

Saúde em Debate 324
direção de
Gastão Wagner de Sousa Campos
José Ruben de Alcântara Bonfim
Maria Cecília de Souza Minayo
Marco Akerman
Yara Maria de Carvalho
ex-diretores
David Capistrano Filho
Emerson Elias Merhy
Marcos Drumond Júnior

É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única mercedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.

— Michel Eyquem de Montaigne (1533-1592).
Ensaios. “Da semelhança dos pais com os filhos”.
Trad. Sérgio Milliet

- A Ampliação do Processo de Privatização da Saúde Pública no Brasil*, Julia Amorim Santos
Escola para todos e as pessoas com deficiência: contribuições da terapia ocupacional, Eucenir Fredini Rocha, Maria Inês Brito Brunello, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de Souza
- Bases Teóricas dos Processos de Medicalização: um olhar sobre as forças motrizes*, Paulo Frazão e Marcia Michie Minakawa
- Corpo com deficiência em busca de reabilitação? A ótica das pessoas com deficiência física*, Eucenir Fredini Rocha
- Crianças e adolescentes com doenças raras: narrativas e trajetórias de cuidado*, Martha Cristina Nunes Moreira, Marcos Antonio Ferreira do Nascimento, Daniel de Souza Campos & Lidiane Vianna Albernaz (orgs.)
- Bases da toxicologia ambiental e clínica para atenção à saúde: exposição e intoxicação por agrotóxicos*, Herling Gregorio Aguilar Alonzo & Aline de Oliveira Costa
- Pesquisar com os pés: deslocamentos no cuidado e na saúde*, Rosilda Mendes, Adriana Barin de Azevedo & Maria Fernanda Petrolli Frutuoso (orgs.)
- Percepções amorosas sobre o cuidado em saúde: estórias da rua Balsa das 10*, Julio Alberto Wong Un, Maria Amélia Medeiros Mano, Eymard Mourão Vasconcelos, Ernande Valentin do Prado & Mayara Floss
- Atividades humanas e Terapia Ocupacional: saber-fazer, cultura, política e outras resistências*, Carla Regina Silva (org.)
- A experiência do PET-UFF: composições de formação na cidade*, Ana Lúcia Abrahão & Ândrea Cardoso Souza (orgs.)
- Olhares para a saúde de mulheres e crianças: reflexões na perspectiva das boas práticas de cuidado e de gestão*, Maria Auxiliadora Mendes Gomes, Cynthia Magluta & Andreza Rodrigues Nakanô (orgs.)
- Técnicas que fazem olhar e da empatia pesquisa qualitativa em ação*, Maria Cecília de Souza Minayo & Antônio Pedro Costa
- Tempos cruzados: a saúde coletiva no estado de São Paulo 1920-1980*, André Mota
- Unidade Básica: a saúde pública brasileira na TV*, Helena Lemos Petta
- Decisões políticas e mudanças limitadas na saúde*, Carmem E. Leitão Araújo
- Ambulatório de especialidades: subsídios conceituais e organização de serviços a partir das experiências da enfermagem*, Carla Aparecida Spagnolo & Isabela Silva Câncio Velloso (orgs.)
- Clínica comum: fragmentos de formação e cuidado*, Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto, Viviane Maximino & Virginia Junqueira (orgs.)
- Contribuições do Mestrado Profissional para o ensino da enfermagem: experiências inovadoras no âmbito do SUS*, Cláudia Mara de Melo Tavares, Lucia Cardoso Mourão, Ana Clementina Vieira de Almeida & Elaine Antunes Cortez (orgs.)
- O método apoio como ferramenta de prevenção e enfrentamento da judicialização da saúde no SUS*, Tarsila Costa do Amaral
- Violências e suas configurações. Vulnerabilidades, injustiças e desigualdades sociais*, Lina Faria (org.)
- Quando a história encontra a saúde*, Ricardo dos Santos Batista, Christiane Maria Cruz de Souza & Maria Elisa Lemos Nunes da Silva (orgs.)
- Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS. A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde*, Marco Akerman, Patricia Rodrigues Sanine, Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava, Felipe Alvarenga Marim, Marília Louvison, Lucila Brandão Hirooka, Cecília Kayano Moraes & Maria Cristina da Costa Marques (orgs.)
- Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS. Perspectivas: Avaliação, Pesquisa e Cuidado em Atenção Primária à Saúde*, Marco Akerman, Patricia Rodrigues Sanine, Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava, Felipe Alvarenga Marim, Marília Louvison, Lucila Brandão Hirooka, Cecília Kayano Moraes & Maria Cristina da Costa Marques (orgs.)
- Entre o Público e o Privado: Hospital São Paulo e Escola Paulista de Medicina (1933 a 1988)*, Ana Nemi
- Sobre a pandemia: experiências, tempos e reflexões*, André Mota (org.)
- Formação e Educação Permanente em Saúde: Processos e Produtos no Âmbito do Mestrado Profissional, volume 3*, Benedito Carlos Cordeiro, Helen Campos Ferreira & Miriam Marinho Chrizoztimo (orgs.)
- Atenção primária e atenção especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras*, Cristiane Pereira de Castro, Gastão Wagner de Sousa Campos & Juliana Azevedo Fernandes (orgs.)
- Itinerários de Asclépio: para a compreensão da gestão da clínica*, Giovanni Gurgel Aciole
- Medicalização do parto: saberes e práticas*, Luiz Antonio Teixeira, Andreza Pereira Rodrigues, Marina Fisher Nucci & Fernanda Loureiro Silva

Itinerários de Asclépios

contribuição para o debate da gestão da clínica

GIOVANNI GURGEL ACIOLE

Itinerários de Asclépios

contribuição para o debate da gestão da clínica

Hucitec Editora
São Paulo, 2021

© Direitos autorais, 2020,
de Giovanni Gurgel Aciole
© Direitos de publicação reservados por
Hucitec Editora Ltda.
Rua Dona Inácia Uchoa, 209
04110-020-000 São Paulo, SP.
Telefone (55 11 3892-7772)
www.huciteceditora.com.br
lerereler@huciteceditora.com.br

Depósito Legal efetuado.

Direção editorial: MARIANA NADA
Produção editorial: KÁTIA REIS
Assessoria editorial: MARIANA TERRA
Circulação: ELVIO TEZZA

CIP-Brasil. Catalogação na Publicação
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

A164i
Aciole, Giovanni Gurgel
Itinerários de Asclépios : contribuição para o debate da gestão da
clínica / Giovanni Gurgel Aciole. - 1. ed. - São Paulo : Hucitec, 2021.
194 p. ; 21 cm. (Saúde em debate ; 324)

Inclui índice
ISBN 978-65-86039-71-9

1. Saúde pública - Brasil. 2. Administração dos serviços de saúde -
Brasil. 3. Médico e paciente. I. Título. II. Série.

21-69491

CDD: 362.10981
CDU: 614(81)

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

*O próprio Sócrates dizia ao morrer:
viver significa estar longamente enfermo;
devo um galo a Asclepius salvador.*

FRIEDRICH NIETZSCHE. *Crepúsculo dos Idólos*.
Lisboa: Edições 70, 1978, p. 21.

Para Emerson Merhy

SUMÁRIO

- 13 A relação profissional de saúde-usuário e a produção de cuidado: um desafio para a gestão das práticas de saúde

PARTE I — O IMAGINÁRIO DE ASCLÉPIOS

A clínica como Paideia

CAPÍTULO 1

- 27 A clínica como relação profissional — usuário

CAPÍTULO 2

- 43 O paradigma da frieza racional como imagem-objetivo do agir em saúde

PARTE II — NO DIVÁ COM ASCLÉPIOS

A clínica como prática do cuidado

CAPÍTULO 3

- 67 A clínica e suas tecnologias

83	CAPÍTULO 4 A clínica das práticas de saúde
	PARTE III — ENCAIXOTANDO ASCLÉPIOS Uma clínica da gestão da clínica
99	CAPÍTULO 5 A clínica da gestão
117	CAPÍTULO 6 As gestões da clínica
149	CAPÍTULO 7 Desencaixotar Asclépios?! Ou de qual clínica e gestão da clínica precisamos?!
	PARTE IV — APÊNDICE Antropologizando Asclépios para a crítica corporativa institucional da prática clínica
159	A produção do cuidado integral diante da “dureza” da regulação corporativa
215	Referências

A relação profissional de saúde-usuário e a produção de cuidado: um desafio para a gestão das práticas de saúde

Discutir a relação entre profissionais de saúde e usuários está (aliás, sempre parece ter estado) na ordem do dia.¹ Discutir a relação é discutir, cada vez mais, o espaço e a constituição de uma prática chamada de clínica.

Uma discussão que parece centrada na delimitação de sua fronteira — a dos arranjos corporativo-profissionais; ou focada

¹ O exame de todas as dimensões profissionais envolvidas é uma tarefa que foge ao escopo deste trabalho, e certamente sobrepujaria a capacidade do autor. Para um exercício, tanto quanto uma demonstração de suas possibilidades, vamos nos cingir às dimensões envolvidas na produção dos médicos — pela ação educativa — e as questões contextuais que cercam e delimitam a realização efetiva do que a educação e a prática médica julga potencializar. Além do que, nunca é demais tornar explícito que a Medicina, pela sua ancestralidade, configura a influência primordial que formata e organiza a matriz conceitual e prática dos processos de formação da grande maioria das práticas profissionais regulamentadas no setor saúde. Admitir isso nem de longe significa o abraço de sua exclusividade ou supremacia absoluta.

em busca do encontro de um espaço — o da intercessão entre sujeitos, de encontro de subjetividades (Aciole, 2004).

Discussão que emite sinais inequívocos de uma prolixidade tanto quanto de uma diversidade de pontos de vista, sejam oriundos dos ventos que sopram do sul proclamando a esta clínica um fazer-se nômade, sejam brotados das campinas do cerrado paulista que a arremessam rumo a seu devir de ampliar-se, nunca conter-se, ou de alojar-se nos braços do cuidar.

É, e tem sido, porém, a discussão de uma definição, cujo início e cujo fim é o da afirmação de ser uma relação marcada por uma crise existencial. Crise que reclama por medidas de enfrentamento, por soluções e saídas. O ponto de chegada já se pode anunciar de antemão: vista como prática profissional ou como espaço relacional, a clínica chegou a seu ponto de mutação. Momentos de esgotamento? Talvez!

O fato é que se trata de um ápice crítico manifesto quando se examina, por exemplo, o crescimento exponencial dos custos. Crescimento exponencial que se apresenta na forma de crises cíclicas e sucessivas de esgotamento e de novas tentativas de superação gerencial dos seus limites e contornos. E torna, por isso mesmo, candente o esforço perene dos sistemas de saúde (quer sejam sistemas estatais ou públicos, quer sejam sistemas privados) em suportar² este acréscimo sem mais crises.

Do mesmo modo, da segunda perspectiva apontada (mais fenomenológica, isto é, o enfoque da dimensão subjetiva do vivido, do sentido e do percebido) é esgotamento manifesto quando se identifica e se reconhece haver uma sensação de insegurança e insatisfação dos usuários, ou daqueles que necessitam consumir os momentos e produtos da clínica. E que se assenta sobre o fato tão elementar quanto crucial: de que mesmo com toda a promessa feita pela tecnologia, o que os seus usuários desejam é um trabalho médico centrado nas suas necessidades e focado em cuidar de seus

² Suportar é aqui utilizado em seu duplo significado: tanto é apoiar quanto ser desafiado.

problemas muito mais do que apenas intervir nas suas doenças (Merhy, 1997; 2002).

Aposta ou identificação que nos implica diretamente na construção ou reconstrução desta confiança. Construção que se espalha sobre os mais diversos fatores causais, mas como uma vertente fecunda, tem-nos levado, também criticamente, a apontar lentes para os centros formadores dos profissionais da prática. Um apontamento que já remonta a várias décadas, e no seio do qual sempre brotaram experiências, projetos e iniciativas de reformular no todo, ou em parte, o processo e/ou o currículo organizadores dessa formação.

Em suma, a esta identificação chegamos por um caminho de dupla entrada. Partamos da análise micropolítica que examina o problema da prática médica sob a dimensão de espaço relacional e instrumento de construção de uma agenda subjetivante/subjetivista das práticas profissionais, e o diagnóstico a que chegamos é a constatação da incompetência das práticas profissionais em captar a demanda que realmente existe nos seus usuários. A esta incompetência, diríamos melhor incapacidade atávica, responde-se com o diagnóstico de que há um *deficit* de formação e de ação, cuja resposta passaria pela incorporação de outras matrizes discursivas, cognitivas e práxicas, e cuja imagem-ação se realizaria na chamada humanização das práticas.

Partamos, sem negar a primeira leitura, de um olhar estrutural-funcionalista em termos dos custos, benefícios e efeitos que a prática profissional gera nas organizações e sistemas, e atingiremos o conjunto de delineamentos que, apontando limites e insuficiências, reúne as tecnologias e ferramentas administrativas e gerenciais na tarefa de domar esta força bruta, pela via de um controle e governabilidade de seus efeitos. Tarefa de doma que vem sendo chamada de gestão da clínica, como queremos demonstrar ao longo deste ensaio.

A despeito de qual seja o enfoque predominante ou de eleição, a relação profissional-paciente será o dispositivo, talvez o mais ácido deles, com que se podem criticar os resultados al-

cançados pelas práticas que sustentam os sistemas de saúde, não somente em termos de eficácia, eficiências e efetividade (tríade de palavras-conceito que tanto gosto geram aos reclamos econômico-tecnicistas), mas igualmente quando se apontam como uma das causas destes insucessos, desta incapacidade, desta incompletude, a formação profissional existente, taxando-a de excessivamente tecnicista.

Ou seja, estamos presos numa espécie de circularidade em que o sistema de saúde é fonte perene de crises, pelo predomínio de procedimentos tecnicistas que exponenciam seus custos; predomínio oriundo da hegemonia de um modelo biomédico na formação profissional de saúde. E que deste encontro entre desejos e utilidades sistêmicas e hegemônicas só aumenta a distância dos seus agentes e praticantes aos desejos e necessidades reais daqueles que são seus usuários/pacientes.

A despeito disso — de que por onde quer que se olhe — a discussão das práticas de saúde, e do contexto em que ocorrem, parece levar, talvez em razão direta de sua circularidade, a que retornemos sempre ao mesmo núcleo temático: a clínica está distante do encontro fecundo entre seus praticantes e usuários e este distanciamento se deve a redução biomédica que acomete a formação predominante na área da saúde.

Não obstante esta circularidade, temos de enfrentar uma questão formulada por todos aqueles que nela já mergulharam em busca de respostas elaboradas: que crise é esta?³

Parte da resposta considera que não se trata de uma crise tecnológica, isto é, não é uma crise de sustentação científica ou técnica por falta ou insuficiência de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, e não reside nem mesmo

³ Interrogação que tem sido muito presente no debate da questão, já faz algum tempo. Emerson Merhy, por exemplo, fez no texto *Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil*, elaborado para o Seminário de Gestores Públicos e o Trabalho Médico, realizado pelo Sindicato dos Médicos de Campinas, em 1997; e continuou fazendo em sua livre docência, publicada no livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, em 2002.

na impossibilidade material de se atuar diante da maioria dos problemas apresentados.

Uma reiteração da afirmativa marxiana de que cada época somente elege como problemas as condições de vida e existência para as quais já detém um determinado acúmulo de conhecimentos e insumos com que elaborar as soluções correspondentes?

Ou mais exatamente, que uma época histórica representa um acumulado de técnicas e conhecimentos que significam a sua elaboração de respostas para um conjunto de problemas elaborado exatamente pelo conjunto das forças produtivas em jogo e em diálogo nela mesma e por ela acessada?

No fundo, a crise se evidencia nos efeitos perversos que diuturnamente se demonstram nas disfuncionalidades da atenção e na sensação de insegurança que acomete todos aqueles que dela necessitam e que acorrem aos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

Os usuários buscam não apenas e tão somente soluções técnicas para os seus problemas e sofrimentos, mas também relações de confiança, dadas, por exemplo, pela esperança de que seu problema vai ser entendido, acolhido, tornado singular. E este entendimento trará, incontinentemente, o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde.

Se de fato buscam estas duas coisas, profissionais de saúde estão saindo dos serviços de saúde com uma resposta muito parcial às suas expectativas, quando não cruel. Precisamente por que — imersos na solidão existencial de um sistema de ações "frias" por serem tecnicamente centradas e não "quentes" de humanidade e empatia — acabam por relegar a solução tecnológica o crivo de insatisfatória, tamanha a distância entre intenção e gesto que acaba lhes caracterizando.

Nossa aposta, ou esperança retinta, para a superação da crise de identidade ou mais exatamente, de relação diferencial entre potência e ato, reside, pois, na percepção de que grande parte da resposta a ela passe pelo exame de um paradoxo de cultura, que

exprime mais do que apenas uma crise conjuntural e estrutural. Exprime a ausência de uma relação dialógica entre profissionais de saúde e pacientes, mas poderíamos dizer que também entre a maioria dos profissionais de saúde tal ausência é encontrada.

Ausência motivada pela simples razão de que todos parecem perplexamente perdidos num ponto equidistante entre o humano e o técnico. Perdidos pela falsa opção de se colocar como estritamente técnicos num espaço fundamentalmente atravessado pela natureza contraditória e multifacetada do humano.

Ou se debatendo no enorme desafio de propiciar no interior das suas práticas a produção de espaços de responsabilização e vínculo com a “pessoa-sob-cuidado“, que intui como dotada de uma carga complexa e multiforme, mas só tendo diante de si a solidão monotemática da dimensão tecnologicamente centrada dos seus atos. Ou, melhor dito, a perdição parece residir em procurar encontrar um dos elos estando situado inteiramente no seu oposto.

Estamos convencidos, igualmente, que discutir a problemática da relação médico/paciente é discutir a legitimação/deslegitimação das práticas profissionais de saúde que se dá em decorrência da afirmativa de uma clínica como sinônimo desta prática. Legitimação/deslegitimação que se revela/realiza/-se efetiva em termos da produção de procedimentos e atos profissionais e da extração de valor de uso na indução a seu consumo.

Em decorrência, isto nos levará, ou deveria levar, necessária e inexoravelmente, a discutir a problemática do acesso e exclusão, do cuidado e da produção de procedimentos, da tutela e da autonomia. O que equivale, em síntese, a incluir as práticas e os modelos de gestão deste trabalho, isto é, da clínica, e o papel que cumprem em relação a tal problemática.

Por exemplo, a clínica é muito vivenciada na sua própria destinação como uma ferramenta de obtenção do acesso a consumo de procedimentos tecnologicamente centrados, o que faz dela uma espécie de senha de acesso a um conjunto de mercadorias fetiche em torno das quais, ou justamente com elas, se joga o jogo mistificador que confunde vida e saúde com oferta e prontidão no

consumo regular de seus artefatos e na frequência usual aos lugares em que são encontradas/ofertadas.

Jogo, por sua vez, em que se joga simultaneamente um ardiloso e complexo enredamento de tensões/distensões em torno das frações de autonomia e tutela dos seus agentes e usuários. Pode-se extrair daí, um modelo de gestão que assuma como centralidade cuidar dos aspectos funcionalistas da oferta de serviços, mesmo que se travista da defesa da qualidade e da segurança dos praticantes. Mas também se pode extrair um modelo de gestão que esteja calcado na produção do cuidado humanizado e integral, de maneira que secundarize as preocupações economicistas somente, mesmo que não as anule completamente.

É, em suma, em torno desta problemática que podemos alocar parte das matrizes discursivas que tem operado no campo analítico que se move em busca da resposta a questão de qual afinal é mesmo a centralidade em torno da qual se pode dar maior e melhor valor de uso a clínica.

Uma resposta possível acaba, ou começa, por examinar criticamente o núcleo mais essencial da relação aludida, qual seja aquele que se realiza no encontro singular de duas subjetividades, a do médico e do seu paciente (Acirole, 1999; 2004).

Adotaremos a partir daqui para a análise de um processo de esgarçamento uma como emblemática das demais relações em geral, e para utilizar um jargão em voga: a dos profissionais de saúde com as pessoas sob-cuidado.

Discutir este encontro é, enfim, possibilitar a evidenciação das condições determinantes e condicionadoras, fundadoras das potencialidades de que se pode revestir, ou não, o que os profissionais vêm denominando de clínica e das práticas de organizá-la e geri-la nos modos que se apresentam como gestão.

Mas qual clínica?

Quando interrogamos acerca disso, temos em mente que a clínica, invocada em toda sua modéstia é, desde sempre, por seu empirismo, e por sua natureza prática, agente da centralidade na atenção e objeto para o cuidado. Condição que permite que as

coisas se apresentem silenciosamente ao olhar. Ou ainda, trazemos de imediato à referência que a clínica também deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização profunda do saber médico e da própria possibilidade de um discurso sobre a doença: estrutura comum que articula *o que se vê ao que se diz*. Nessa articulação, posta a público por Michel Foucault em *O nascimento da clínica*, o que os séculos seguintes fizeram foi mais e mais deslocar do exterior para o recôndito interior da célula, o visto e o dito. Que se tornaram, paradoxalmente, mais e mais indissociáveis. A tal ponto que o mutismo mais eloquente se segue ao encontro de alterações zero no exame que evidencia a doença, ou no necessário constrangimento das situações não contempladas pelo olhar armado e intervencionista, que tem levado a uma constante introspectividade dos seus ângulos.

Diante deste mergulho sem fim, em que o aprofundamento investigativo distancia seus agentes da atitude compreensiva e aproximativa do total, as críticas a esse mergulho só têm feito apontar para o abandono do potencial inventivo de uma atenção centrada na escuta da singularidade e na preocupação cuidadora às necessidades dos pacientes. Portanto, na abertura para aquilo que os pacientes têm a dizer de fato, e não apenas o que a doença parece expressar o *silêncio eloquente dos seus órgãos*, e também de suas funções e estruturas alteradas.

Apointar para o descuido da singularidade e o alheamento da preocupação cuidadora é querer dizer uma clínica de e para sujeitos, quaisquer que sejam as circunstâncias e matizes de que se revista. Uma clínica de sujeitos e não uma clínica de doentes. Condição que não só requer a singularidade de um momento específico, o de consulta, como exige um espaço específico e definido, o consultório.

Exigência que permite pensar sua diversificação em termos de funções e configurações as mais diversas que pode assumir para as configurações doadas pelas situações combinatórias de espaço e tempo, ou seja, do agudo e do crônico, do ambulatorial, domiciliar e hospitalar.

Mas é, essencialmente, uma combinação de duas vertentes tão opostas quanto indissociáveis: a utilização de tecnologias como um insumo produtor de ações e procedimentos, e uma ação simultaneamente mergulhada nas contradições constitutivas do humano, imerso na sua conflituosa arquitetura de desejo, instinto e razão combinando vontades e necessidades.

Combinatória indiscutivelmente estrutural e funcional, pois por onde quer que olhemos a clínica, decerto a definiríamos como presente no conjunto de estruturas organizacionais e industriais que configuram um diverso de estabelecimentos, cujo agrupamento, integração e funcionalidade vão se coagular nas formas teórico/práticas que assumem o nome de sistemas de saúde.

É este, por sua vez, o território e o escopo de sustentação e desenvolvimento de um conjunto de teorias e racionalizações comumente denominadas de gestão, das quais se depreendem diversas formas específicas, até o ponto que atingimos já um estado de inovações a que demos o nome de *gestão da clínica*.

Percorrer, portanto, os fios conceituais e práticos que vinculam, para além das aparências, a crítica da natureza da relação entre profissionais de saúde e pessoas sob cuidado, com a natureza das medidas e soluções concebidas e utilizadas para disciplinar este conflituoso espaço aberto à variação e ao diverso.

Realizar, a partir daí, a leitura das injunções aplicadas à clínica em seus desdobramentos de base técnica, ideológica e sociocultural, mas vista como a força estruturante da lógica dos sistemas de saúde e, em função disso, objeto de exploração e deformação pelas mesmas dimensões técnico-científica, socioeconômica e cultural apostas à racionalidade estruturadora dos processos de gestão, é o pano de fundo deste esforço reflexivo e crítico.

Tal perspectiva de compreensão, tanto quanto de análise, permite interrogar em que medida o processo de produção de médicos e profissionais de saúde, realizado pela educação, contribui, amplia ou reduz a ocorrência de um pleno processo de intersubjetividade.

Interrogar a educação neste processo nos leva a condição de interrogar um mundo em que a Medicina atinge mais e mais

níveis de desenvolvimento científico e tecnológico que prometem o prolongamento da vida com qualidade, enquanto se distancia ou esvazia sua dimensão de ciência humana, e prática social. Exatamente aquela situação conflituosa que reconhecíamos como nosso ponto de partida neste texto.

Mergulhar nesta condição é, por sua vez, interrogar por que neste processo de aprofundamento tecnológico e científico incontestado, a Medicina se legitima de forma cada vez mais absoluta como uma riqueza universal da humanidade; mas persiste, ou se constata tanta miséria ou lacunas e insatisfações nas relações produzidas entre seus praticantes e os usuários/pacientes!

Dito de outro modo é considerar como ainda exista, no mundo cientificamente absoluto e dotado de grande capacidade de intervenção, uma sensação de desamparo e insegurança nos necessitados desta prática, seus usuários? E por que se amplia, entre eles, um ruído crescente que aponta a insensibilidade dos médicos como sua imagem cada vez mais emblemática?

E porque neste hiato entre o possível e o realizável já se sucederam tanto quanto se superpuseram momentos de racionalização de suas práticas desdobradas nos diversos níveis e estabelecimentos da arquitetura do sistema de saúde, público e/ou privado, conhecidos como *medicina preventiva*, *medicina baseada em evidência*. E agora reunidos em torno dos novos conceitos de *governança clínica* ou *gestão da clínica*.

Certamente, há vários fatores envolvidos nesta situação. Eles bem podem começar com a educação, mas não se esgotam nela. Eles bem podem receber enorme contribuição das práticas sociais, econômicas e políticas, mas tampouco se explicam exclusivamente nelas.

Em boa medida, reclamam, e se beneficiam da crítica de pensadores comprometidos com os problemas do trabalho social (isto é, do trabalho socialmente inserido e nunca conceitualmente abstraído como ciência ou técnica) e da sociedade de classes; ainda mais porque provém da cultura burguesa e argumenta de modo intelectualmente incontestado na contramão de uma apologia da inevitabilidade da formação social burguesa existente (Maar, 2002).

Significa, deste modo, entrar na própria centralidade da matriz de classe que a delimita para, deste interior, examinar as possibilidades mesmas de sua transformação.

A intenção desenvolvida neste texto, formulado ao modo de um ensaio, pretende, contudo, ir além de uma *transvaloração* (no sentido nietzschiano) da prática clínica.

Apesar de concordarmos com a defesa da retomada dos valores da clínica, quer se a adjective como ampliada, quer se a substantive como uma clínica focada nas necessidades de saúde dos seus usuários, quer se a proponha como uma clínica de singularidades e objeto afeito a todos os trabalhadores.

Finalmente, mas não por último, é preciso considerar que posamos estar empenhados em reduzir seriamente o fosso ou o paradoxo que persiste entre a ciência e a sociedade. Ou, para dizê-lo em termos mais exatos: no fato de que os avanços científicos — tanto em termos de conhecimentos quanto de soluções — em torno dos problemas das pessoas e das comunidades, e até da existência de serviços altamente equipados para que estas intervenções possam ser saudadas como marcantes, em eficácia, eficiência e efetividade. Mas quedam silenciosos diante do sentimento de desproteção que acomete o cidadão comum, especialmente na área da prestação de serviços de assistência, sejam públicos sejam privados.

Como Merhy (1997b), nos alinhamos àqueles que reconhecem nos usuários de saúde o desejo de um trabalho clínico centrado neles, e também que o trabalho médico é um arsenal poderoso de práticas clínicas, não exclusivas, pois, de uma maneira ou de outra, outros trabalhadores de saúde fazem clínica.

Tendo Asclépios (ou Esculápio) como semideus parturiente da prática de curar, a ideia de que todos fazemos clínica faz-nos, de certo modo, todos semideuses. E por isso, submetidos à possibilidade da intervenção racionalizadora do Deus sistema que pode reagir à nossa ação, decapitando-nos ou podando nossas imortais ambições cuidadoras.

Examinemos a citação em epígrafe no início deste livro. A frase socrática carrega uma plenitude de significados, ainda mais

vista a partir da citação que lhe faz o pensador alemão. Permite revisitar o mito grego de Asclépios (Esculápio para os latinos), filho do deus Apolo com uma mortal de nome Corônis, filha de Flégias, rei dos lápitas. Educado pelo centauro Quirão (ou Quíron) fez tantos progressos na prática de cura, tendo chegado a resuscitar alguns mortos, que motivou a ira de Zeus, que o matou.

Asclépios tem, desde então, seu nome vinculado eternamente às práticas de cuidar da saúde, de manter e recuperar a vida. Ora, fazermos clínica é exercermos o papel asclepiano. Como não?!

Fazer-nos semideuses do processo de cuidar (radicalidade admitida na ênfase de que não há uma clínica exclusiva, mas de que somos clínicos, e que ela se realiza na relação com nossos pacientes/usuários) é convidar-nos a um agir cujo limite estaria dado pela afronta aos deuses. A clínica se pretende soberana e ilimitada? Quem é o Deus a quem acaba por contrariar?

O que vai além da clínica a que aludimos? Este ir além jogaria a clínica, e a gestão que dela extraímos, à tarefa de funcionarem como encaixotadores de Asclépios e de sua prática exponencialmente colocada em defesa da vida e de sua manutenção a qualquer custo?

É justamente o caráter e os usos deste fazer clínica e dos modos de geri-los que gostaríamos de pôr em discussão. E o que tentamos pôr em exame no decorrer deste livro. Pois deixada a seu arbítrio a que (im)possibilidades a prática de curar nos levaria, não tivesse algum limite a definir seu escopo, seus céus e seu chão conceitual?

O que implica considerar a profunda tensão dialética que a sustenta em termos de seus traços mais contraditórios, justamente aqueles que residem no humano, o adjetivo que especifica de qual vida estamos falando.

Deste explícito ponto de vista, fica o convite à leitura crítica da razão da clínica, e de suas relações com as razões da gestão para que distingamos, ao fim, a que clínica e que gestão queremos chegar.