não é dono de sua própria perícia: o que define o médico não é um saber sobre a doença e a cura, é aquele saber *reconhecido* pela instituição e o que o autoriza a praticar não é sua perícia em si, mas o *registro* legal a que se submete, e que pode ser-lhe retirado.

3. Limites internos da atenção médica

Cada um desses desvios com respeito ao modelo do serviço pessoal — que, no entanto, é mantido como ponto de referência — assume proporções dramáticas quando se trata de saúde, isto é, quando o objeto confiado ao profissional é a saúde do cliente ou de seus familiares. Pois apesar da objetivação e da localização da doença, que marcam o advento da medicina moderna, o cliente continua identificando a saúde e a doença com seu próprio corpo e, mais do que isso, com sua própria pessoa.

Eis algumas de suas conseqüências:

— o cliente relutará mais em confiar no saber profissional sobre o seu próprio corpo e sua pessoa, o que exigirá o

emprego de meios paraprofissionais e radicais para convencê-lo disso, levando ao aparato e ao ritual que envolvem as relações médico-paciente, e resultando na suposta onipotência e onisciência do médico, atribuída pelo paciente e reivindicada pelo profissional;

— despossessão do corpo e da personalidade do cliente é muito mais ressentida do que se tratasse de um rádio ou de uma geladeira; esse sentimento de despossessão tende a contaminar outras “propriedades” do sujeito, como por exemplo seus direitos, seus papéis;

— a incerteza é muito maior quanto às possibilidades de reparação, e a manipulação do corpo é mais limitada (não se pode trocar todos os componentes do corpo como em uma loja de autopeças), o que leva a uma sacralização do saber médico como meio de defesa contra essas incertezas;

— o cliente estará muito menos disposto a renunciar ao uso do seu corpo ou de sua saúde para satisfazer às prescrições profissionais ou aos valores institucionais ou sociais que o médico invoca para aconselhá-lo a privar-se dos mesmos, o que obriga, muitas vezes ao emprego da força, e faz do paciente um cliente condenado a *serviços forçados*.