



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Gerson da Costa Filho

**“Ensaio clínico randomizado”:
reflexões assistemáticas sobre a prática médica**

Rio de Janeiro

2018

Gerson da Costa Filho

“Ensaio clínico randomizado”: reflexões assistemáticas sobre a prática médica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

C837 Costa Filho, Gerson da
“Ensaio randomizado”: reflexões assistemáticas da prática clínica /
Gerson da Costa Filho – 2018.
60 f.

Orientador: André Luis de Oliveira Mendonça

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Medicina geral – Teses. 2. Medicina interna – Teses. 3. Assistência
ao paciente – Teses. 4. Relações médico-paciente – Teses. 5. Prática
profissional – Teses. 6. Empatia – Teses. 7. Humanização da assistência –
Teses. I. Mendonça, André Luis de Oliveira. II. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Gerson da Costa Filho

“Ensaio clínico randomizado”: Reflexões assistemáticas sobre a prática médica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, área de concentração de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 25 de abril de 2018.

Orientador: Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben de Araújo Mattos

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. André Rangel Rios

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. José Wellington Gomes Araújo

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Meus mais sinceros agradecimentos ao Instituto de Medicina Social e à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pela experiência intelectual mais desafiadora e edificante de minha vida. Em especial, a todas e todos os colegas de teoria e de ação no Coletivo de Estudantes pelo ensinamento de que, na saúde como na vida, “só o coletivo salva”.

A minhas amigas e amigos de turma e de seminário de pesquisa por todo apoio, crítica responsável e provocação reflexiva com que pôde lidar esse jovem pesquisador.

Aos mestres pelas muitas lições, dos livros e da vida; sobretudo meu orientador André Mendonça pelo exemplo de intelectual livre, solidário e implicado, pela sensibilidade, paciência e por todo o entusiasmo que instilou desde o princípio nessa pesquisa.

Aos trabalhadores da starbucks® pela companhia paciente em meus serões intermináveis e pelo café filtrado a granel, fetichizado conquanto saboroso; ao Yann Tiersen pela trilha sonora que embalou boa parte desse texto, entre os bloqueios e as epifanias.

A meus pacientes, os professores mais tenazes e generosos que esse aluno turrão jamais pôde (e continua a) encontrar.

A meus pais e irmãos, por tudo.

Inclinar-se é reverenciar o outro...

André Luís de Oliveira Mendonça

Despite its own emphatic claims to the contrary, medicine is not a science at all – and nor, incidentally, is it an art. Medicine is a practice.

Kathryn Hunter

The value of experience is not in seeing much, but in seeing wisely.

William Osler

RESUMO

COSTA FILHO, Gerson. *Ensaio clínico randomizado*: Reflexões assistemáticas sobre a prática médica. 2018. 60 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Investigar como a clínica médica pode ser, simultaneamente, prática profissional e prática de cuidado – é esse o tema e o objetivo que põem em movimento o presente estudo. Valorando a experiência empírica e a reconstrução reflexiva, este ensaio parte da concepção do trabalho médico como produtor de cuidados para propor um itinerário conceitual pelos meandros de sua prática: o caráter laborativo e a tensão entre razão, técnica e criatividade; a relação entre médico e paciente e as implicações do afeto e do desejo no dispositivo clínico; o outro como sentido e como realizador do cuidado em produção. Elucidando os aspectos foracluídos da medicina clínica contemporânea para resgatar a potência humana e evidenciar os limites de sua prática para além da neutralidade rigorosa imposta pela narrativa científica hegemônica, conclui-se por meio da análise e discussão que viabilizar uma medicina cuidadora depende de uma nova forma de “ensaio clínico” – capaz de aliar a ousadia e a liberdade da experiência real da prática (que é técnica, mas não só), à orientação para o outro, em sua singularidade e possibilidades de ser.

Palavras-chave: Clínica médica. Trabalho médico. Relação clínica. Cuidado médico. Ensaio clínico. Prática médica.

ABSTRACT

COSTA FILHO, Gerson. *Randomized clinical trial: Asystematic reflections about medical practice*. 2018. 60 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

To investigate how clinical medicine can be, simultaneously, a professional practice and a practice of care – such are the theme and objective that set in motion the following study. Valuing both empirical experience and reflexive reconstruction, this essay relies on the conception of medical labor as productive of care to propose a conceptual itinerary through the insides of its practice: its laboring character and the tension between reason, technique and creativity; the relationship between doctor and patient and the implications of affection and desire in the clinical device; the other as the one who gives the meaning and actualizes the care in production. In elucidating the foreclosed aspects of contemporary clinical medicine in order to rescue its human strength and clarify the limits of its practice beyond the rigorous neutrality imposed by its scientific narrative, the analysis and discussion allow us to conclude that making way for a caring medicine is conditional to a new form of “clinical trial” – one capable of uniting the courage and the freedom necessary in the real experience of the practice (including, but not limited to the technique) to the orientation towards the other, in one’s singularity and multiple possibilities of being.

Keywords: Clinical medicine. Medical work. Clinical relationship. Medical care. Clinical trial. Medical practice.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	8
1	TRABALHO: ENTRE O ALIENADO E O HUMANIZADOR	20
1.1	Genérico e alienado; suspensão e criação	23
1.2	Das razões do trabalho	25
1.3	“Standard of care”: A morte da clínica?	28
2	RELAÇÃO: A RAZÃO AFETADA E A PANACÉIA DOS DESEJOS	31
2.1	Antes de tudo, o afeto	33
2.2	O desejo de adoecer e de curar	36
2.3	O dispositivo clínico: o espaço da heteronomia	40
3	O CUIDADO E O OUTRAMENTE INFINITO	46
3.1	Da ética ao ato	47
3.2	O Outro em movimento	51
3.3	“Aos cuidados de seu médico”	54
	CONSIDERAÇÕES A MAIS	55

INTRODUÇÃO

Uma biografia é, de certa forma, uma sucessão de episódios significativos que descrevem uma trajetória. Curioso, no entanto, que no percurso de uma vida boa parte dos acontecimentos, mesmo os mais profundamente marcantes, tenham uma natureza relativamente ordinária ou prosaica: o amor e o luto, a luta e a sorte, o êxito e os fracassos. Se o cronista admite que “Nosso destino é morrer. Mas é também nascer. O resto é aflição ou frivolidade do espírito.” (Campos, 2013), talvez o faça não tanto por fatalismo quanto por sobriedade – afinal após os muitos impasses, contradições, e perplexidades que marcam e por vezes definem o rumo da vida, a biografia bem narrada e de trás para a frente pode bem deixar escapar, apagando o lápis do rascunho, deixando apenas a tinta da história.

Que se diga então do que é ainda menos conspícuo e “digno de nota”; o comum cotidiano, os afazeres, os contratempos, os (des)encontros e os pequenos gestos. Não é sem algum desconcerto que eu busco nessa aparente trivialidade das coisas, tão aquém dos grandes sistemas e das explicações macrodeterminadas, o encontro, a interrogação e (com alguma sorte!) respostas possíveis às questões que atravessam o fazer e o sentido da prática médica. Como adverte Vaneigem (2016), é da vida cotidiana que emana sempre “a exigência de uma luz mais viva [...] da necessidade, que todos sentem, de harmonizar seu passo com a marcha do mundo”, em que “sob a casca das palavras e dos conceitos, a realidade viva da não-adaptação ao mundo está sempre agachada, prestes a pular”.

Multiplicadas pela variedade infinitesimal dos fragmentos de histórias de vida das tantas pessoas cuja interpelação por cuidados médicos abre janelas de visadas mais ou menos estreitas, é notável que uma e outra escapem do esquecimento a que as condenariam o tempo, a pouca dramaticidade e as eventuais repetições, e “pulem”, se fixando entre a memória e a imaginação, entre o pensamento e o afeto, como impulsos persistentes para a reflexão. É a uma dessas experiências comuns que me remeto para situar aqui a discussão e seu objeto, com o tomar consciência de uma prática – seja em sua atividade e operação tangível, no ato de fazê-la em si; seja no “eu” que nela se percebe em atuação e perante os outros. Eis aqui a breve lembrança:

O começo daquele dia foi como o da maioria dos outros; enérgico, fresco e discretamente atrasado. Como invariavelmente, à minha espera um grupo de rostos algo reconhecíveis mesmo no relance em meio ao intenso movimento matinal – mas hoje há um nome anteposto à lista de consultas: a pequena Isabela, que tinha então cinco meses e um laço

rosa sobre o lado da cabeça. Vendo-a ali sorridente e um pouco agitada era difícil imaginar a intensidade dos seus primeiros momentos – Isabela nasceu prematura e ficou internada em terapia intensiva por um breve mas angustiante tempo. Crescia desenvolta, sob o olhar cauteloso e os cuidados da mãe e do pai, o susto dos primeiros momentos apenas resgatado da lembrança por ocasião da rotina de atendimentos, exames e cuidados, naturalmente mais intensa do que seria habitual. Hoje era uma dessas ocasiões – Isabela não era minha paciente, nem pretendia vir a sê-lo, mas sim vizinha de uma colega da clínica. Buscava comigo os formulários que em duas outras tentativas não tiveram sucesso em obter para realizar uma vacina especial, foi o tempo no respirador mecânico e a prematuridade que haviam tornado seus pulmões possivelmente mais frágeis.

Superada a minha contrariedade inicial por esse contato assim efêmero e pontual (a essa altura isso já era algo relativamente excepcional em minha prática, habituada a acompanhar pacientes ao longo do tempo) e, sobretudo, seu teor à primeira vista quase apenas burocrático, já antecipava adiante um certo desconforto que tinha duas razões – a história de Isabela, apesar da pouca idade, não seria nada breve, e sua fragilidade exigia todo zelo na prospecção e no relato; por outro lado, eu não era o primeiro e nem seria o último a ouvi-la. Isabela estivera com ao menos dois outros médicos ainda naquele mês e era um desses colegas, pediatra cujo consultório ficava próximo de sua casa, que provavelmente daria o seguimento a seus cuidados, à revelia dos esforços empreendidos em nosso encontro de hoje.

A mãe atende a meu chamado com o olhar, sua expressão é ligeiramente apreensiva; saímos da recepção tumultuada em direção à calma fluorescente do consultório. Faço o possível para aliviar sua preocupação com um sorriso enquanto reúno a energia para percorrer a longa lista de procedimentos que nos aguardam, revisar documentos, questionar detalhes, perscrutar omissões, numa gentil e sumária devassa; em seguida, tomar a pequena em mãos para sentir, cotejar, iluminar, medir, aferir e testar seu pequeno e fresco organismo; enfim compor a rigorosa narrativa que alinhava e ordena todos esses dados e dela extrair a lista de afazeres que o cuidado da pequena Isabela ainda haveria por mister.

Seguimos com uma breve conversa sobre comida, a oferta de suplementos ferrosos e uma dose perdida de uma vacina rotineira por aplicar; um exame de olhos, outro de ouvidos; e enfim os formulários para a vacina especial. Algumas páginas preenchidas, conferidas, assinadas e entregues, enfim uma checagem geral se não esquecemos de mais nada e nos despedimos. A mãe de Isabela com uma expressão de gratidão terna, a pequena tão acesa e atenta como quando começamos. Não mais nos vimos, mas soube pela colega que enfim tiveram sucesso e conseguiram e lhe aplicar a dose da tal vacina especial...

“Vamos cuidar das pessoas” – muito antes de se consagrar num bordão eleitoral hoje já desbotado, essa frase expressa parte importante do imaginário que permeia as práticas de saúde, seu significado e sentido, tanto para os trabalhadores do setor quanto para os pacientes e a sociedade em geral. Se por um lado falar de cuidado pode soar trivial nos serviços de saúde, e (em sentido estrito) nos textos técnicos e políticas setoriais, o que ele evoca tem ao mesmo tempo um caráter empírico e de senso comum, alusivo às práticas concretas e corriqueiras; e uma significação mais ampla, mais abstrata e um pouco elusiva, de compromisso ético com uma solidariedade humanista, altruísta, filantrópica.

De forma mais específica, é na prática clínica que médicas e médicos são capazes de se reconhecer, com certa familiaridade dada pela reminiscência de sua trajetória de formação ou pela vivência cotidiana do trabalho, cuidando das pessoas. De fato, todas as transformações tecnológicas da medicina, sua progressiva compartimentação e o aprofundamento de seu saber não tornaram prescindível o atendimento clínico para a maioria das especialidades médicas¹, muito menos o encontro e o contato (ainda que com intensidade limitada, variável, ou por tempo restrito) com as pessoas que buscam sua assistência. Há sempre um certo alguém de quem se aproximar, sobre quem se “inclinam”.

Aqui cabe colocar uma primeira questão, referente à noção de clínica médica. De fato, não é possível pensar a clínica como uma coisa só, tendo apenas uma forma ou possibilidade de acontecer ou se praticar. Como prática social ela é aberta e inacabada, pode acontecer e de fato se põe em cena de várias maneiras através de cada sujeito que a opera, bem como se transforma ao longo da História e conforme seu contexto. Como tal, pode igualmente ser pensada de várias formas, com distintas ênfases e pontos destacados para a reflexão; pode-se por exemplo olhar de perto sua lógica interna, em seu encadeamento intrínseco, ou mais de longe, atentar para seus condicionantes estruturais ou “externalidades”. De toda forma, ainda que explicá-la seja um desafio para o pensamento mais linear, caberia a formulação de Camargo Jr (1992), que reconhece na Medicina “um emaranhado igualmente desarticulado onde se misturam várias peças dissimétricas que incluem em proporções variadas tradição,

¹A título de ilustração, das chamadas *lifestyle specialties* (“especialidades de estilo de vida”, escolhas prestigiadas pela combinação de bons salários, trabalho em horário comercial ou flexível e fácil inserção no mercado de trabalho), a saber, Radiologia, Oftalmologia, Anestesiologia e Dermatologia, apenas a primeira pode prescindir corriqueiramente de atendimentos “clínicos” (embora exames como ultrassonografias e procedimentos de radiologia intervencionista exijam algum contato e proximidade em nível pessoal).

‘ciência’, pressão das indústrias farmacêuticas e de equipamentos e uma larga margem de incerteza”. Campos (2007), de forma similar, aponta o que seriam os diferentes “semblantes ou dobras” da Clínica médica ao destacar e colocar em questão certos aspectos particulares das formas distintas com que a mesma se apresenta; ressaltando que todavia mantêm entre si uma contiguidade e pontos de convergência – a feição geral na qual são reconhecíveis, no plural, como Clínica.

Se por um lado clinicar é algo que requer sempre alguma proximidade, isto é, uma prática que não pode prescindir de estar com o outro na sua operação, seja para ver e tocar o corpo doente, seja para ouvi-lo e para lhe falar – razão pela qual podemos afirmar que se realiza no encontro – ela, por outro, também agrega, lança mão de um conjunto amplo de recursos e instrumentos, muitos dos quais lhe são externos no tempo e no espaço – exames, procedimentos, intervenções, a prática de outros especialistas médicos, mas também de outros profissões. Também a aproxima do outro um certo sentido de urgência que sempre a orienta, um imperativo de ação – para as questões, problemas ou necessidades trazidas pela pessoa que busca sua assistência, o clínico não pode se manter indiferente, mas busca oferecer respostas: nomes de doenças, suas razões e seus motivos, propostas de investigações para esclarecê-las, formas para manejá-las visando sua superação ou alívio. Um encontro direto, íntimo e pessoal – e para isso apoiado numa relação de confiança, para se estabelecer e sustentar, salvaguardada pelos compromissos éticos da profissão com o zelo, o respeito, sigilo e a liberdade de escolha.

O conhecimento que informa a técnica e é fortemente ancorado nas ciências da natureza e na matemática, fontes de sua legitimidade e mesmo certo fascínio, encontra todavia limites na sua tradução para a realidade da prática individual e imensamente variável. Se por um lado a especificidade de sua aplicação nas situações concretas e particulares, em oposição aos cenários artificiais *ad hoc* em que o mesmo é produzido sempre suscita questões acerca de sua validade; por outro a incerteza lhe é inerente, ainda que racionalmente controlável. Mais ainda, o risco do dano – a produção de efeitos deletérios e prejuízos, a doença dita iatrogênica – está sempre presente, e é crescentemente mensurável e posto em evidência: a intervenção imprudente ou precipitada está sempre a um passo da maleficência.

Suas categorias clássicas, como “doença” e “fator de risco”, nem sempre se adequam às formas dos problemas e necessidades experimentados pelas pessoas; e sobretudo, não há saber científico capaz de dar respostas definitivas e a priori para as questões que envolvam opções, escolhas e valores (mesmo que na sua aplicação, os clínicos de carne e osso possam ser tentados a fazê-lo). O sofrimento em si, como experiência subjetiva, é reconhecido e

legitimado pelo compromisso ético da profissão, mas não de forma irrestrita – frequentemente é exigida sua tradução à gramática médica do adoecimento, delimitada e justificada nos termos da racionalidade técnica como expressão natural e predizível de tal ou qual doença, com tal gravidade e curso no tempo. O outro que sofre pode restar afastado, como que além ou à parte do seu corpo doente que se apresenta como o sítio da lesão e o cerne do problema, e é portanto o objeto privilegiado do escrutínio e da intervenção.

A emoção, os sentimentos e os afetos que acompanham o adoecimento do corpo em geral permanecem à margem, ainda que naturalmente sempre presentes, recebendo a rigor pouca atenção e quase nenhuma elaboração lógica. A expressão de sentimentos e afetos pelas pessoas atendidas é tomada por sua aceção mais óbvia e remetida ao campo do trato social comum; ou, caso sejam pertinentes como possíveis expressões de distúrbios bem determinados, são passíveis de redução à categoria bastante e “auto-evidente” de sinal ou narrativa objetivável de um sintoma, para então ser aproveitadas como dado classificatório da taxonomia nosológica (de forma parecida a um som cardíaco ou à coloração das mucosas). De forma mais severa, no que tange aos sentimentos dos médicos, as possibilidades de elaboração são ainda mais restritas – afetos são antes de mais nada prováveis causas de erros cognitivos, e portanto incompatíveis com a o raciocínio técnico diligente. Urge portanto suprimi-los (qual o observador neutro na ciência positiva) para restaurar a autoridade do olhar médico – sob pena de tornar impossível a ação do profissional.

A prática da clínica nas condições concretas de nossa formação social tampouco é isenta de influências de seu contexto. A aplicação de sua técnica tem que se haver com a realidade, e não raro encontra obstáculos na indisponibilidade de recursos, insumos, medicamentos ou tecnologia material, ao nível institucional ou no plano do indivíduo, do poder de consumo daqueles que sejam seus “pacientes”².

Tomando o exercício da medicina como trabalho tecnicamente qualificado – e nesse sentido relativamente escasso – e como prática histórica – portanto alinhada com seu tempo – as formas de sua oferta e procura, produção e consumo, organização, avaliação e controle, contratação e remuneração tem também se transformado, o que por sua vez influencia a realidade da prática. O aprofundamento e adensamento do saber técnico impulsiona a progressiva especialização da profissão, o que torna o escopo de atuação técnica progressivamente menor e mais parcial – e reitera a questão da perspectiva de todo, até certo

²De fato, os custos crescentes face a perda de eficiência da medicina são hoje o impulso de suas principais críticas, inclusive em propostas de reorganização dos modelos de provisão de cuidados assistenciais (Mendes, 2011 e 2012), por sua vez um dos impulsos para o debate sobre os fundamentos conceituais do trabalho e da produção em saúde (Merhy, 2002).

nível imprescindível. Corolário direto, a interdependência entre a atuação dos diversos especialistas (e seus respectivos recursos tecnológicos) é cada vez maior, o que não suspende, a autonomia profissional e a responsabilidade deontológica e legal de cada médico por sua prática, conquanto as ponha reiteradamente em cheque.

Quanto à prática clínica no âmbito das organizações de hoje, dos serviços e sistemas de saúde tanto em estabelecimentos privados quanto no âmbito do Estado, a racionalidade da administração científica e da gestão orientada por resultados impõe contingências e induções processuais, burocráticas e financeiras à dimensão técnica da prática, e nela reflete um conjunto de valores e lógicas de operação próprios. O controle do tempo, a eficiência e a produtividade disputam a atenção e os esforços do médico com o tradicional zelo pela boa prática, o compromisso ético com a oferta de cuidados de qualidade e que propiciem o máximo de ganho em saúde; dentro dos limites, é claro de suas capacidades profissionais.

Sim, clinicar envolve um pouco disso tudo e possivelmente mais; lidar com ciência, técnica e ética em uma trama mais ou menos criativa e permeada de afetos, gerando valor em um dado tempo e espaço. E como aponta a própria raiz etimológica da palavra clínica, no encontro com o outro, “inclinado” junto a ela ou ele sobre quem incide o ação prática, mas que também é, necessariamente e sob diversos aspectos, seu coautor.

Essa multiplicidade de facetas tornam a reflexão sobre a prática da medicina clínica uma empreitada desafiadora, seja na extensão do tema, seja na pluralidade de perspectivas que desafiam sistematizações simples ou aproximações sumárias entre terrenos teóricos irreduzíveis entre si. Se por um lado é verdade que as próprias disciplinas clínicas pouco se ocupam do esforço de se definir em sua prática – tendo estabelecido já de longa data o consenso clássico (e quase axiomático, de tão pouco questionado quanto elucidado por ela) de uma frouxa conjugação entre “arte e ciência”³ (Kasper et al, 2014), quando ampliamos as fronteiras disciplinares como é o caso na saúde coletiva, permeável às ciências humanas e à filosofia, garantir algum nível de encontro conceitual que favoreça o diálogo entre os saberes pode ser um esforço atlântico e não necessariamente produtivo. Sendo assim, aposto em uma trajetória que leve a cabo alguma transgressão das fronteiras que tradicionalmente delimitam o território dos saberes, ainda que mantenha o olhar firme, sem perder de vista o objeto que se propõe investigar.

³Camargo Jr critica de forma detida e contundente essa dupla pretensão ao ponderar como a Medicina carece dos fundamentos básicos de uma formulação científica “ ignorando os conceitos fundamentais de seu próprio funcionamento” e reunindo “fragmentos de discurso científico” num “feixe algo caótico [...] carente de organicidade”; ao passo que a auto-afirmação como arte serviria ao duplo propósito de, reconhecendo um terreno de imprecisão e subjetividade coexistente a sua operação racional – e desconcertantemente limitante, mas sempre secundário – restituir certo prestígio a seu operador como “artista, e não artesão” (1992).

Nessa perspectiva e à luz do que apresentei, sustento ao menos por ora o uso de termos e expressões como prática clínica, trabalho, encontro, cuidado e medicina como nomes, antes do que como categorias ou conceitos bem estruturados. Primeiro por seu uso corrente na língua portuguesa ser o uso que no mais das vezes se faz deles no âmbito cotidiano das práticas de saúde, seja nos consultórios, clínicas, ambulatórios e tantos outros “serviços” – os cenários em que se vem à tona os ditos microprocessos, o engendramento da micropolítica – dimensão à qual o estudo se volta prioritariamente (e com as quais está comprometido, sem todavia ignorar a parte que lhes cabe na formação dos fenômenos mais amplo, e as influências que sobre elas incidem vindas dessa esfera maior). Em segundo lugar, porque suas possíveis acepções específicas nos sistemas conceituais e enfoques teóricos de diversas disciplinas, ainda que sempre informativas e por vezes úteis, ultrapassam o escopo e os objetivos dessa reflexão, e ainda assim não afastam de todo o risco de restar insuficientes (ou até limitantes) face ao já assinalado caráter aberto e circunstanciado das práticas sociais e de saúde. Por fim, também por ter em vista a construção de uma crítica que se proponha eficaz não apenas em seu mérito estritamente teórico, mas com potencial de tomar parte no debate da forma mais permeável possível, interpelando a variedade de saberes e sujeitos envolvidos e ampliando suas chances de incidir sobre eventuais avanços, críticas ou transformações das práticas em questão (dentro, é claro, das possibilidades limitadas de uma pequena pesquisa).

Para pautar o percurso dessa reflexão lanço mão de algumas ideias que sirvam de inspiração para construir e articular essa análise, sem a pretensão de lhes ser rigorosamente fiel ou me ater com rigor aos percursos já trilhados por seu cânone ortodoxo; trata-se antes de tentar fazer jus à sua potência argumentativa testando-as em condições bastante diversas (e quem sabe não tanto adversas) na esperança de que suas tradicionais disjunções possam fazer as vezes de complemento: a ontologia hermenêutica, como um caminho para conhecer nas “ciências do espírito”⁴, e sobretudo reconhecendo que os fenômenos estão em “aberto” isto é, em uma dinâmica de transformação na tensão dialética entre o que visam e o que são dados a ser; o materialismo, reiterando o caráter histórico e social das práticas humanas, mas também, e especialmente, o caráter de “todo” desses fenômenos face às maneiras parciais e fragmentadas de descrever e compreendê-los; a inter-relação, nesse sentido, entre os diversos pontos e linhas do pensamento que não é apenas uma relação de concatenação linear, mas de múltiplas dimensões que caminham juntas – como idealmente a própria reflexão caminha com a prática; e não por fim, mas ao largo, a recomposição crítica e criativa entre elas, no espaço de construção (e experimentação) do ensaio.

⁴Isto é, que tratam das humanidades, em oposição às ciências da natureza (cf. Ricouer, 2008).

Estudar e conhecer as coisas históricas e humanas requer a possibilidade de lhes conferir sentido, de buscar nestes objetos unidades que possam ser ordenadas dentro de um campo de regularidades que chamamos de “real” (Gonçalves, 1994). Para isso um ponto de partida interessante para as “ciências do espírito” – sempre sob escrutínio pela inextricável promiscuidade entre o sujeito que observa, estuda e pesquisa e o seu objeto observado – encontra-se em procurar, antes de mais nada, a “maneira de ser e relacionar-se com os seres” (Ricoeur, 2008) daquilo que buscamos conhecer, antes mesmo do que se prender às condições postas a priori por um dado método, disciplina ou tradição. Ao invés de decidir de antemão com que lentes olhar ou com quais caixas embalar (isto é, comprometer-se com determinados conceitos ou sistemas), tomar o que temos diante de nós (ou seja, tentar retomar uma certa origem da experiência do fenômeno, que quiçá é mesmo pré-linguagem), que no caso remonta à prática em si, para perceber esse objeto e orientar sua exploração. A trilha das “condições ontológicas” segue, assim, antes e “por debaixo” da epistemologia para então ser capaz inclusive de explicitar e apreender sua construção⁵.

Essa percepção da coisa, essa espécie de momento inaugural do conhecimento que vale para o objeto observado vale também para o observador – aquele que se propõe a conhecer também é uma coisa, um ente, com todavia a peculiaridade de ser capaz de se perceber situado na realidade e se orientar nela – um ser-no-mundo. Para compreender e interpretar, as operações do pensamento que interessam à produção de saber e construção do conhecimento, lança-se mão dessa pré-compreensão, uma antecipação que se tem das coisas a partir de seu lugar, com a qual é possível explorar, na teoria e na prática, as “possibilidades de ser” – isto é, projetar – desenvolvendo essas antecipações “sobre as ‘coisas mesmas’”, ao invés de pretender se restringir a apreender, com toda a minúcia e o rigor alcançáveis por uma neutralidade supostamente impassível – e justo dizer que, de todo, impossível – o fato fixo e inerte que se oferece à observação imparcial. (Ricoeur, op.cit.) Compreender e interpretar são portanto esforços ativos e implicados perante entes, coisas e fenômenos que nos interpelam e implicam.

Nessa mesma perspectiva, é igualmente importante ter em conta que esse acesso antecipatório ao fenômeno, essa experiência que antecede e fundamenta a sua explicação e que é a própria experiência ativa de projetar, é feito a partir de um lugar particular na História. É a partir dessa inserção na História que as tradições de pensamento, precedentes, integrantes e constitutivas de nós, que dão a condição a partir da qual tratamos de nos debruçar sobre a

⁵Como, por exemplo, a linguagem antecede o discurso; ou, em outros termos, a linguagem, enquanto enunciado, só acontece após a compreensão e interpretação (Ricoeur, op.cit.).

realidade, que ao elaborar, compreender e tomar parte na experiência também a coproduzimos. Nessa relação, se resta impossível a pretensão ao “distanciamento alienante” apontado por Gadamer (idem), uma espécie de liberdade de pensamento presunçosamente “descolada” da História, tampouco seria possível permanecer imerso nesse mesmo real que nos compreende enquanto nos esforçamos para olhá-lo e entendê-lo: é preciso assumir responsabilmente a consciência da pertença histórica, ainda que ao fazermos isso já nos tenhamos deslocado, nos afastado dela – uma “dialética entre participação e distanciamento” (idem). E é por aqui que se abre o caminho para a crítica e o diálogo com outras perspectivas, sem precisar de um referencial final, perfeito e bem acabado, muito menos único, mas convergindo e divergindo em horizontes. Conscientes do lugar situado e finito de que olhamos, é possível ser capaz de manter um ponto de vista sobre o distante, aberto o bastante para que meu horizonte possa ser compartilhado por outras visadas. É assim que se garante o espaço para perspectivas diversas que, mesmo não sendo interredutíveis, não são necessariamente incompatíveis, e permite-se que tomem parte na contínua conversação em busca de modos novos de conhecer, expressar e “lidar com o mundo” (Rorty, 1995).

É preciso reconhecer, no entanto, que coisas complexas como as práticas sociais são resultado de processos que envolvem possivelmente um conjunto variado de operações e elementos, condicionados entre uma pluralidade de possibilidades e determinantes articulados em diversos níveis, o que naturalmente desafia a possibilidade de apreendê-las inteiramente à uma pela cognição como pelo conhecimento que pode dela derivar. Por outro lado, também não convém pensar que basta a decomposição em seus elementos parciais e constitutivos, quando tomados de maneira assim estanque, para esgotar a questão – a abstração que permite apreender seus fragmentos particulares careceria de um sentido de conjunto. Esse aspecto torna-se especialmente relevante quando consideramos a importância de superar a “aparência”, o valor de face possivelmente enganoso (embora constitutivo) de um fenômeno para ir em direção ao que interessa na pesquisa, ao mais “essencial” – suas engrenagens, sua estrutura, mas também seu movimento e suas decorrências (mesmo compreendendo a “essência” como aberta, e em sua apreensão pelo intelecto, sendo por ele também construída). Quando remetida à totalidade, ainda que de forma incompleta, a compreensão, interpretação e descrição reconstrutiva aspira então, justamente, a se aproximar um pouco mais desse “real” que interessa e que se tenta descrever e (re)construir; de tentar tanger de modo fragmentário mas sintético isso que (ainda que possa soar presunçoso ou definitivo) Lukács chamou de “fato ontológico” (2012 e 2013).

Assim o caráter que busco, aplicando esse encontro de perspectivas no lidar com o saber e o conhecimento (em sentido amplo, científico ou vulgar; ou como aqui mais especificamente nas humanidades), é o da abertura, o de uma visada ampla e eclética que seja flexível o bastante para lidar com os desafios que se põem diante dela; ostensiva o suficiente para imprimir sentidos sensatos (mas também sensíveis), além do que imbricada o bastante para permanecer pertinente às interrogação trazidas pela vida. Nos termos dessa proposta, a hermenêutica ontológica responde à aspiração de superar os limites prepostos ao pensamento pela adoção de um método, reconhecendo e perseguindo o caráter dinâmico, permanentemente inacabado das práticas sociais. Mais ainda, reconhece que refletir sobre elas – bem como, sobre as condições de seu conhecimento, pois o saber e o fazer científico também são práticas humanas – é parte do mesmo processo que institui e transforma as práticas, pois não se trata de apreender os fatos como sejam oferecidos à intelecção, ou seja, como dotados de um facticidade fundamental e explicitável, mas de reconhecer no ato intelectual essa atitude que institui as intenções e os fatos (Lévinas, 2010) – qual a advertência do gato a Alice, o caminho que se vai tomar apenas importa se importa o lugar aonde se quer chegar.

Longe de se prender numa tautologia, como já assinalado pela “escavação epistemológica”, o que se aponta é a sua superação, no recurso a um nível de compreensão que se é mais profundo e elementar, é nesse sentido também menos totalizante; se parcializa, o faz condicional a uma visão de conjunto.

É preciso distinguir assim, do que se critica como a “ontologização” de determinado fenômeno ou objeto (Campos, 2007), nessa perspectiva de facticidade temporal: a crítica à operação analítica que presume uma falsa concretude ou uma realidade própria e autônoma nos fenômenos que todavia são circunstanciais, derivados e apenas aparecem de forma distinta porque são assim apresentados por meio de uma formulação intelectual ou narrativa⁶. Tal equívoco, seria sensato sugerir, tem mais a ver com uma reificação ou hipóstase (Lukács, 2012), do que com uma elaboração “ontológica” nos termos aqui apresentados.

⁶No caso específico – o da Doença – que se realiza em sua expressão cultural, subjetiva e anatomoclínica, cabe reconhecer que sua afirmação como categoria analítica para o pensamento das ciências naturais (que a avulta e distingue, como uma espécie de entidade fantasma, que por informar a medicina ganha ampla projeção e legitimidade na cultura) não é mais do que um artifício conceitual, isto é, sua facticidade é contingente. De fato, portanto, a crítica é justa, mas talvez o problema em questão não seja tanto ontológico – não se trata de por em questão a existência ou utilidade do fenômeno ou do conceito de doença – quanto talvez mais justamente epistemológico – pela redução e representação do fenômeno em um campo teórico-conceitual de explicações estritamente mecanicistas como o da anatomia patológica e das demais ciências naturais (como já apontado por Foucault, 1977), que presume que a facticidade é um atributo intrínseco e antecedente daquilo que se observa, e não uma possibilidade depreendida e criada pelo observador.

Seguindo essa perspectiva é que proponho adotar uma forma que permita conciliar o rigor das formulações com a transparência da crítica (Lukács, 2008), não só tendo em vista a tomada de parte na conversação aberta com a comunidade do conhecimento – de onde, ademais, hão de vir as críticas cujos elementos permitam o reparo e o avanço das formulações apresentadas; mas antes mesmo, para viabilizar o manejo das ideias, afluentes ou inspiradas pela História do debate científico. Sendo preciso liberdade para ordenar e reordenar conceitos e formular reflexões que facultem a compreensão e ofertem o poder explicativo próprio de uma produção científica; bem como garantir espaço para seguir com criatividade e curiosidade sem abrir mão do compromisso com a honestidade intelectual e a responsabilidade ética e política – características de um campo de saberes implicados com a defesa da vida e do bem coletivo (Mendonça, 2017) – a preocupação com a forma não se trata de questão menor.

Em termos mais práticos, ao lidar com objetos complexos, dinâmicos e abertos como as práticas sociais aqui investigadas, torna-se mister ser capaz de lidar não só com elementos amplos ou previamente articulados em ordenamentos já bem coesos, mas também e sobretudo com fragmentos e parcialidades descontínuas e lacunares, afinal é assim que experimentamos a realidade empírica. Reunidas na alusão e na referência de todo – que se apoia em última instância na própria integridade do fenômeno enquanto o mesmo se dá na experiência – é que se torna possível empreender uma reconstrução sensata e legível, e que aspire superar um reducionismo excessivamente esquemático e criticamente estéril (Adorno, 2003). Um ensaio é portanto, como o que aqui se enseja, a forma “metodicamente sem método” (idem) mais adequada para engendrar esse projeto.

Refletir sobre a prática partindo e voltando para o lugar da prática, ainda que dele deslocado pelo distanciamento necessário à reflexão. Para isso, proponho interrogar uma formulação que assumirá o caráter de ponto de partida, seguida de outras que se articulam a ela, os pressupostos fundamentais para compreender e pôr em questão como e o que se dá (e pode se dar) na prática médica, para em seguida introduzir algumas ideias e explorar argumentos em torno desse ponto central colocado em questão. Recomeço então voltando ao ponto de partida: se o “trabalho em saúde [é o] elemento central do modelo de produção do

cuidado” como afirma e sustenta Merhy (2002; Franco e Merhy 2012), como se dá o caminho pelo qual uma coisa pode produzir a outra; ou talvez, mais especificamente, como uma mesma prática, a da medicina clínica, poderia comportar essas duas dimensões aparentemente tão distintas (para não dizer incongruentes) – de trabalho produtivo e de prática de cuidado?

Para isso, e assumindo que na prática clínica isso possa de fato vir a acontecer, parto da formulação de que o trabalho pode produzir cuidado mediado pelas relações para interrogar sobre a natureza do trabalho, quais as suas propriedades e que implicações tem nos sujeitos que trabalham; em seguida, debato como ele se dá à luz das racionalidades que o ordenam, e as consequências que tem as mesmas para o trabalho da clínica e para as possibilidades de cuidar. Num segundo momento, proponho, na compreensão da clínica como encontro, questionar o que a sustenta e vincula, bem como que lugar teriam nela os afetos, como condição para a eficácia da relação clínica e do cuidado. Por fim, olhando para o cuidado como produto resultante (ou, talvez melhor dito, sentido) desse trabalho, interrogo o que lhe confere e fundamenta seu caráter de cuidado, bem como algumas das implicações que daí advém para repensar nossas formas de praticar, ordenar, ensinar e transmitir a clínica médica.

1. TRABALHO: ENTRE O ALIENADO E O HUMANIZADOR

“Em uma sociedade que confunde trabalho e produtividade, a necessidade de produzir é sempre antagônica ao desejo de criar. O que sobra de centelha humana [...] em gestos sem sentido?”

Raoul Vaneigem

Trabalhar em saúde na produção de cuidados. Como é possível, no entanto, que o trabalho comporte ou, mais ainda, produza essa prática que cuida, que tem uma “dimensão cuidadora”? À primeira vista, falar em cuidado pode parecer bem abstrato (para não dizer intangível – se não é fácil circunscrevê-lo por uma definição que não resulte demasiado esotérica, também não é simples adscrevê-lo a um tipo ou qualidade de ato especificado com precisão e que deixa, talvez injustamente, outros de fora; ou ainda, no oposto, torná-lo ostensivo e difuso a ponto de diluí-lo em um lugar-comum, arrisca deixá-lo sem muita utilidade semântica, quanto mais descritiva ou explicativa). Por outro lado é no labor dessas trabalhadoras e trabalhadores que se constrói ativamente a possibilidade de, em certas condições de resoluta implicação com o outro, gerar uma eficácia, um movimento que incide sobre a situação concreta com que se deparam e (quem sabe até) é capaz de transformá-la. É por essa fresta que pretendo conduzir o percurso dessa análise reconstrutiva, a articulação dessa engrenagem potente e potencial, mesmo que para isso arrisque alguma imprecisão por seu caráter tentativo. Os motivos para isso vem não apenas, mas sobretudo, de necessidades práticas e da experiência empírica: na prática médica, entre o rigor da técnica, os processos organizacionais complexos e os controles burocráticos maquinais e intransigentes característicos do nosso tempo – estabelecidos como precursores maiores, estruturais e determinantes das condições concretas do trabalho clínico de hoje – a prática profissional “protesta”, e se esforça por afirmar que tem sentido, por resguardar suas margens de autonomia e por fazer valer seus compromissos com o outro que assiste – mesmo que na pequenez de seus gestos individuais. É a essa tensão, tomada como constitutiva do cotidiano dos serviços de saúde desse início de milênio que interessa aludir aqui, em busca de

elementos e ideias capazes de colocar-lhe em evidência e equacionar em que medida, mantém sua viabilidade e se confronta com impasses.

Em Merhy (2002) temos uma primeira direção para essa questão de partida, por ele colocada primeiro – debruçando-se sobre o que fazem médicos e demais profissionais de saúde quando trabalham, apresenta a compreensão central de que a produção dos cuidados é realizada pelo trabalho em ato, e que se dá particularmente no encontro, na interface de ação entre o profissional de saúde e a pessoa que o procura com um problema, ou de maneira mais ampla, todo um “campo de necessidades” – que perfaz especialmente, ainda que não só, o que explicita a carta magna na afirmação do direito à saúde (Brasil, 1988): “a redução do risco de doença e de outros agravos” e o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Esse trabalho em questão, ao se realizar no momento mesmo em que se põe em atividade, é nesse sentido um trabalho “vivo”, que Merhy distingue como sendo aquele trabalho “em ato”, realizando-se no momento mesmo da produção, e em oposição ao trabalho dito “morto”, já realizado em um momento antecedente e cujo produto é a matéria ou os meios necessários à realização do trabalho que lhe é subsequente. Um dado trabalho morto é portanto, em processos produtivos complexos, a condição para a operação do trabalho vivo ao qual serve de substrato, ao passo que o trabalho vivo atualiza o valor produzido por tal trabalho morto em um tempo passado.

No caso da produção em saúde – e em meio a ela especificamente a prática médica – o trabalho em ato tem ainda a particularidade de ter uma base fundamentalmente “não material”, dado que emprega para sua organização produtiva “práticas discursivas” e conhecimentos diversos muito mais do que os “suportes materiais” e equipamentos, embora sem prescindir destes – razão pela qual Gonçalves (1994) já apontava o lugar central do “saber enquanto tecnologia na arquitetura do processo de produção”. Fazendo uma alegoria com o médico que atuando no encontro com o usuário lança mão das ferramentas de diferentes “valises tecnológicas”, Merhy descreve como a operação do trabalho vivo de produzir cuidado envolve, nessa acepção, diferentes tipos de tecnologias: tanto as materiais e instrumentais, chamadas de duras, constituídas por parcelas de trabalho morto; e as do conhecimento mais estritamente técnico ou técnico-científico que as integra e emprega à luz das situações atuais, as chamadas leve-duras, mesclando assim parcelas dos dois tipos de trabalho. Merhy todavia vai além, e aponta que o trabalho em saúde organiza o seu processo produtivo também e sobretudo segundo as variabilidades e a sensibilidade do encontro entre as pessoas – sua dimensão relacional – que nesse sentido também faz jus à qualificação de

tecnologia, e é o terreno por excelência do trabalho vivo no processo de produção do cuidado. As diferentes composições possíveis entre trabalho vivo e morto, a chamada “composição técnica do trabalho”, refletida diretamente pela predominância desta ou daquela modalidade tecnológica na condução do processo produtivo de certo cuidado de saúde, seria a característica fundamental que conforma os ditos modelos tecno-assistenciais.

O trabalho clínico, no encontro com o outro, operaria organizado pelo saber que traz a priori, mas também seria capaz de se expandir face às possibilidades do imprevisto e das vicissitudes, abrindo espaços para o novo, singularizando sua produção que é de uma certa forma sempre única; e se bem que intensa em termos de conhecimento e técnica, também em conteúdo humano e afeto, emoção e sentimento.

Aspecto central dessa compreensão que afirma o papel das relações na produção do cuidado é a ideia de um agir ou de uma prática, mas também de seu respectivo espaço de ação, chamado de “intercessor” (talvez bem designado também como “interseccional”), no sentido de que se dá interposto ou mediado entre as partes com ele implicadas, isto é profissional e usuário, médico e paciente. Como aponta o autor, não se trata de um somatório ou justaposição entre as duas partes, muito menos do protagonismo de uma face à passividade da outra, mas de uma operação contingente ao seu próprio ato e ao evento do encontro – nessa intersecção que os relaciona – e no qual ambos assumem papel instituinte (ainda que não o tempo todo, e não de forma simétrica), produzindo algo que é nesse sentido sempre novo e aberto.

O trabalho clínico seria assim capaz de produzir práticas eficazes de cuidado – no sentido de gerar produtos (materiais ou não, da ordem do conhecimento ou do afeto) dos quais é possível obter resultados “satisfatórios para trabalhador e usuário” – como resultado de sua organização orientada pela aplicação variável e composta de instrumentos, saberes e relações.

A partir desse panorama conceitual, o autor retoma a crítica dos modos habituais de organizar e operar as práticas em saúde para advertir dos riscos que incidem sobre as conformações tecno-assistenciais de nosso tempo e que ameaçam as possibilidades desse operar intercessor do trabalho na produção do cuidado. Destaco dois, estritamente relacionados, mas que operam de forma complementares: um de forma, por assim dizer implícita e outro, por oposição, explícito ou extrínseco; ambos incidentes sobre a composição técnica do trabalho. O primeiro se refere à adesão (voluntária ou constringida) por parte dos profissionais a uma atuação rigorosamente protocolar, “centrada na lógica instrumental e no ato prescritivo” como elementos principais da operação tecnológica. O segundo, as tentativas de reforma do modelo assistencial “por fora” e “por cima” a partir de processos de

microgestão que visam capturar o processo decisório no trabalho médico por meio de dispositivos de normatização e regulação do mesmo ato prescritivo e/ou de sua auditoria administrativa – a atenção gerenciada. Em ambos os casos saem reforçadas as vertentes tecnológicas duras e a produção do cuidado tende a ser centrada nas parcelas de trabalho morto, reduzindo a margem para atuação livre e criativa no encontro com o usuário.

Aqui me parece útil recuperar algo do debate conceitual que permita recolocar a questão de partida – de como o trabalho comporta a dimensão de cuidado – para detalhar e, com alguma sorte, ir adiante na crítica das formas capturadas que comprometem a potência do cuidado produzido pela clínica. Quando Campos (2007) adverte para a degradação da Clínica (que destaca como distinta de suas limitações estruturais, dos problemas congênitos que lhe seriam constitutivos), assinala como a ingerência de políticas equivocadas, desequilíbrios de poder ou interesses econômicos incorrem em organizações da clínica que Gonçalves já descrevera como “sistema de trabalho queixa-conduta” (op. cit.), e descreve que os médicos que assim a praticam assumem “um comportamento alienado [e] atendem os casos de forma padronizada, quase que independente da gravidade e das necessidades de cada um”, sem espaço para organizar respostas originais à “variabilidade possível do singular” e à “imprevisibilidade radical da vida”. Camargo Jr (1992), por sua vez apresenta como o panorama de progressiva “subdivisão [...] em número crescente de ramos (especialidades), cada vez mais restritos e pulverizados” é um aspecto da organização da prática médica que contribui para mantê-la distante de seus objetos pressupostamente precípuos, “sofrimento, saúde, vida, cura”. Alienação e fragmentação – conceitos longevos na descrição e crítica do trabalho, em sua relação com seus meios e objetivos. Proponho aqui uma aproximação mais radical dessa reflexão – no sentido de um retorno às raízes das ideias – para, trazendo-as ao contexto do trabalho clínico, dialogar com as formulações já apresentadas.

1.1. Genérico e alienado; suspensão e criação

Na perspectiva de uma teoria que se assume implicada com a transformação das práticas (e portanto fundamentalmente política) o materialismo histórico trata o trabalho como dimensão fundamental da existência do homem, enquanto indivíduo mas também enquanto coletivo humano, na fundação mesmo de seus princípios civilizatórios. De uma forma mais categórica, o elemento “humanizador do homem” (Lukács, 2013) e condição de sua existência

ao permitir a produção de valor, de utilidade. No ato dirigido por um propósito, consciente e livre, de incidir e transformar a realidade como ela se apresenta, estaria o ponto máximo em que se realiza essa potencialidade humana, o trabalho dito genérico. É também o trabalho em movimento que estabeleceria, em sua dinâmica, os elos articuladores fundamentais da relação do homem com a natureza, com os outros homens e, por uma forma de extensão reflexiva, consigo mesmo. Desses laços fundamentais teríamos a emergência fundacional da cultura e da sociedade, retomados continuamente no engajamento concreto e material de cada indivíduo.

É preciso notar que, todavia, que são evidentes as transformações pelas quais passa o “mundo do trabalho” desde os tempos do capitalismo industrial nascente que viu emergir a crítica marxista até as crises que sucederam sua era de ouro nas economias capitalistas avançadas e nas periferias industrializadas, na década de 1970 (Antunes, 2015) – com modelos de produção mais flexíveis, desconcentrados e com emprego intensivo de tecnologia produzem em menor escala (o resgate de um caráter quase “artesanal”), além do ganho de destaque do trabalho (e seu respectivo trabalhador) não-material. Há que se atentar, no entanto, em primeiro lugar, em que medida essas mudanças aparentes representam rupturas mas também sustentam permanências (por exemplo, como a desconcentração leva a fragmentação das tarefas a uma outra escala, tanto na elaboração quanto na execução do processo produtivo; ou como os regimes de trabalho e de contratação flexíveis, segmentando o coletivo de trabalhadores, na produção como na vida social segundo sua especialização, instaura novas formas de alienação); e por outro lado, como reconhece o próprio Antunes, há perspectivas nesse debate em “aggiornamento” que se ancoram na releitura de Marx, assinalando que as mudanças em curso não perderam seu lastro na história.

Assim, resgatando essa perspectiva conceitual mais “radical” é que procuro reafirmar como os modos concretos de organizar a produção social no interior das sociedades humanas desde o advento do capitalismo operaram distanciamentos entre o homem e o trabalho, em particular o despojando dos meios que usa para trabalhar – que, como bem descrito e analisado por Gonçalves (op. cit.) e retomado por Merhy (op. cit.) não são apenas materiais, mas também da ordem do saber que orienta e organiza os processos de produção: de fato, é Donnangelo (1979) que, discutindo as relações da prática médica com a ordem política e o modo de produção social, aponta como a clínica assumiu o caráter fundamental de “instrumento de trabalho” do médico, possibilitando a organização, no momento fundacional, da medicina moderna como prática liberal.

Alheio à finalidade e a função última do que se produz – e ao interesse que implica o trabalhador em sua produção – estabelece-se uma separação, de maior ou menor intensidade e

extensão no tempo entre o ato produtivo e o seu caráter criador, incorrendo numa situação de difuso “estranhamento”⁷: o homem um estranho ao objeto que produz, ao trabalho que realiza na produção em si e por consequência de si próprio e dos outros homens, que como ele trabalham (Marx, 2004).

Lukács (1979) aponta também que, se os problemas da vida cotidiana por seu caráter imediato contém o potencial para a alienar, dado que capturam o pensar e o agir das pessoas nesse nível de aparência dos fenômenos – que se apresentam heterogêneos, fragmentários e desconectados – é possível ao sujeito resgatar a sua singularidade em uma forma de ser que articule o conjunto de tais fenômenos e seu contexto, quando assim “suspende” a aparência aleatória de cada fragmento da realidade. Ao superar esse estado – histórico, e portanto contingente – de alienação e resgatar certa perspectiva da totalidade através da experiência concreta dos fragmentos, reencontraria seu caráter de homem genérico numa compreensão sentida e vivida nesse mesmo cotidiano. Esse “momento de suspensão” teria como vias principais para se dar, além da ciência e da arte, o trabalho criador – que é, nesse sentido, necessariamente não alienado.

São essas duas instâncias, a do sentido e a da criatividade no trabalho, que eu convido à reflexão sobre o papel das racionalidades que ordenam – e assim possibilitam como também restringem – os modos de produzir cuidados médicos.

1.2. Das razões do trabalho

Retomando nessa perspectiva o escopo do trabalho em saúde, e em particular do trabalho médico e clínico, as críticas de Merhy se revestem de toda uma nova camada de pertinência. A expansão da lógica da Atenção Gerenciada – apoiada por um lado na racionalidade administrativa que privilegia a produtividade e a eficiência alocativa, e por outro na racionalidade matemática (informada pela epidemiologia clínica e seu instrumental

⁷O tradutor Jesus Ranieri aponta para a distinção entre os conceitos de alienação e estranhamento assumem na obra de Marx, embora ressalve – aspecto que interessa aqui – que ambos sejam estritamente vinculados, como categorias com “relação de concentricidade”, referidas grosso modo respectivamente à forma mais abstrata ou mais específica das “formas de apropriação do excedente do trabalho e, conseqüentemente, com a desigualdade social, que aparece também nas manifestações tanto materiais quanto espirituais da vida do ser humano.” Para mais detalhes ver Marx (2004:15-16).

de marcadores e “desfechos substitutivos⁸⁷”) ao se propor a quantificar a prática, não só em termo de seus procedimentos constitutivos (atendimentos, exames e afins, como unidades simétricas ou pacotes homogêneos de cuidados), mas também, e sobretudo, em termo de seus desfechos e resultados – no que são mensuráveis e aferíveis – deslocam e capturam, ao menos parcialmente, a instância das decisões do âmbito técnico para o administrativo. A serialidade induzida por essa lógica de organização produtiva (com requintes neotayloristas e neotoyotistas) é tão mais intensa quanto mais pervasivos os dispositivos empregados na captura dos micro-atos do profissional – dos quais a monetização bastante em voga do desempenho segundo metas, a rigor estabelecidas a priori e de forma verticalizada, é um caso particularmente perverso, operando por dentro do próprio interesse do profissional por seu trabalho.

Resulta daí uma redução significativa do espaço de liberdade e plasticidade criativa de uma operação que seria, por definição, singularizada e individualizada conforme dadas necessidades, expressas e atualizadas pela presença concreta da pessoa do paciente no curso de sua vida – como já foram, *mutatis mutandis*, as lealdades em conflito do médico de fábrica, empregado pelo capital para garantir a reprodução da força de trabalho e quase nada mais, como exposto por Donnangelo (*op. cit.*). Se existe a possibilidade dessa estratégia de gestão incidir positivamente de forma a sublinhar horizontes que são, em abstrato, desejáveis e congruentes com uma boa saúde, arrisca-se a no concreto sacrificar a eficácia do cuidado ao alienar seus operadores do sentido de sua produção e restringir suas possibilidades criativas.

A essa racionalidade administrativa, antecede uma dimensão interna à prática de cada profissional, como também antecipado por Merhy, quando incorporam de forma relativamente rigorosa e acrítica padrões de prática automáticos e pré-estabelecidos conforme a racionalidade técnica. Para elucidar melhor esse impasse que inclusive vai além da dimensão cognitiva da racionalidade (com reflexos na subjetividade de profissionais e pacientes), faço uma breve consideração sobre as articulações entre a racionalidade técnica e a organização do trabalho médico para tentar destacar como incidem sobre o espaço do sentido e da criatividade já apontados acima.

Prática e saber médicos mantém uma estreita inter-relação, sendo aquela o impulso e a motivação para produção deste, que se propõe a subsidiá-la, compondo um “todo indissolúvel e harmônico” (como aponta Camargo Jr, *op. cit.* e como ademais traduz a ideia de saber

⁸⁷“Surrogate endpoint” do inglês referem-se a marcadores biológicos ou desfechos intermediários na (presumida) cadeia causal de uma determinada doença ou agravo de saúde, que por conveniência métrica e metodológica são empregados na quantificação da validade e confiabilidade de testes diagnósticos ou da eficácia e efetividade de intervenções terapêuticas (como detalha Goho, 2009.)

tecnológico). As conformações assumidas pela prática refletem a dinâmica de produção, difusão e aplicação do saber tecnomédico, e o “primado da ciência” positiva e da orientação mecanicista em compor, ordenar e sustentar ideologicamente esse corpo de conhecimentos permanece indisputado desde a emergência da moderna medicina científica, o que não o resguarda de ser alvejado por diversas críticas, as quais colocam em questão desde a imprecisão de seus pressupostos, a falta de rigor de seus métodos e a aplicabilidade dos conhecimentos que ele é capaz de produzir (Camargo Jr, op. cit.; e também Almeida Filho, 1993).

De toda forma, essas críticas (de passagem, perfeitamente justificadas), convergem no que poderíamos sumarizar como o distanciamento entre os médicos e o conhecimento sobre o qual repousa sua prática – desde o deslocamento do sítio privilegiado da investigação “da beira do leito para o laboratório” (como apontado por Camargo Jr em op. cit. e bem descrito por Sayd, 2007) ou como hoje seria argumentável, da beira de qualquer leito para os leitos especificamente “controlados e randomizados” dos grandes ensaios clínicos de centros médicos de excelência. De fato não conhecer, ou apenas de modo rudimentar, os fundamentos da produção do conhecimento técnico impõe restrições à possibilidade de sua incorporação ser ponderada e crítica; todavia entre o acesso e a aquisição do conhecimento assim estruturado e a sua tradução em “rotinas [...] e condutas mecânicas (e mecanizadas) de localização de lesões [e consoante intervenção terapêutica]” há um salto, e é justamente aqui que se processa a já mencionada adesão a um “fechamento da prática” que arrisca sua alienação – ao invés do efeito integrador de uma produção intercessora de cuidado, a eficácia produtiva é presumida como restrita ao domínio da precisão da técnica⁹

Embora esse fenômeno seja induzido em várias dimensões e reforçado desde a esfera institucional dos serviços de saúde (como apontado pela discussão sobre Atenção Gerenciada, mas igualmente em outras variações da política e cultura organizacionais), e das corporações profissionais (que fazem a auto-regulação da autonomia do corpo profissional através do exercício de autoridade normativa) até as ênfases formativas da academia médica, gostaria de chamar a atenção para dois aspectos particulares, de feição mais recente e que tentam fazer frente a aspectos do problema, sem todavia estar isentos do risco de contribuir para aprofundar o referido estreitamento: as narrativas técnicas dos protocolos clínicos e a discussão sobre as chamadas “habilidades de comunicação” na clínica.

⁹Efeito presuntivo que a concepção jurídico-legal da “obrigação de meios” em oposição à “de resultados” que o direito civil reputa à da responsabilidade médica parece captar bem (como detalha Guerra, 2011).

1.3 “Standard of care”: A morte da clínica?

Os protocolos clínicos são hoje a forma predominante de organização (mais ou menos) sistemática e consensual e de difusão de conhecimento técnico atualizado e orientado pela prática (o que frequentemente implica também em algum grau de simplificação), no que cumprem uma importante tarefa: buscam na miríade sempre crescente de informações produzidas pela investigação científica as respostas às questões técnicas colocadas pelo exercício diário da prática profissional; reforçariam assim o caráter de instrumento do conhecimento que sistematizam, permitindo sua aplicação autônoma diante de situações específicas. Todavia, se de fato é comum a essas narrativas que sublinhem a importância de individualizar a aplicação de suas recomendações diante dos casos particulares, reiterando como tal responsabilidade é prerrogativa exclusiva do profissional que as opera, seu enunciado dirigista, categórico e seu emprego como referência para padronização de condutas à luz das melhores evidências¹⁰ (como sugere a expressão de uso corrente “standard of care”) contribuem para um maior fechamento – e não abertura – das possibilidades produtivas de cuidado. Ainda que não se entre no mérito das inconsistências decorrentes dessa abordagem (como a mescla de opinião e informação de forma metodologicamente aplainada que subsidiam seus enunciados, no mais das vezes resultando em recomendações dissonantes conforme o grupo ou entidade autora mas que ainda assim obturam narrativamente as margens de incerteza residuais à investigação científica e inerentes à sua tradução para o campo da aplicação prática – bem como os interesses econômicos e políticos incidentes sobre a difusão desta ou daquela recomendação) interessa sublinhar a influência de suas descrições sobre as formas de pensar e atuar da prática clínica de médicas e médicos. Nesse sentido, é especialmente sugestivo o emprego relativamente generalizado das figuras-síntese de “árvores de decisão” dos algoritmos: encadeamentos lógicos lineares e rígidos pré-determinados, reduzindo o raciocínio e a conduta “padrão” aos contornos de um servomecanismo.

Em outra instância, o debate em torno da incorporação de conhecimentos e técnicas derivadas das ciências humanas e da comunicação para o desenvolvimento de habilidades e empatia na prática clínica encontra um impasse similar. A discussão abrange desde a revisão

¹⁰O próprio uso do termo evidência, isto é, “qualidade do que é evidente, que não dá margem a dúvida” para se referir ao conhecimento derivado da investigação científica já sugere o descompasso estabelecido entre a medicina e suas ciências, em que prescrições – ao menos provisoriamente – fechadas e indiscutíveis para a proba atuação técnica desconsideram de um lado a falseabilidade que é condição fundamental para a produção das (mutáveis) verdades científicas, e de outro a incerteza que é característica do processo de raciocínio clínico hipotético-dedutivo (como elucidam Camargo Jr, op. cit., Almeida Filho, op. cit. e Luz, 2014).

dos currículos de formação médica até a avaliação dos serviços e a satisfação dos usuários, remonta a críticas bastante contundentes e longevas – no terreno das ciências humanas e sociais e da psicologia, Loyolla (1984), Boltanski (1971) e sobretudo Balint (1975) dão bons exemplos em seus textos clássicos – sobre o descompasso semântico e simbólico que reflete a distância cultural, social e política entre médicos e pacientes, com implicações em trejeitos e problemas da prática clínica – e de especial relevância, em sua eficácia concreta. A contribuição dessas reflexões para a reformulação da prática todavia não raro faz um caminho de adaptações conceituais, simplificação e padronização de procedimentos – visando ampliar sua aplicabilidade – que colocam em risco a potência de suas propostas – a etnografia aplicada (Kleinman, 2003;2006) e as técnicas de comunicação não-verbal (Nunes, 2010) são bons exemplos. Apesar de partirem de reflexões substantivas apoiadas em suas disciplinas de origem, as possibilidades que oferecem em seus convites para abertura reflexiva e inventividade diante das dificuldades concretas da prática incorrem no mesmo risco de redução a novas ortodoxias instrumentais caso (como aliás sublinham seus autores) perca-se de vista o compromisso com o cuidado do outro – ou, seja, no contexto da crítica aqui proposta, com o sentido da prática médica.

Se é bem ressaltado por Merhy que a atuação tecnológica do saber técnico-científico não é estritamente congruente à operação das relações, isto é, uma não seja redutível à outra, o mesmo assinala que guardam entre si intersecções importantes – como sugere a designação dessas tecnologias como “leve-duras” – cumpre destacar a sua relativa indissociabilidade, coexistindo em diferentes proporções no núcleo tecnológico do trabalho: a tecnologia relacional perderia seu objeto se não se fizesse acompanhar do saber técnico e instrumental no trabalho médico. Nesse sentido, todavia, parece caber um adendo ou extensão às críticas formuladas por Merhy: se é o trabalho vivo no ato do encontro, organizado de acordo com a disposição e o transcurso das relações, o componente precípua de uma produção de cuidado eficaz, há que se ter em mente os riscos imputáveis à possibilidade de redução “instrumental” dessas mesmas relações. Se é por um lado possível argumentar que isso representaria um “endurecimento” tecnológico desse trabalho eminentemente relacional – uma espécie de expansão do terreno da operação tecnológica leve-dura sobre o escopo das tecnologias leves (e que ademais pode de igual forma viabilizar sua captura pela racionalidade “gerenciada”¹¹) – trazer essa percepção ao debate não garante desatar o nó em que fica enredada a possibilidade de produção de cuidado. No terreno semântico do trabalho, sublinhar a perspectiva da

¹¹Como sugere por exemplo o emprego de métricas de satisfação do usuário, iniciativas que embora a princípio meritórias, colocam impasses concretos à responsabilidade e à autonomia do profissional, para além dos problemas de sua operacionalização (e até mesmo riscos à saúde, como assinalam Fenton et al, 2011).

produção de sentido, articuladora fundamental da oposição entre generidade e alienação, poderia assim se revelar como uma estratégia útil para resgatar a possibilidade criadora dos atos produtores de cuidado, ao recolocar a abertura ao outro no eixo ordenador da composição tecnológica do processo de trabalho – posto que apenas a ênfase em relações “endurecidas” pelo uso pervasivo de técnicas de comunicação e emulação empática pode resultar na produção de cuidados de eficácia tão restrita ou limitada quanto os que delas prescindem.

Por outro lado, a suspensão aparece igualmente como uma referência possivelmente útil ao propor, operando a partir da consciência de sentido que pode se dar no trabalhador, por dentro da sua ação produtiva – mesmo no âmbito agreste de nossa formação social, pautada pelas lógicas de mercado. A integração dos diversos aspectos e componentes do processo de trabalho – incorporando os saberes (biomecânicos sistêmicos e matemático-probabilísticos, mas também psicológicos, sociais ou humanos) e os instrumentos materiais – no exercício concreto de aplicação de protocolos fragmentários ou ainda mais radicalmente no escopo reduzido de atuação das disciplinas médicas especializadas, torna-se possível, se e quando for remetido ao sentido (que tampouco reside apenas com o trabalhador, mas é discernível na sua interação com o todo do paciente e suas necessidades) na intersecção clínica – em sua contingência singular, mas também em sua concretude tangível.

Se Vaneigem (2016) tem razão ao vaticinar que “é inútil esperar de um trabalho em série mais do que uma caricatura da criatividade”, é do resgate sempre reiterado do sentido no interior do processo produtivo (e das “beiradas” de liberdade e abertura necessárias à criação, mas marginalizadas – para não dizer suprimidas – pelos apelos à produtividade) que parece dependerá a potência – e talvez mesmo a viabilidade – de qualquer iniciativa produtora de cuidado; e que a condição bicípite de trabalho intercessor abre em novas possibilidades de “humanizar os humanos”.

2. RELAÇÃO: A RAZÃO AFETADA E A PANACÉIA DOS DESEJOS

"Pelo conhecimento, colocamos os objetos diante de nós. O sentimento da situação precede esse vis-à-vis ordenando-nos a um mundo."

Paul Ricoeur

O que une e sustenta o engajamento clínico, o trabalho do médico sobre e com seu paciente em busca de elucidar a razão dos adoecimentos e realizar os meios para enfrentá-los, visando o resgate de certa forma melhor de viver a vida? O que sustenta o esforço conjunto e muitas vezes tenso dessa “produção de cuidados”, antes mesmo que entrem em cena os constrangimento das estruturas sociais ou econômicas, o que torna esse labor fecundo e grato para médico e paciente no seu próprio realizar? Se o que nos move pela vida é o desejo, como seres pulsionais que somos antes e por sob as razões e os valores, onde estão – e que lugar lhes cabe – os desejos de médicos e pacientes? Se o sentido da prática médica repousa entre o trabalho que humaniza e o cuidado que vivifica, é preciso esclarecer como a anima esse sopro fundamental da vida genuinamente humana.

O trabalho como produção integrada por uma noção de sentido – ou inversamente fragmentada pelo seu afastamento – é um entendimento que abre algumas perspectivas pelas quais é possível criticar (mas também resgatar) a racionalidade da técnica e do ordenamento administrativo que o condicionam; também aponta um caminho para a concretização de sua possibilidade como ação intercessora que gera cuidado.

Esse acoplamento linear entre os termos da “fórmula” de Merhy – do trabalho, na relação, à produção do cuidado – sugere no entanto uma operação que é bastante plana, simples e direta; ainda que ocorrendo na interação, não deixa entrever muito bem em que consiste o espaço de suas variações, especialmente em termos de qualidade. Explico: se por um lado essa operação comporta em si mesma a possibilidade de ser negada (o trabalho que pode não produzir, gerar um cuidado que não seja eficaz; e nesse sentido sustenta uma valência dupla, isto é, faz sentido tanto no positivo quanto no negativo) e até mesmo talvez de uma graduação (em variações de intensidade fracionadas entre os pólos inteiros, positivo e

negativo, um trabalho mais ou menos cuidador) algo do “como” dessa operação produtiva permanece de fora.

Se a variabilidade é algo que se poderia supor constitutivo da ação humana – inclusive dada pelas convergências e constrangimentos variáveis de seu entorno, do contexto em que se dá e que incide sobre ela – mais ainda quando é criativamente engajada com certo sentido, ensinaria essa ação algum espaço não só de imprevisibilidade mas também, por assim dizer, de subversão, de eventual escape a quaisquer termos pré-colocados para o seu encadeamento pragmático (afinal produzir com sentido é diverso de já ter um sentido pré-determinado de partida; pelo contrário, cabe assinalar que os sentidos produzíveis são vários, e mesmo mais de um por vez). Ou seja, um trabalho clínico que produza cuidado nos encontros, o faz não de forma completamente objetivável e planificável¹²; sobretudo, não de uma forma só.

Não sendo óbvio nem único portanto o sentido (e por extensão a abrangência, a potência e o valor) com que determinado produto será investido da qualidade de forma ou expressão de cuidado, cabe cogitar acerca desse espaço em que atuam os vetores – as “linhas de força”, como coloca Merhy (2002), entre os quais a racionalidade instrumental é um necessário, mas não suficiente – que conjugam e condicionam as escolhas e iniciativas mais ou menos livres de quem adoece e de quem assiste, tentando elucidar a dinâmica de seu movimento que é dessa forma sempre particular, entre impulsos e resistências. Trata-se da engrenagem do encontro, em que se dá essa produção intercessora “em relação”.

Se a clínica é uma relação – entendimento que empresta sentido à afirmação de que “todos os trabalhadores [de saúde] fazem clínica”¹³ (Merhy, 1998) – há que se compreender que a mesma estabeleça uma relação entre partes, ligadas por meio de um elo ou vínculo. Campos (2007), por sua vez, define Vínculo como a “circulação de afeto entre pessoas”, sublinhando que o mesmo assume o caráter de genuíno “recurso terapêutico”. Aponta sua gênese no compromisso recíproco de interdependência entre profissional e paciente, estabelecido sobre um laço de confiança – que se é contingente e variável no tempo e na intensidade, é também mediado e modulado por algumas instâncias que se articulam de formas nem sempre harmônicas: a fantasia (a ciência e o saber representados no imaginário que é evocado simbolicamente por ambos, médico e paciente, cada um à sua forma no diálogo entre queixa, interpretação e resposta; adesão, cura e alta); os interesses (a “companhia de

¹²O que talvez explique parte da “irracionalidade” aparente e da cegueira epistemológica da medicina científica sobre os aspectos subjetivos de sua prática, que ela todavia reafirma como lapidares. Mais sobre esse ponto adiante.

¹³E por extensão, de que nem toda a medicina (tomada por conjunto de iniciativas ou intervenções médicas) seja clínica, e que talvez mesmo nem toda a clínica seja clínica, como o sugerido por Campos (2007).

investimento mútuo” em que Balint (1975) reconhece o esforço conjunto e acordado de médico e paciente em prol de seu objetivo comum, bem como os reveses de seus eventuais desacordos); e os desejos (mais ou menos conscientes ou reprimidos, deliberados ou ambivalentes; impulsionando ou resistindo às experiência de adoecimento, tratamento e recuperação).

Se as potencialidades e os sentidos do trabalho clínico se realizam na continência do espaço intercessor da relação, na sucessão dos encontros em que a “dimensão subjetiva” e o “elemento humano” são centrais e inescapáveis, proponho agora explorar a dimensão desse continente a partir da indagação sobre o lugar e a agência que tem – e que porventura podem vir a ter – os afetos e o desejo nessa prática. Nesse sentido, a partir da relação entre sentimento, saber e experiência, viso elucidar como os mesmos são inseparáveis das operações subjetivas de conhecer, trabalhar e cuidar, para em seguida explorar o papel do desejo, impulso fundamental das ações humanas em todas essas instâncias, como também no processo de adoecer. Por fim, apresento a heteronomia (a distância e assimetria técnica, cultural e afetiva) entre médico e paciente como mais que uma mera dissimetria política, mas como meio de relação que é parte essencial do “dispositivo” clínico que opera no espaço intersubjetivo da relação de cuidado.

2.1 Antes de tudo, o afeto

Qual o papel do afetos na prática clínica? Ainda que sob pena de afirmar algo evidente, caberia partir da constatação de que médicas e médicos são pessoas, e nesse sentido dotados de uma subjetividade que perpassa sua formação e sua prática, sua cultura profissional e sua pessoa pública. A questão ganha maior complexidade quando se reconhece que para além da pessoalidade inalienável da relação profissional, o exercício da empatia e da sensibilidade são qualidades profissionais por consenso tidas como indispensáveis, tanto por médicos quanto por seus pacientes, ainda que atinentes ao foro da “arte”, inexato e bastante empírico – campo de tentativas balizadas pelo bom senso que, como já bem apontado, é de difícil expressão nos termos da técnica procedimental. O referencial deontológico da profissão contempla essa dimensão subjetiva na afirmação da dupla prerrogativa do médico – o compromisso primordial com “a saúde e o bem-estar dos pacientes” em sua “dignidade e

autonomia”; e a liberdade para não contrariar os “ditames de sua consciência” (Associação..., 2017; Conselho..., 2010).

Se por um lado é verdade que a exposição ao sofrimento alheio suscita defesa – ao que a racionalização biomecânica da técnica científica atende de bom grado, visto que é nela que está contido o arsenal de intervenções tecnológicas que consagraram a eficácia da medicina ortodoxa, as ferramentas mais ou menos “duras” do médico – é impossível encapsular a subjetividade sob um encouraçamento lógico sem comprometer a produção de cuidado. Como então coadunar, saindo da esfera meramente abstrativa “de fundo” da ética humanista para dentro da operação do próprio trabalho técnica e pragmaticamente orientado, afeto e razão? Nesse primeiro momento, retorno o debate à já apresentada questão do conhecimento.

No campo da hermenêutica, a indissociabilidade entre sujeito e objeto que toma por irrealizáveis quaisquer pretensões de neutralidade na produção do conhecimento, aponta para a disposição do sujeito no mundo como o ponto de partida para suas possibilidades de conhecer, de tomar objetos pelo conhecimento. Nesse sentido reconhece o papel antecedente do “sentimento da situação”, uma “pré-compreensão”, como a proposta de Heidegger, que permite estabelecer balizas orientadoras para a aquisição das regularidades que serão incorporadas a um certo saber. Mais do que um deslocamento apenas terminológico, essa pré-compreensão apontaria um patamar qualitativamente diverso da situação de observação científica neutra e desarmada; nela, as condições do conhecimento podem emergir da experiência própria do sujeito que conhece, consigo mesmo, em suas condições particulares (“sendo-no-mundo”) e sua inserção na História.

Retornar ao âmbito da prática clínica com essas reflexões todavia não é possível sem antes fazer alguns reparos. Ao equivaler sentimento a pré-compreensão, alude-se ao mesmo, por assim dizer em sentido amplo, não por sua definição estritamente psicológica, como modulação social de um afeto ou uma atitude mental, mas sim como atinente a uma dimensão mais ampla da experiência do sujeito com a realidade que o interpela e que tomará por objeto – experiência esta composta, assim, também e inclusive por afetos que suscitam sentimentos e emoções, no sentido estrito. Por outro lado já foram apontadas aqui as incongruências entre saber e prática médicas, entre a razão científica (sistemática, rigorosa e desimplicada) e a razão instrumental da técnica (pragmática, eclética e patuada por objetivos tangíveis), e não se trata de ignorar essa distensão ao transpor de forma irrefletida um conceito do terreno do saber para o da prática, mas de reconhecer entre eles a manutenção de laços por meio de seus encadeamentos lógicos. Nesse sentido, parece especialmente aplicável a definição de Almeida

Filho (1993) que reconhece na clínica uma “fabricação de conhecimento sobre um caso clínico”, mesmo que, por vezes, o raciocínio dedutivo conte com a apoio da intuição.

Nesses termos, é possível derivar ainda dois pontos: primeiro, mais sucintamente, que se em alguma instância é cabível ao saber clínico aspirar a uma expressão propriamente científica (por exemplo, como assinala Camargo Jr (1992), demandando uma elucidação e articulação mais consistente entre suas premissas fundamentais e o objeto que aborda) dada a natureza do relação entre sujeito e objeto – médico-cientista e doença-no-paciente – numa disposição que compromete reiteradamente, nos procedimentos próprios de sua abordagem, a aspiração a qualquer imparcialidade e à reprodutibilidade de uma observação neutra, tal saber, em suas possibilidades de conhecer, estaria mais próximo das ciências humanas do que das naturais (o que talvez permitisse superar certos “embaraços” epistemológicos que se refletem na prática, como a já assinalada reificação das entidades nosológicas, mas também o efeito placebo, os transtornos funcionais e os sintomas medicamente inexplicados).

Em segundo lugar, mais diretamente atinente à prática, assumir um lugar para a “pré-compreensão” na “fabricação de conhecimento” lança alguma luz sobre o papel que assume o afeto na “disposição afetiva” do encontro clínico e especialmente as implicações do mesmo sobre a operação do conhecimento técnico biomédico, apontando também como podem se integrar as diferentes tecnologias na composição do trabalho clínico. Reconhecendo nesse “sentimento da situação” dado pelo afeto a pré-condição de qualquer abordagem racional da condição de sofrimento que a experiência da doença concretiza, é possível afirmar que o mesmo não é apenas um elemento externo – e indesejável – ao processo de raciocínio e intervenção técnica (passível mesmo de supressão ou controle em prol de uma observação o mais imparcial e uma atuação o mais cientificamente ortodoxa possível), tampouco um componente acessório ou colateral que incide sobre as margens de indeterminação residuais da técnica científica. Como antecedente estrutural da condição do clínico, seria sim parte fundamental da prática como todo, mesmo em seus processos mais estritamente “duros” – ponto de partida comum das diversas operações cognitivas (lógica dedutiva, “intuição”) inerentes à sua operação sistemática, bem como dos mais estritamente relacionais (comunicação, atitude “empática”).

Alinhado a essa compreensão do lugar do afeto junto ao saber da prática, assume um significado renovado a ideia do “sentimento enquanto sintoma”, ou seja, o entendimento de que a percepção ampla da situação em análise informa as iniciativas de investigação e abordagem que configuram a prática – incluídos aí os afetos codificados em sentimentos, no sentido estrito, e apreendidos pelo clínico tanto na expressão do paciente quanto em sua

própria reação emocional de sujeito no encontro. Por outro lado, aproxima-se também da concepção de estratégia diagnóstica descrita por Camargo Jr como “gestáltica” ou de “reconhecimento de padrões”, em que entra em jogo uma dimensão como que estética – isto é, atinente à sensibilidade – em uma apreensão “de todo” que não é resultado de um processo marcado por etapas sucessivas equacionadas, senão que serve de ponto de partida para operações adicionais da atividade diagnóstica, e nesse sentido media a aplicação do saber.

Falar em medicina científica nos termos da sua formulação moderna, de base anatomoclínica, pautada pela impassibilidade da observação, rigor da técnica e neutralidade de afetos, portanto, não é apenas contraproducente ou eticamente indesejável e pouco coerente, mas talvez mesmo rigorosamente inexecuível.

2.2. O desejo de adoecer e de curar

Campos (2007) descreve brevemente a relação entre subjetividade e cultura na forma de uma dupla determinação: se estamos por um lado inseridos na cultura, que nos oferece certos caminhos prepostos para levar a cabo nossas aspirações e vontades (ao passo que nos interdita outros, sendo assim como que um conjunto restritivo de possibilidades), a cultura também se constrói na sucessão da História, conforme são abertos caminhos e produzidas novas possibilidades pela ação dos sujeitos, indivíduos e coletivos, sobre ela. Central a essa constituição dialética, seus elementos impulsionadores seriam o interesse e o desejo, que nas sociedades humanas se expressam conforme as possibilidades culturais – nesse sentido, “os humanos revestem seus desejos de cultura” (op.cit.).

As experiências de saúde e adoecimento não são elementos estanques a essa lógica – a despeito da sofisticação conceitual que se aplique aos termos, com significados no campo da autonomia e da limitação, do sofrimento e realização das potencialidades de vida, ou circunscrevendo a uma forma qualiquantitativa de funcionamento orgânico, saúde e adoecimento são compreendidos, exprimidos e abordados conforme termos e possibilidades de um repertório socialmente estabelecido (Boltanski, 1971), mas sua atuação concreta e suas repercussões vitais são de cunho fundamentalmente individual e subjetivo – escopo esse que é o da atuação própria da clínica, no espaço em que acolhe (e legitima) a expressão do sofrimento, e em que oferta possibilidades (ou interdições) para sua elaboração e para a intervenção sobre ele.

Nesse sentido Balint (1988) é preciso ao apontar não apenas o caráter não linear, assistemático e imprevisível do decurso do adoecimento¹⁴, mas a sua depuração e assentamento em torno de uma expressão progressivamente mais coesa, tecnicamente inteligível e relativamente clara a partir das respostas interpretativas que o médico dá às “ofertas” de doença feitas pelo paciente – e que alcança, por essa forma de negociação e consenso, uma expressão “organizada”. Mais além desse caráter geral (que poderíamos, ao retomar Merhy, situar claramente como “intercessor”) Balint deslinda de modo especialmente persuasivo as contribuições de ambas as partes, médico e paciente, no decurso de sua iniciativa em consórcio. Desde o contexto em que se dá o padecimento e a iniciativa de busca por atenção, o papel central do queixar, até a vinculação iniciada na abertura do médico, reforçada ou obstruída por sua reação afetiva e traços de sua personalidade; sustentada por fantasias, afetos e necessidades do paciente ou interrompida por frustrações a elas infligidas. Balint elucida também como a personalidade do médico incide sobre sua atuação profissional, imprimindo balizas normativas e nuances afetivos que pautarão os contornos de sua relação com seus pacientes e a forma pela qual os mesmos lhe expressam seu sofrimento e solicitam sua ajuda: a chamada “função apostólica” do médico, pela qual o mesmo busca convertê-los a sua “crença” de como deve se dar o adoecer e o tratamento. Um paralelo interessante pode ser feito aqui com a descrição feita por Camargo Jr (1992) da normatização e normalização do sofrimento operada pelo saber médico que “prescreve” um comportamento para a experiência subjetiva de adoecer visando compatibilizá-la com a ideia reificada da doença, a qual é o crivo para sua legitimação perante a medicina (mesmo que para tal se lance mão de arriscados circuitos tautológicos de procura de sintomas e sinais dirigidos por categorias nosológicas já presumidas de antemão). Se por um lado já discutimos acima a questão das operação do saber e da técnica, interessa assinalar que, como evidencia Balint, esse processo de “enquadramento” diagnóstico não se dá à revelia do paciente, mas com seu concurso ativo, que pode inclusive colocá-lo em cheque, desautorizá-lo e desafιά-lo expressando queixas que escapam às tentativas de sua categorização e abordagem.

Se o interesse de Balint, psicanalista, era explicitamente dirigido aos chamados “aspectos psicológicos da clínica médica geral”, sua exploração tem o mérito de revelar que não apenas nos adoecimentos tomados como estritamente psíquicos ou emocionais estão implicados os impulsos fundamentais que movem e motivam as pessoas, já reconhecidos e descritos por Freud – a busca por prazer ou pela destruição, moduladas pela preservação de si

¹⁴O que ademais já foi reconhecido nas críticas supracitadas à hipostasia da doença ante à sua manifestação que, conquanto apresentando certas regularidades possíveis é sempre particular, fortuita e incompleta na experiência do doente (cf. Campos, 2007 e Camargo Jr, 1992).

e pelo senso de realidade também mobilizam o adoecimento (ainda que não sejam adequadas nesse terreno ilações de causa e efeito), suas feições e seu semblante organizado, a busca e o usufruto de cuidados (profissionais ou pessoais) e os esforços empregados na recuperação e retomada da vida.¹⁵

De igual forma Mello Filho (2006) avança (ou talvez melhor dizendo, aprofunda) na questão das motivações próprias ao médico em sua opção pela medicina – ofício que implica uma carga considerável de inconvenientes, sobretudo lidar com a doença e morte – e em geral feita ainda na juventude e implicando um rol considerável de renúncias. Reconhece partindo de material empírico três linhas gerais de interesses que variam em relevância no percurso da formação profissional: o humanitário – em cuidar, no prazer por contatos, em reparar; o científico – pela experimentação, pelo saber, pela curiosidade; e o socioeconômico – pelo prestígio e pela remuneração. Aponta a antecedência do “desejo de compreender” em relação aos demais, num paralelo próximo à curiosidade voyeurista sobre o íntimo e o proibido – sobre o recôndito do corpo e o visceral, sobre o sexo e a morte, mas também sobre o seu funcionamento, orgânico e emocional – pelo que traça um sugestivo paralelo com a curiosidade erótica que motiva a “brincadeira de médico”. Ressalva que, em contraste à dinâmica atuada na “brincadeira” e que o bom senso sugeriria antecipável, o desejo ou o sentimento de onipotência é notavelmente ausente. Destaca outrossim a relevância do “desejo de reparação” – pela correção ou conserto de um mal, realizado ou fantasiado contra si mesmo ou contra os outros – expressão correlata ao “desejo de curar”, que poderia expressar inconscientemente uma vontade concernente à pessoa do próprio médico, pela projeção de si no enfermo e a introjeção a si do paciente curado.

Reconhece por isso a possibilidade “essencialmente nobre” do desejo que move o médico quando este estende seu desejo de reparação ao outro, visando seu bem e assumindo portanto um compromisso ético; de igual modo, à luz da ideia freudiana de sublimação, um funcionamento adulto e maduro para seus impulsos instintivos – do sadismo transmutado na cirurgia e ou no procedimento invasivo; da vontade de ver e apalpar convertida no diagnóstico clínico. Em contraponto, adverte para seu possível excesso, o de uma “reparação maníaca” que insista numa correção sem fim de órgãos e disfunções a despeito do risco de repetidas iatrogenias, reduzindo o paciente a objeto para as necessidades patológicas do médico.

¹⁵As chamadas “doenças facticiosas” (do inglês *factitious illness*, em tradução livre) – caracterizadas pela “fabricação ou simulação de doença, lesão ou incapacidade por razões psicológicas” (Kramer, 2017) cuja expressão mais notória é a síndrome de Munchausen – são comumente atribuídas, entre outras razões, ao usufruto do “papel de doente” como fonte de “satisfação a necessidades de dependência” e afeto, bem como meio para expressão de raiva ou “atuação de desejos suicidas”. Seria nesse sentido um caso limite que ilumina a presença do desejo na expressão do sintoma e o cuidado médico como fonte de prazer.

Distanciando o escopo das considerações sobre o desejo da relação de paciente e médico de volta ao campo mais geral do trabalho e da produção, encontram-se algumas proposições pertinentes em Reich (1975), para quem "o amor, o trabalho e o conhecimento são as fontes da nossa vida". Partindo de sua experiência empírica, Reich propõe um resgate do "aspecto humano do trabalho" por meio do reencontro do sujeitos com seus desejos: à medida que progrediam no tratamento de suas neuroses e experimentavam maior satisfação sexual, seus pacientes buscavam se entregar a um "trabalho prático", com crescente concentração e interesse e no qual "floresciam", abandonando as antigas tarefas "mecânicas e estultificantes" que passavam a considerar intoleráveis. Ao mesmo tempo, seu senso de moralidade que era estritamente vinculado à noção de dever social, é progressivamente superado e substituído por um mais amplo, pautado pela experiência de liberdade e de "alegria da vida", consoante às "leis naturais do prazer". Desse entendimento depreende Reich a noção de uma "auto-regulagem econômico-sexual" do trabalho, oposta a um "desempenho reativo" moralmente coercivo e essencialmente neurótico, em que se equacionam trabalho e experiência de prazer e realização, marcada pelo interesse claro e concentrado, o sentimento de potência e a capacidade de se entregar.

Para além da tentação pragmática de enquadrar doença e trabalho nos termos de uma "psicopatologia" ou de uma "economia do desejo", interessa aqui o seu caráter de traço humano primordial, para destacar como o mesmo opera nos sujeitos, diante de suas possibilidades e limitações concretas, tanto na esfera das relações como da cultura, estabelecendo, fixando e modificando os modos de ser, de se expressar e agir. De forma especial, a possibilidade e as pré-condições em que o mesmo pode ser "liberado" e mobilizado no sentido de resistir, enfrentar e superar estados e modos de ser restritivos, alienantes e nesse sentido "desumanizados": o reencontro simultâneo com a alegria e o prazer, a satisfação e o sentido. Nesse plano, do desejo (e da repressão), as oposições entre adoecimento e cura ou alienação e sentido assumem polaridades equivalentes e análogas, com implicações significativas para seus terrenos de interseção: de um lado, poderíamos concluir – como bem demonstrado empiricamente por Reich – que a salubridade do trabalho depende da implicação do desejo, que passa pelo reencontro com sua orientação pelo sentido antes que pelo dever. Por outro lado, que o cuidado clínico eficaz depende de igual forma do contato e da mobilização do desejo de médico e do paciente, aplicados no sentido de produção de possibilidades mais livres e satisfatórias de ser, diante das restrições e contingências do adoecimento – físicas, biológicas e orgânicas, mas também emocionais e morais, dimensões no mais das vezes imbricadas na experiência dos indivíduos.

2.3 O dispositivo clínico: o espaço da heteronomia

Reconhecer o caráter necessariamente afetivo da relação clínica não implica todavia desconsiderar seu caráter assimétrico e heteronômico. As diferenças de poder entre médico e paciente, aliás, já foram amplamente descritas e criticadas sob diversos ângulos, de forma a elucidar os mecanismos que incidem e conformam sua operação e suas relações com o amplo da vida social, resultando em consequências deletérias de diversas ordens – o controle monopolista sobre o saber oficialmente legítimo e o boicote às suas possíveis alternativas, populares ou eruditas (Luz, 2014), a relação de dependência nutrida pela dinâmica de mercado na oferta e consumo dos cuidados médicos enquanto serviços¹⁶ (Illich, 1975), a clivagem de classe que representaria obstáculo sensível às possibilidades de um compromisso empático do médico com seus pacientes (Testa, 1992) e mesmo a aplicação direta do saber e prática médicos na justificativa e efetivação de práticas de controle de indivíduos e populações (Foucault, 1987, Donnangelo, 1979).

Antes de imaginar como a crítica pode servir de subsídio a reformas da prática que a aproximem de um horizonte menos assimétrico, há que se ponderar se porventura certos aspectos e atributos dessa mesma prática clínica não seriam viabilizados justamente por sua constituição heteronômica, em seu caráter de trabalho técnico mas também de relação afetiva. No âmbito do saber, o acesso crescente às tecnologias de informação e comunicação permitiu difundir e laicizar de modo significativo o conhecimento técnico – introduzindo um fator de isonomia muitas vezes desconcertante na interação entre médico e paciente; no entanto, sua integração, interpretação e aplicação diagnóstica e terapêutica concreta ainda são terreno em que a inteligência artificial e o processamento de dados não tornaram o ato profissional prescindível – quiçá mesmo por seus elementos de “irracionalidade eficaz”, discutidor por Camargo Jr¹⁷. Se o compartilhamento do saber abre possibilidades de atenuar a assimetria

¹⁶Chama atenção nesse sentido a instância com que sublinha o Código de Ética Médica em suas sucessivas edições que “A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio” e que “A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo” (Conselho..., 2014).

¹⁷Uma demonstração eloquente desse panorama e da incongruência dele resultante – o espaço entre raciocínio clínico e a simples integração minuciosa dos dados de sinais e sintomas – é retratado por cartuns e memes que (i) equiparam chistosamente medicina e informação médica na disjunção entre a tradicional interpelação diante de uma situação de emergência “há algum médico aqui” e seu equivalente digitalizado “ou alguém com acesso ao Google”; (ii) aludem a como uma pesquisa de sintomas inespecíficos e comuns através de algoritmos informatizados de diagnóstico resulta quase invariavelmente em hipóteses de câncer ou outra doença grave e potencialmente fatal (exemplos em http://www.humorabaca.com/upload/cartoons/cartoons_1495_google.jpg <http://d2ws0xxnnorfd0.cloudfront.net/meme/4946.jpg> e <http://www.independent-practitioner-today.co.uk/cms/wp-content/uploads/2015/05/Dr-Google-cartoon.jpg>).

entre médico e paciente e reinstituir um espaço potencialmente fundante de autonomia para este último na produção compartilhada do cuidado, na esfera relacional, a assimetria entre médico e paciente parece assumir um papel particularmente relevante para a eficácia dessa empreitada nos termos de suas particularidades. Aponto aqui, nesse sentido, dois aspectos – o da “relação transferencial” e do “espaço transicional”.

Campos (2007), que reconhece mérito na “tendência salutar em diminuir as diferenças de saber e poder entre profissionais e usuários”, discutindo a questão do Vínculo apresenta um primeiro aspecto que aparece na base dessa heteronomia operativa da relação clínica – a transferência, referência freudiana que reconhece como adaptável ao “trabalho clínico em geral” e que diz respeito aos sentimentos experimentados na relação de cuidado e que, quando positivos, podem servir de apoio no enfrentamento concertado aos problemas de saúde. Adverte ainda que a mesma tem um caráter bilateral, posto que “ninguém é ferro”, e na relação são despertados sentimentos também nos profissionais – o que a psicanálise nomeia “contratransferência” – de forma que cumpre aos mesmos estarem atentos aos “padrões de transferência” estabelecidos no contexto de sua relação com os usuários.

Freud (2012) de fato aponta o caráter universal das transferências – estas “reedições, reduções das reações e fantasias [...] que costumam despertar-se e tornar-se conscientes com a característica de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico” ou ainda “uma série de experiências psíquicas prévias revivida, não como algo do passado, mas como vínculo atual com a pessoa do médico”, ou seja afetos reais mas com um traço importante de memória, modelados a partir das relações que fundaram ou marcaram a história afetiva do sujeito, que agora e então busca o cuidado médico e nesse processo experimenta afetos atuais. Se no processo terapêutico da psicanálise seu papel é primordial, Balint (Missenard et al, 1994), debruçado sobre a interface dos “aspectos psicológicos” da medicina é mais cauteloso, e adverte dos riscos de presumir categoricamente que a transposição de um conceito ou de uma técnica, voluntariosa e às vezes simplificadora, seja útil ou mesmo segura. Aponta como algo temerária a ideia de que médicos clínicos façam o “manejo terapêutico” do afeto transferencial, mesmo por uma série de questões práticas que tornam o contexto da relação clínica bastante particular e diverso do psicanalítico (para ficar em duas, a proximidade e contato físico entre clínico e paciente; e o caráter relativamente intermitente de sua relação, que se intensifica em períodos de adoecimento e agudização e se rarefaz em períodos de cura ou cronificação). De modo parecido a Campos (2007), aponta sim para a possibilidade do clínico se reconhecer nessa dinâmica relacional a partir da realidade do caso concreto e a partir daí ampliar sua percepção da problemática particular do paciente, por meio de uma

“escuta profunda” e de um “nível de diagnóstico” mais abrangente (envolvendo, por exemplo, aspectos da personalidade, das relações e da situação social do indivíduo), correlato à admoestação do outro por uma “Clínica do Sujeito”. Mais além, Balint argumenta que todavia, o terreno mais auspicioso para o trabalho do afeto transferencial é o que atenta às reações do médico, isto é, propriamente a contratransferência – que de modo análogo ao do psicanalista e seu analisando, sugere entender como um “sintoma da doença de seu paciente”, posto que colabora de modo angular no processo de sua compreensão e na orientação de sua abordagem. Ao mesmo tempo, abre um espaço de autocompreensão que faculta ao médico lidar com os sentimentos frequentemente angustiantes e desagradáveis elicitados pela prática clínica – e que poderiam, no limite, resultar mesmo em sua inviabilidade¹⁸. De toda forma, os autores se encontram na percepção partilhada de que a dimensão transferencial do afeto que circula na relação clínica é dela inseparável, e mesmo que não seja a matéria primária sobre a qual atuará o médico, guarda uma utilidade que merece ser considerada – da compreensão do sofrimento à elaboração de uma abordagem praticável sobre ele, passando pelos padrões mais ou menos rígidos – mas modificáveis – de reação afetiva do médico: sua contratransferência ou função apostólica, que em última instância reflete sua própria personalidade.

Não é preciso ir longe para reconhecer aqui um outro papel para a experiência da assimetria: estando ambos genuinamente envolvidos e vinculados na relação em que se dá a produção do cuidado, se o paciente apresenta – com maior ou menor modulação ou “insight”¹⁹ – os afetos de seu investimento transferencial, o médico reage a eles – de forma mais ou menos rígida mas sempre pessoal e subjetiva – e de sua capacidade de, com maior ou menor grau de consciência, percebê-los e trabalhar com eles dependerá o sucesso do encontro clínico, traduzido na eficácia do cuidado.

Um outro aspecto que se articula a esse e reveste de sentido a assimetria da interação afetiva na clínica diz respeito ao papel que podem assumir a abertura, acolhida e atuação do médico na experiência da pessoa em sofrimento no sentido de estabelecer um possível “espaço transicional”. A noção de espaço transicional deriva das ideias de Winnicott (2010) emergentes de sua observação do desenvolvimento e maturação das crianças que acompanhava, como pediatra e psicanalista. Nesse sentido destaca o papel da mãe que, entre outras, assume a função de “sustentação” (“holding”, do inglês), em alusão ao seu sentido

¹⁸Não por acaso, um dos acentos contemporâneos na pesquisa e trabalho com a metodologia Balint é a prevenção do Burnout e da “fadiga por compaixão” (cf. Van Roy et al, 2015).

¹⁹Lanço mão do termo não com o rigor que caberia ao conceito psicanalítico, mas em seu sentido vulgar de “clareza súbita na mente, no intelecto do indivíduo” ou “capacidade de avaliar de modo objetivo o próprio comportamento” (Cf. Houaiss et al, 2009).

propriamente físico, material – como ao tomar o bebê nos braços para alimentá-lo – mas também afetivo e simbólico – no acalanto, no carinho e na interação – sendo elemento estruturante de um contexto geral propício ao amadurecimento do bebê, e que progressivamente se estende para incorporar as outras figuras familiares e todo o ambiente físico em que se dá seu crescimento. Se por um lado a dedicação completa, que antecipa e atende às necessidades do bebê é uma parte fundamental desse processo, igualmente importante é que conforme o mesmo cresce e ganhe progressivas capacidades, a “falha” nesses cuidados permitam à criança se reconhecer como indivíduo, ganhar independência e atuar sobre o mundo ao que vai sendo “apresentado” pela mãe, de forma progressivamente mais inventiva e autônoma.

É nessa passagem, que não se dá como ruptura ou clivagem, mas sim na forma de uma transição que Winnicott reconhece um papel singular a ser desempenhado primeiro pelo punho (dedos, polegares) e depois por objetos diletos (frequentemente brinquedos, mas não apenas) adotados pelas crianças. No processo de se perceber não onipotente e nem contínuo às fontes de satisfação de suas necessidades (como, sobretudo, é o corpo da mãe), bem como dotado de um corpo próprio e delimitado em relação ao mundo externo, são esses objetos que servem de apoio e oferecem conforto, numa posição peculiar que é amálgama entre o mundo das coisas externas e materiais e o das representações psíquicas, internas – sendo por isso chamados de intermediários ou transicionais. Indo além, Winnicott localiza nessa “área intermediária entre o sujeito e o que é objetivamente percebido” uma série de outros fenômenos (como por exemplo as canções de ninar), que teriam em comum o fato de se darem nesse espaço de encontro entre o íntimo e o externo, então chamado espaço transicional ou potencial, e que para se estabelecer dependeria da iniciativa, da ação criativa e da expressão da criança – aspecto evidenciado na fantasia que acompanham as brincadeiras – a qual seria o modelo mais fundamental de toda manifestação cultural humana.

De volta ao contexto mais geral da relação clínica entre médico e paciente, é possível traçar alguns paralelos significativos com as ideias de Winnicott acerca das experiências emocionais da criança no seu amadurecimento e florescimento criativo, e o papel mediador da mãe na individuação – a dita constituição do “self” da criança – e sua relação com o mundo. Por um lado é perfeitamente razoável reconhecer que o indivíduo que padece – na experiência de uma doença ou de um sofrimento subjetivo qualquer – recorra ao apoio de objetos transicionais, elementos materiais que respondam à necessidade e ofereçam o alívio e o prazer que a “sustentação” da mãe ofereceu nas origens – nesse sentido, remédios, exames, procedimentos e o próprio encontro ou o semblante do médico podem se prestar.

Por outro lado, a atitude de “sustentação” pode ser identificada na acolhida do médico – e por extensão, de todo o ambiente clínico – enquanto gesto que, prescindindo da explicação ou da primazia da compreensão intelectual (ainda que possa passar por ela) e centrado na experiência particular em questão, permita a elaboração e a integração da experiência de sofrimento pelo paciente. Apesar do impacto e dos resultados atribuíveis a cada intervenção técnica específica, sua articulação num conjunto que “sustenta” o adoecimento no tempo – até que se dê a “melhora”, o “controle” ou a “cura” – seria fundamento para elaborar uma possibilidade existencial de superá-lo (apesar da resolução ou equilíbrio do quadro nosológico em seus termos orgânicos), rumo a possibilidades mais maduras e satisfatórias de existir no mundo: aspecto que ancora o por vezes elusivo compromisso ético da medicina.

Desse modo parece claro que, entre manejo do conhecimento técnico, transferência e sustentação, a relação do médico com o paciente, meio inexorável para o exercício da medicina – através da operação dessa prática que poderíamos apelidar de “dispositivo”²⁰ clínico – é necessariamente assimétrica e heteronômica. Ainda que, como sugere seu compromisso ético, não lhe caiba um caráter autoritário, tampouco se trata de buscar neutralizar as diferenças por meio de uma redução à isonomia (como parecem apontar as propostas que enfatizam a elaboração de acordos racionais entre médico e paciente por meio do condicionamento de uma prática transparente ao instituto de um “consentimento livre e esclarecido” – que se não guardam nada de nocivo em si, arriscam escamotear o papel fulcral da “circulação dos afetos”, ao substituí-la por uma obrigação quase contratual. Trata-se antes de manter no horizonte deste dispositivo heteronômico, a autonomia do par médico (que não perca a produção do cuidado como sentido último da gestão ou da técnica biomecanicista) e paciente (que solicita o cuidado como via para uma possibilidade melhor de existir), o que implica a fruição de liberdade e de autodeterminação que só podem derivar de uma relação que se proponha emancipatória.

Retomando à luz dessas considerações a formulação de Merhy (op. cit) e Franco (2010), de que a produção de cuidado e “a reprodução da vida” nos encontros em que se estabelecem e operam relações por meio do trabalho imaterial – que na saúde tem sua dimensão afetiva como predominante – ganha novo sentido a admoestação pelo recomposição do trabalho clínico em torno do primado de sua dimensão “viva, em ato”, ou seja, relacional e subjetiva. Mais do que o núcleo teleológico que permite orientar a racionalidade instrumental

²⁰Por sua denotação de “mecanismo, aparelho”, mas também a conotação de “disposição”, que remete ao seu caráter aplicado às relações; um paralelo com a denominação de “dispositivo analítico” feita por Rolnik (1995), que destaca inclusive seu caráter “político” ao incidir e buscar transformar a maneira como se produz a subjetivação na cultura moderna ocidental.

e procedimental pela intersubjetividade do encontro, e nesse sentido imprimir ou recolocar o seu sentido quando o mesmo se encontre potencialmente capturado pela autonomização autorreferente e estranhada da racionalidade técnica, o trabalho propriamente afetivo é meio viabilizador das operações racionais que a técnica enseja, estabelecendo a circulação afetiva que chancela, suporta, mas também moldura a expressão e o escrutínio dos padecimentos, sua interpretação, decodificação e elicitación de respostas do saber técnico ao sofrimento que lhe invoca. O trabalho afetivo de médico e paciente – implicados pelo desejo e articulados pelo dispositivo clínico – é contraponto que equilibra as forças de repulsão e estranhamento que entram em choque durante o “confronto clínico”, descrito por Camargo Jr., a tensão entre “saber e sofrer” que é constitutiva do atendimento médico.

Por fim, reconhecendo o espaço transicional ou potencial como elemento fundante da integração entre realidade imanente do indivíduo e sua interpelação criativa do mundo, é especialmente útil a convergência deste com a ideia de ação intercessora intersubjetiva descrita por Merhy para elucidar a concepção de cuidado como produto. Para além do mimetismo da lembrança, da ilusão da fantasia e do fetiche ou da indiferença maquinizada do tecnicismo, o cuidado eficaz resultaria da interação criativa que emerge da zona intermediária ao interno e ao externo de dois indivíduos em encontro, numa dupla intercessão²¹. Deriva desse entendimento que, se por um lado se ampliam, por outro se particularizam as possibilidades dessa produção; que ademais, para no decurso do tempo em que transcorre a relação sustentar sua qualidade eficaz, o mesmo deverá ser dotado de uma qualidade dinâmica permanentemente aberto, inacabado – e nesse sentido infinito; ponto sobre o qual cabe agora deter a análise.

²¹ Ou talvez, melhor dizendo, intercessão ao quadrado, sublinhando que diferente da noção restritiva de interseção própria da teoria dos conjuntos, as suas possibilidades se potencializam, mesmo que não se multipliquem do ponto de vista quantitativo.

3. O CUIDADO E O OUTRAMENTE INFINITO

“Há como que a ‘instituição’ e um ‘reconhecimento’ de um espaço intercorporal criado pela obra ao ser desdobrada. A obra é feita para esse espaço [...] sempre acionada pela participação do sujeito nas obras e lançada no mundo ambiental como que [...] transformando-o em ‘percepção criativa’.”

Hélio Oiticica

Pois então o que fazem médicas e médicos quando, criativos e desejantes, cuidam de seus pacientes? Afirmar que a atividade dos trabalhadores no processo produtivo da saúde é agenciado por “uma ética do cuidado” que perpassa o “modo de ser de cada um em relação ao outro” (Merhy, 2002), e que ao mesmo tempo resulta no cuidado como expressão ou como produto, aponta a reflexão sobre a prática médica para essa direção, como para além dos processos (ainda que sem perdê-los de vista) rumo ao seu resultado: o que é que se produz, o que resulta de uma clínica cuidadora?

Trata-se de buscar reconhecer no produto dessa prática organizada também como processo produtivo e intermediada pela relação e pelo encontro, aquilo que nele assume o caráter de cuidado; qual seja, portanto, a dimensão de cuidado que coexiste ao trabalho clínico e à prática médica. Para tal, proponho olhar para os laços entre os atos de médicas e médicos e as implicações éticas que os alicerçam, dirigindo-os ao outro do paciente; em seguida, estendendo o olhar para o campo dessa alteridade sempre presente, esse intangível onde o cuidado encontra seu sentido, interrogo a natureza disso que se faz no entre e sobretudo realiza seu valor no além de quem, supostamente, o faz.

Parto aqui da percepção de que se trata menos de oferecer ou elaborar uma definição conceitual ou operativa de cuidado, mas da possibilidade de reconhecer e explorar alguns de seus atributos fundamentais, daí derivando como possam potencialmente ser expressos na clínica, por lhe imprimirem uma orientação efetivamente cuidadora.

Assim, como bem assinalado, cabe de partida localizar que o cuidado diz respeito ao domínio da ética, ao compromisso com valores que apontam para a defesa da vida, em sentido amplo; e que portanto implicam em adotar atitudes que se traduzam em ações, o que nesse sentido lhe confere uma expressão necessariamente política. Por outro lado, cuidar também

diz respeito ao outro, o que coloca questões acerca de sua natureza e de sua expressão concreta e sugere alguns impasses – como a convergência produtiva orientada por sentido no espaço assimétrico entre os sujeitos da interação clínica pode se concretizar como produto e ainda assim se conservar pertinente e eficaz, sobretudo na visada estendida sobre o tempo e o espaço, em que de fato se desdobra e se realiza a vida?

Uma compreensão desse caráter fundamental e dessa operação concreta do cuidado no horizonte da vida depende de algumas ideias sobre o outro e seu papel estrutural na realização do que se possa reconhecer como dimensão cuidadora (Merhy, 1998) na prática médica – na abertura “inacabável” da mesma, na remissão do seu caráter produtivo, científico e tecnológico a uma esfera à qual não podem ser reduzidos, mas da qual tampouco pode se desvencilhar, sob pena de perder seu sentido.

3.1 Da ética ao ato

A referência à ética da prática médica (como ademais nas intervenções em saúde em geral) está longe de constituir um ponto menor ou periférico. Mesmo que sua expressão no cotidiano profissional como um contexto de fundo ou sua substância mais íntima e pouco aparente, encastada na profundidade remota do conjunto das práticas, possa lhe dar uma certa feição abstrata de enunciado teórico (ou, o que é mais grave, o formalismo de uma norma protocolar, passível de se esvaziar de sentido).

De partida, é possível reconhecer, nos termos com que se descreve a prática médica pelos próprios médicos, que não se trata de uma ética em abstrato, mas de uma ética que alude e se atrela à iniciativa prática, não apenas para lhe impôr limites de regramento, mas para apontar os valores fundamentais que devem lhe informar e que também a mobilizam: é assim que o código de ética profissional (2014) organiza seus princípios fundamentais, em linhas gerais, em dois eixos – o primeiro consagrando o primado do serviço e do zelo pela saúde de indivíduos e coletividades, presentes e futuras, sob o princípio da beneficência (capítulo primeiro, itens I-VI); e o segundo orientando a ação pela defesa da autonomia e da liberdade profissional (VII-XI) bem com dos compromissos práticos nos quais a mesma deverá se empenhar (XIV-XXV).

Ética e ato, indissociáveis. Partindo daqui é possível traçar dois paralelos. De um lado às críticas de Campos (2007), quando este afirma que uma prática clínica que se proponha a

responder à experiência de sofrimento, com a singularidade e a variabilidade própria de cada caso – desde a dimensão mais estritamente nosológica até a sua expressão subjetiva e o seu contexto sociocultural particular – deve ser orientada, de modo intransigente, pela diretriz básica da saúde coletiva, que é “a defesa da Vida”; ponto apresentado de forma definitiva por Mattos (2008) quando afirma na incondicionalidade da “vida como valor em si” o sentido que pauta o esforço dos profissionais de saúde em resistir aos “estreitamentos” da patologia, visando “alargar os limites nos quais a vida é possível”.

De outro, na discussão dos aspectos conflitivos entre a racionalidade científica da medicina ocidental moderna e sua aplicação na terapêutica, Sayd (1998) aponta a partir do registro histórico até a atualidade, o impasse instaurado na tensão entre a hesitação racional (mas não necessariamente razoável) derivada da incerteza e da imprecisão do conhecimento técnico face ao imperativo da intervenção, posto que “o médico é, antes de tudo, um terapeuta”, “alguém que trata um outro”. Reconhecendo as transformações (e permanências) pelas quais passou a prática médica no caminho até sua formação atual, discute o ceticismo médico (“a conduta expectativa que nada prescreve” e a “descrença racional das virtudes dos medicamentos”) como não só um “fantasma” relativamente ambíguo, mas um paradoxo em termos, a ser superado pelo abandono do rigor de um “cientificismo cego” em benefício do oportuno tratamento, individualizado e atento não só ao conhecimento científico mas também aos “fatos empíricos”; afinal o médico, um mediador em no exercício de sua prática, não pode sê-lo “chegando ao doente de mãos vazias”. Se de fato a parcimônia em prol da não-maleficência (cautela suscitada pela crescente percepção dos riscos e do ônus da doença iatrogênica) tem resgatado e renovado o apreço pela conduta expectante como boa prática na clínica de hoje, a dificuldade de implementá-la no cotidiano é real, e sublinha de igual forma a profundidade do imperativo primordial: diante do sofrimento aflitivo não há lugar para hesitação ou impassibilidade, mas é preciso, de alguma forma, agir. Afinal, com destaca a autora, “o médico é, antes de tudo, um terapeuta.”

Lévinas (2010) apresenta uma perspectiva singular e mais fundamental que alcança essa questão, da relação entre ética e ato, enquanto discute os limites da ontologia hermenêutica diante da questão do outro. Reconhecendo o seu caráter fundacional entre “as disciplinas do conhecimento” e reiterando seu ponto de partida, da compreensão da realidade como possibilidade e “intenção significativa” atreladas à experiência concreta de existir, com todas as suas “preocupações temporais”, entende que seu seu objeto estende-se não só à teoria ou à intelecção, mas para todo o comportamento humano, pois de fato, se tanto “obra científica” quanto “vida afetiva, satisfação das necessidades, trabalho, vida social e morte”

articulam, cada um a sua forma, a compreensão do ser, então “o homem inteiro é ontologia”; ou seja, tudo que experimenta o informa, integra seu entendimento, sobre si ou qualquer outra coisa, desde o mais abstrato sobre o “significação do ser” em si até “as questões da hora presente”, que nessa perspectiva, de fato convergem, porque passam pelos mesmos lugares, tem as mesmas condições e, de certa forma, se referem as mesmas coisas, ainda que suscitando questões e enfoques diferentes.

Ocorre que, nessa perspectiva que alia intimamente o compreender e o existir, Lévinas reconhece que no tangente às condições de inteligibilidade do ser, o outro é um “ente”, um algo que se apresenta à compreensão de uma forma bem particular, já que para conhecê-lo não basta apenas compreender, com a curiosidade de uma “contemplação impassível” que busca elaborar conceitos, mas “também simpatia ou amor”; o outro é não só um “objeto de compreensão”, mas ao mesmo tempo um “interlocutor”, e ao mesmo tempo que o compreendo já o reconheço e considero como existente, ao lhe falar, duas relações dadas dão de forma simultânea, irreduzíveis entre si mas vinculadas uma à outra. “Não penso somente que [a pessoa] é, dirijo-lhe a palavra”, e nesse sentido veiculo em certo grau a compreensão e o pensamento que advêm do encontro por meio dessa expressão, da “saudação” inerente a “toda atitude referente ao humano”. Por não se dirigir estritamente à abstração genérica do que seja o outro “no horizonte do ser”, mas sim ao indivíduo específico e tangível que então se aborda, o humano seria o único ser que não posso encontrar sem lhe exprimir esse encontro, sem lhe falar; que o pensamento dirigido ao “vínculo com uma pessoa” é assim um vocativo, em que o nomeado é ao mesmo tempo chamado – é nesse sentido que o outro é “acessível [...] enquanto rosto²²”, como ente próximo e não como encarnação do universal.

Lévinas vai além e afirma que qualquer tentativa de superar essa dualidade na aproximação que busca conhecer o outro é mais do que uma forma de impassibilidade negligente, mas uma negação e uma violência. No limite, submeter o outro ao caráter discricionário da minha liberdade intelectual e do meu entendimento é como dominá-lo e negar sua independência de existir, tentar possuir pela minha compreensão é por extensão negar sua liberdade. Mais do que isso, reconhecendo essa liberdade do outro é que se torna preciso encarar que qual seja minha forma de entendimento, a mesma nunca será completa,

²²De maneira muito eloquente, Lévinas estende a reflexão de volta ao campo das coisas indagando, sem encontrar argumentos conclusivos, se “a arte não é uma atividade que confere rosto às coisas?”; ou como quer Sokurov (2015), “a descoberta da alma” face “a incompreensão diante deste corpo sem vida, agora inútil e pesado”. O paralelo com o enunciado clássico, criticável em seu emprego mais retórico do que argumentativo da “medicina como arte” (como apontado por Camargo Jr, 1992; e Sayd, 1998), parece lhe conferir, por meio dessa apreciação da simultaneidade entre ética e inteligência, um escopo e uma validade mais densas e pertinentes do que a de simples axioma estilístico.

visto que na particularidade que é o esse ente que existe algo sempre me escapará – a não ser que leve a negação e a submissão ao seu limite: apenas no homicídio, em que o outro já “se me escapou”, em que deixa de existir como tal, é que eu o teria completamente submetido à minha compreensão. Conhecer o outro, ou algo parcial do outro, implica portanto essa tensão fundamental na qual a coisificação não o depura, mas sim o perde de vista, e é assim contraproducente. Apenas sua simultânea invocação e a relação consigo e seu rosto, que dessa forma impõe uma “infinita resistência” ao poder que pretende a sua apreensão exclusivamente pelo saber, permite de fato conhecê-lo e dar-lhe significado, dessa forma mais em profundidade do que no horizonte do genérico, significando “outramente”.

O ponto apresentado por Lévinas suporta dessa forma de modo bem mais radical os argumentos que vinculam o exercício da prática médica ao seu substrato ético – antes de uma filiação mais ou menos discricional a determinados compromissos deontológicos convencionados, o reconhecimento do estatuto humano do outro (que como argumentado é mais do que alvo ou objeto da prática mas seu coparticipante, mesmo que de maneira estruturalmente assimétrica e muitas vezes menos ostensiva) se impõe como atitude que antecipa e viabiliza sua compreensão, da qual as investigações e intervenções médicas não constituem exceção; e mais ainda, qualquer esforço de negar, neutralizar ou silenciar a expressão desse seu caráter não só opera uma violência, mas compromete o sucesso da própria iniciativa de compreensão. Desfaz-se com isso qualquer tentativa de afirmar a primazia de uma ou outra dimensão da prática médica em relação à outra – o saber científico, a habilidade técnica e o trabalho afetivo só podem coexistir à sua expressão ética, nunca anteceder-lá ou se autonomizar em relação a ela.

Seguindo adiante nessa perspectiva, a articulação entre ato e ética médicos permite esclarecer não só a motivação por assim dizer axiológica que torna imperativa a resposta ao sofrimento manifesto, isto é, a ação segundo valores – sumamente, a liberdade do outro subsumida na defesa da vida e por extensão também da (boa) morte, da natureza, da justiça e do direito, pressupostos ou correlatos dela. Evidencia também a relação bastante única que aí se estabelece entre o um e o outro: uma aproximação em torno do objeto e do objetivo particular da prática, a experiência e a expressão da doença e a restituição da saúde; e um distanciamento no que diz respeito à autonomia do outro que impõe “resistência” ao poder do conhecimento e da intervenção instrumental do médico. Articulada pelo compromisso com o valor da vida e mobilizada pelas implicações desejantes e seus conflitos, é nesse sentido que a clínica médica assume um sentido propriamente político: para além da heteronomia do dispositivo ou do enfrentamento (alegórico e artificioso) da doença ou da morte, um espaço

legítimo de elaboração e ação que visa como define Gondar (2004) “transformar a condição dos homens” a partir da experiência concreta de adoecimento que a marca: entre organismo e patógeno, mas também indivíduo e meio, liberdade e limitação, desejo e repressão²³. Estabelecendo e operando no espaço clínico, o médico é o mediador da convergência entre interpelações e antinomias – da necessidade e do sofrimento, do saber e da abordagem, da “intercessão” – que superadas de forma mais ou menos potente permitem ao indivíduo se relançar no mundo e nas possibilidades da vida – como apontado por Sayd, “o médico existe para mediar os encontros capazes de produzir as mudanças necessárias à cura na vida do doente”.

3.2 O Outro em movimento

Na perspectiva que entende a prática clínica como o meandro de uma produção, orientada pelo sentido da criação e da mudança necessárias à defesa da liberdade vital, mediada por saberes e técnicas numa disposição que se dá no encontro e na relação com um outro, este que é quem a interpela e põe em movimento mas também é seu cooperador, numa produção que é intercessora e também interseccional, uma questão prática aparece das considerações éticas que a vinculam ao compromisso com o outro, sua vida, sua saúde e sua liberdade: afinal como poderia um produto, como bem ou ato intencional e bem acabado, suportar essa abertura sem se manter algo vazio de conteúdo ou ainda se tornar friável no constante atrito com as arestas da realidade? Concretamente, como é que um produto orientado pelo saber e por uma técnica postos a priori (e razoavelmente fixos) pode ter espaço para necessidades variáveis no tempo e no espaço de sujeitos os mais diversos sem se tornar algo relativamente inócuo ou rigidamente inadequado (como parece de fato ser o caso, nas diversas tentativas infelizes de cuidado, por sua precariedade ou injunção)?

A advertência de Lévinas sobre a irredutibilidade do outro à minha capacidade de compreendê-lo de forma total e terminativa sem sacrificá-lo traduz claramente o impasse em que se coloca à produção clínica – e que parece se expressar nas sempre presentes (e sempre ainda escamoteadas) insuficiências de sua racionalidade, com juízos provisórios e

²³Dimensões que a compreensão da determinação social da saúde e da doença, a alta prevalência dos transtornos mentais comuns e graves (ou o correlato previamente assinalado dos “aspectos psicológicos da clínica geral”) e essencialmente o ordenamento social em que saúde tem caráter de relevância pública e direito de cidadania tornam inalienáveis a uma prática médica coerente, integral e eficaz.

intervenções mais ou menos proveitosas mas de caráter sempre tentativo: a eficácia da operação de cuidado já feita é sempre provisória e sua validade condicional não mais à sua correção intrínseca do que à sua tradução no alheio e “incompreensível” do outro.

Merhy nos dá a direção apontando para o “intercessório” – aquele que não é de um nem de outro e nem de sua soma, simplesmente, mas do encontro e seu espaço contingente e específico em que ambos incidem e criam, uma descrição eloquente da engrenagem clínica em movimento; todavia, como se entendem os atos, gestos, intervenções e procedimentos que daí resultam, ou melhor dito, como se relacionam as ações e produtos clínicos à expressão de um conjunto perceptível como um cuidar, ou como esses atos particulares traduzem o cuidado em ação? Nesse sentido caberia avançar a análise da execução em direção à obra²⁴; não visando reduzir a vitalidade e a coerência dos processos à sua expressão mais palpável ou objetiva, mas por reconhecer que as mesmas não são um mero detalhe secundário – a repercussão orgânica (a evolução de lesões e transtornos, os efeitos adversos), o procedimento diagnóstico e a intervenção terapêutica importam não apenas em sua validade técnica e lógica, mas também como suporte afetivo e agente simbólico, sendo elementos fundamentais da prática médica tradicional. É preciso, portanto, integrá-los e “suspender-los” no sentido do processo clínico geral.

Campos (2007), quando discute os bens e serviços de saúde através de uma releitura do conceito marxista de Valor de Uso, reconhece neles um caráter ambivalente tanto em termos de seu propósito e finalidade – a resposta à necessidade de defender a vida e reduzir sofrimentos e limitações ao mesmo tempo que um mecanismo de ordenamento e governo social – bem como no modo de sua coprodução – pois não só o saber tecnológico dos trabalhadores ou a determinação social da superestrutura, mas os interesses e necessidades de indivíduos e coletivos também investem esses bens de utilidade e de valor, que incidem na realização de “modos de ser” (op. cit.). Todavia é Oiticica (1986), na discussão da dimensão concreta dos atos e das obras que radicaliza esse ponto de vista integrando a obra àquele que dela faz uso e usufrui e também ao tempo e ao ambiente que os cercam de maneira indissociável. Se os “Parangolés”, as capas que produziu para serem não apenas vistas, mas também vestidas, são produtos da ação criativa de seu autor, sua estrutura não está completa de per se – precisa ser posta em movimento pelo outro para completar sua unidade estrutural, que assim passa a ser de fato uma “estrutura-ação”; por outro lado, o sentido investido na obra pelo criação e pela técnica de seu autor como que deixa de existir, ou pelo menos perde sua

²⁴No sentido abrangente mas sintético de “objeto resultante do trabalho de um operário, de um artista ou de um artesão”.

“totalidade expressiva” se prescindir dessa postura em ato pelo outro – que para sua “completa visão”, não pode apenas assistir, mas precisa também vestir a obra. O “participador” (em oposição ao espectador, que assiste de fora) tampouco sai incólume desse investimento expressivo, pois ao vestir a obra torna-se mais do que um simples suporte móvel para a mesma e mais do que a simples soma das propriedades de corpo e capa, mas um algo diverso – com os limites inerentes à condição dos elementos que o compõem, mas com capacidades novas e próprias, uma “transmutação expressivo-corporal”. Essa transmutação, embora seus efeitos possam se estender mais além, se dá nos limites concretos da experiência expressiva, num determinado espaço que tem como núcleo o próprio corpo do participador, mas que existe entre este e a obra (sendo portanto “intercorporal”); e no decurso de um tempo em que o “sentido de totalidade” iniciado ou proposto pelo autor exprime-se na “totalidade vivencial” da obra (que se contrapõe ao “espaço-tempo ideal” a que se endereça uma obra inerte, estática, indiferente ao espectador). A obra se completa ou se plenifica no movimento que tem no corpo do outro o seu centro motor, do qual a iniciativa do autor, criadora e investida de sentido que seja, é apenas um lançamento, um impulso inicial; a capa ou “tenda” todavia guarda uma função importante, pois “abriga” o participador ao passo que o convida a participar e acioná-la, a realizar a “obra-ação”. Oiticica vai mais além, e reconhece na interação da experiência expressiva da obra em movimento, em sua peculiaridade estrutural-em-ação interagindo livremente com o ambiente que também explora não só a particularidade de uma vivência singular, mas a inauguração de possibilidades “perceptivo-criativas” que poderíamos chamar mesmo de existenciais.

A perspectiva de Oiticica é especialmente pertinente por um conjunto de aspectos: não apaga o papel do autor que dá início à criação, embora o deixe em posição de agenciamento antecedente, quase tácito; no que tange à obra, não a reduz exclusivamente ao ato e à ação do outro nem tampouco a arremessa no terreno alheio e imprevisível da alteridade, mas conserva a liberdade tanto criativa quanto experiencial do outro numa esfera de concretude tangível ao um, que a propôs. De modo semelhante ao espaço transicional winnicottiano, a obra se realiza, ou se consuma na interface do sujeito e do mundo, mas diferente da inflexão que nele tende para o sujeito – a materialidade do objeto transicional não é negada, mas é como que um pretexto para a invenção simbólica, sendo dessa ordem a sua significação mais importante – a obra-ação é nucleada no sujeito e dele não pode prescindir, mas tem uma propriedade de meio, de interregno; tanto material quanto experiencialmente, é intersecional. De volta à clínica, se a medicação transicional pode muito bem ter um efeito placebo (o que em nenhum sentido a torna inócua), o medicamento Parangolé acionará seu princípio ativo de acordo com

o organismo de cada um. Mais ainda, a experiência da obra não se esgota nela própria, mas inaugura possibilidades novas de estar no mundo, abre caminho para mudanças não apenas na concepção abstrata de ser e existir, mas na relação bastante sensível e palpável com os inúmeros elementos do ambiente, materiais ou não.

3.3 “Aos cuidados de seu médico”

De volta à reflexão sobre o cuidado médico, essa compreensão particular ilumina algumas possibilidades de compreensão do quê e do como se produz. A produção empreendida pelo trabalho ordenado pela técnica não se realiza nessa instância, mas é apenas articulada em seu movimento por ela; no espaço interseccional (que é também concretamente intercorporal) o ato intercessório não se fecha, mas sim se abre em possibilidades, que não são infinitas mas tampouco se restringem à univocidade de uma relação linear de intervenção-resultado. Se tais possibilidades intercessórias são limitadas pelo substrato concreto de obração que tem a intervenção clínica, relacional ou instrumental, são multiplicadas pelas possibilidades experienciais que inauguram no lançamento no ambiente, sempre orientadas pela mudança (ou manutenção) que visa o horizonte da vida.

É nesse sentido que o trabalho clínico não se fecha, não só por não se estreitar, mas também por não se completar como ato em si. O outro que me interpela é também o domínio da liberdade ao qual dirijo minha prática, que permanece sempre como contribuição parcelar – embora fundamental e indelével – e que acompanha seus processos sempre singulares de transformação entre o adoecer e o sarar, uma potencialidade em si mesma infinita. Se nesse sentido a ideia de cura ou cuidado converge com a concepção heideggeriana – a própria condição humana, de projetar-se e estar lançado, simultaneamente – mais eloquente é a constatação de Camargo Jr. (1992) de que “por parte dos médicos existe uma grande dificuldade em dar alta aos pacientes ambulatoriais”. Afinal a história (que se colhe e que se vive) não começou aí e nem terminará com o último ponto de uma prescrição.

CONSIDERAÇÕES A MAIS

A reflexão sobre uma prática é um convite que pode levar, por diversos caminhos, a levantar pontos e desdobrá-los em vários planos de possibilidade. No caminho um pouco sinuoso empreendido nesse estudo da clínica das médicas e médicos, a visada foi dirigida aos meandros pelos quais essa prática profissional se realiza articulando capacidades diversas em suas lógicas e dinâmicas próprias – o trabalho de produção, a relação e os afetos, o cuidado – mas também coetâneas (mesmo que nem sempre harmônicas ou congruentes entre si) numa singularidade que (ainda que variável, falível e criticável) mantém a potência que lhe atesta a evidência empírica.

Por não pensar tal prática em seus próprios termos – recurso de diversas linhas de investigação notoriamente profícuas – mas buscando interrogar a prática como ela é (ou mais rigorosamente, como pode ser) em diálogo com reflexões já encampadas no debate em torno de saberes e práticas empreendido pela saúde coletiva, abre-se mão de certa linearidade teórico-conceitual para trazer à evidência não o que é insuficiente ou precário e portanto carece de transformação, mas o o que é constitutivo, pujante e possível no cerne da clínica.

O resgate e a afirmação do sentido e da criação, a centralidade operativa do afeto e a qualidade aberta e inacabada do cuidado são iniciativas que vão ao encontro dessa proposta – mais do que resgatar princípios ou reformar parâmetros e aprimorar modelagens, busca iluminar e enfatizar esses “não ditos” da clínica médica, trazê-los a uma posição de destaque e integrá-los à reflexão que parte da prática e a ela retorna, que sirvam de subsídio a uma práxis médica capaz de dar conta desses aspectos e implicações como centrais que são, e não como externalidade menor ou casualidade periférica da medicina. Nesse mister, ir ao encontro de aportes disciplinares estrangeiros à medicina “pura” – entre os quais a filosofia, a psicanálise e a arte são apenas a amostra de conveniência desse experimento em particular – e que tragam consigo os elementos úteis e necessários a cada investigação é por um lado reconhecer o valor que suas contribuições podem ter para a formulação de respostas substanciais e propositivas às questões concretas e em constante mutação da prática clínica cotidiana, pois a reflexão não precisa partir da aridez deixada pela distância entre os termos da ciência médica nosológica e ortodoxa e todo o restante da realidade que ela não inscreve, embora seja por ela atravessada. É também atestar a complexidade e as potencialidades dessa mesma prática que é antiga e moderna, científica e humana, corporal e simbólica, e buscar explorá-la em proveito de seus

fins. Uma atitude de abertura e versatilidade “ensaística” para com os saberes produzindo uma prática eclética e efetiva.

Nesse mesmo sentido é que cumpre apontar, sublinhando a dimensão vivencial da prática – para além da ciência, do ofício ou da arte, articulados nela – a importância de resgatar a legitimidade da experiência, aquilo que é matematicamente inexprimível, impassível de generalização por sua natureza sempre específica e que é o escopo de atuação privilegiada da clínica. Tendo a experiência como o espaço real e necessário da transmissão, aprendizado e desenvolvimento da prática, é fundamental voltar o olhar e o acento tanto no percurso formativo quanto profissional a ela, à teorização para e por ela, visando estabelecer e aprimorar pela reflexão uma prática sensata mas também sensível, competente mas também reflexiva, coerente com sua própria peculiaridade, aberta aos imperativos que lhe interpelam e as possibilidades que pode engendrar e por em movimento, Por uma clínica viva e pela vida.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, Theodor Wisengrund. O Ensaio como Forma. In: TIEDEMANN, ROLF (Org.). . *Notas de literatura I*. Tradução Jorge Mattos Brito De Almeida. 1a. ed. São Paulo: Duas Cidades/Editora 34, 2003. p. 15–45.
- ALMEIDA FILHO, Naomar De. A Clínica, a Epidemiologia e a Epidemiologia Clínica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 35–53, 1993.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 16a. ed. São Paulo: Cortez editora, 2015.
- BALINT, Michael. *O Médico, seu Paciente e a Doença*. 1a. ed. Rio de Janeiro: São Paulo: Atheneu, 1988.
- BOLTANSKI, Luc. Les usages sociaux du corps. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, v. 26, n. 1, p. 205–233, 1971.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. , 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.
- CAMARGO JR, Kenneth Rochel. *(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica*. 1992. 106 f. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992. Disponível em: <<http://thesis.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/camargokrm.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde Paidéia*. 3a. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em debate, 150).
- CAMPOS, Paulo Mendes. *O amor acaba: crônicas líricas e existenciais*. 1. ed ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Código de Ética Médica e Legislação dos Conselhos de Medicina*. 7a. ed. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, 2014.
- DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. 2a. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. (Coleção História e Sociedade).
- FENTON, Joshua J. The Cost of Satisfaction: A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. *Archives of Internal Medicine*, v. 172, n. 5, p. 405, 12 mar. 2012.
- FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Tradução Roberto Machado. 1a. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2008.

FRANCO, Túlio Batista; GALAVOTE, Heletícia Scabelo. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: FRANCO, TÚLIO BATISTA; RAMOS, VALÉRIA DO CARMO. *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. 1a. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 207.

FREUD, Sigmund. *Totem e Tabu - Contribuição a História do Movimento Psicanalítico e outros textos (1912-1914)*. Tradução Paulo César De Souza. 1a. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. v. 11. (Obras Completas).

GOHO, Alexandra. An Imperfect Substitute. *CR Magazine*, v. 4, n. 2, Spring 2009.

Disponível em:

<<http://www.crmagazine.org/archive/spring%202009/Pages/AnImperfectSubstitute.aspx>>.

Acesso em: 12 jan. 2018.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Editora HUCITEC; ABRASCO, 1994. (Saúde em debate, 76).

GONDAR, Jô. A clínica como prática política. *Lugar Comum: Estudos de Mídia, Cultura e Democracia*, n. 19, p. 125–134, 2004.

GUERRA, André. Natureza da obrigação do médico: meio ou resultado. *Revista Jus Navigandi*, v. 16, n. 3087, 14 dez. 2011. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/20624>>.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e Tempo*. Tradução Márcia Sá Cavalcante Schuback. 9a. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. v. I.

HOUAISS, Antônio *et al.* (Org.). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. 1a ed ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

ILLICH, Ivan. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Tradução José Kosinski Cavalcanti. 3a. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KLEINMAN, Arthur. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* Arthur Kleinman. 8. [print] ed. Berkeley: University of California Press, 2003. (Comparative studies of health systems and medical care, 3).

KLEINMAN, Arthur; BENSON, Peter. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine*, v. 3, n. 10, p. e294, 24 out. 2006.

KRAMER, Stephen I.; VAN ZUREEN, Yolanda; EHRlich, Alan (Org.). *Factitious disorder: DynaMed*. . [S.l.]: EBSCO Information Services. Disponível em:

<<http://web.b.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=2&sid=303acebd-fcbe-4c20-a7ff-175f66e5e7db%40pdc-v-ssessmgr01&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc210ZT1keW5hbWVkbWxpdmUmc2NvcGU9c210ZQ%3d%3d#AN=113744&db=dme>>. Acesso em: 10 fev. 2018. , 6 nov. 2017

LÉVINAS, Emmanuel. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. Tradução Pergentino Stefano Pivatto. 5a. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

LOYOLA, Maria Andréa. *Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Difel, 1984. v. 63. (Corpo e Alma do Brasil).

LUKÁCS, György. O Que é Marxismo Ortodoxo? *História e Consciência de Classe: estudos sobre a dialética marxista*. Tradução Rodnei Nascimento. 2a. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. p. 63–104.

LUKÁCS, György. O Trabalho. *Para uma Ontologia do Ser Social II*. Tradução Nélio Schneider. 1a. ed. São Paulo: Boitempo, 2013a. p. 41–158.

LUKÁCS, György. *Para uma Ontologia do Ser Social II*. Tradução Nélio Schneider. 1a. ed. São Paulo: Boitempo, 2013b.

LUKÁCS, György. *Prolegômenos para uma ontologia do ser social: questões de princípios para uma ontologia hoje tornada possível*. Tradução Lya Luft. 1a. ed. São Paulo: Boitempo, 2010.

LUKÁCS, György. Sobre a essência e a forma do ensaio: carta a Léo Popper. *REVISTA UFG*, v. Ano IX, no 4, p. 13, jun. 2008 Tradução Mario Luiz Frungillo. .

LUZ, Madel Therezinha. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. 2a. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/a-arte-de-curar-versos-a-ciencia-das-doencas-pdf>>. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva).

MARX, Karl. *Manuscritos econômico-filosóficos*. Tradução Jesus Ranieri. 1a. ed. São Paulo: Boitempo, 2004.

MATTOS, Ruben Araujo. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, GUSTAVO CORRÊA; LIMA, JÚLIO CÉSAR FRANÇA; SADER, EMIR (Org.). . *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

MERHY, Emerson Elias. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: Uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu Modo de Trabalhar a Assistência. In: CAMPOS, CEZAR RODRIGUES *et al.* (Org.). . *Sistema Unico de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. 1a. ed. São Paulo, SP: Xamã, 1998. p. 103–120.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2a. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2002. v. 145. (Saúde em debate).

MELLO FILHO, Julio De. *Identidade médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MENDONÇA, André Luis Oliveira. O Ensaio como (Re)Forma: Manifesto Anti-Paperialista. In: PINHEIRO, ROSENI; ENGEL, TATIANA; ASENSI, FELIPE DUTRA. *Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento*. 1a. ed. Rio de Janeiro: CEPES: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 414.

MISSENARD, André *et al.* *A Experiência Balint: História e Atualidade. Estudos solicitados e coordenados por André Missenard a respeito de uma proposta de René Gelly.* Tradução Nelson Silva Júnior. 1a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

OITICICA, Hélio. *Aspiro ao grande labirinto.* 1a. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

REICH, Wilhelm. *A Função do Orgasmo: Problemas Econômico-Sexuais da Energia Biológica.* Tradução Maria da Glória Novak. 9a. ed. São Paulo: Brasiliense, 1975.

RICOEUR, Paul. *Hermenêutica e ideologias.* 3a. ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2008.

ROLNIK, Suely. O mal-estar na diferença. *Anuário Brasileiro de Psicanálise.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. v. 3. p. 292. Disponível em:

<<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Malestardiferenca.pdf>>.

RORTY, Richard. *A Filosofia e o espelho da natureza.* Tradução Antonio Transito. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

SAYD, Jane Dutra. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental.* 1a. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, Ed. da Univ. do Estado do Rio de Janeiro, 1998. (Coleção Saúde & sociedade, 1).

SOKUROV, Aleksandr. *Francofonia: An Elegy for Europe.* . [S.l.]: Films Boutique. , 2015

TESTA, Mário. *Pensar em Saúde.* Tradução Walkiria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VAN ROY, Kaatje; VANHEULE, Stijn; INSLEGERS, Ruth. Research on Balint groups: A literature review. *Patient Education and Counseling*, v. 98, n. 6, p. 685–694, jun. 2015.

VANEIGEM, Raoul. *A arte de viver para as novas gerações.* Tradução Leo Vinicius. 1a. ed. São Paulo: Veneta, 2016. (Baderna).

WINNICOTT, Donald Woods. *Playing and reality.* Reprint ed. London: Routledge, 2010. (Routledge classics).