

Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”?

Innovating when Producing Health Care, Practices, and Knowledge: how to avoid doing “ever the same”?

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

Médico Sanitarista. Professor adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

Endereço: Rua Dr Louis Couty, 35. Ap. 92, CEP 05436-030, São Paulo, SP, Brasil.

Email: luizcecilio60@gmail.com

† Texto baseado na Conferência Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? ” proferida no dia 26 de outubro de 2011, no XII Congresso Paulista de Saúde Pública, promovido pela Associação Paulista de Saúde Pública em São Bernardo do Campo, SP

Resumo

Cinco questões teórico-práticas são apresentadas e colocadas em discussão no artigo: a **quimera da atenção básica em saúde** (a promessa que nunca vira realidade de uma rede de atenção básica que seja resolutiva, qualificada, que cuide dos serviços e promova a vida em todas as dimensões, além de ser uma porta de entrada para o sistema nacional de saúde); o **“usuário-fabricado”** e o **“usuário-fabricador”** (a tensão entre o usuário disciplinado, guiado pelos procedimentos padronizados e previsíveis – o “usuário ideal” – e o “usuário-real”, que é autônomo, nômade, que faz escolhas e subverte a racionalidade planejada pelos administradores); a **disjunção entre o tempo dos gestores, o tempo da equipe de saúde e o tempo dos usuários** (as formas diferentes e quase sempre incompatíveis de “vivenciar o tempo” dos vários atores sociais com relação ao acesso aos serviços de saúde); o **sentimento de estranhamento dos gestores com o espaço micropolítico na gestão em saúde** (a perturbadora externalidade dos administradores com relação ao espaço micropolítico do trabalho em saúde); os **múltiplos sistemas que regulam o acesso e consumo de serviços de saúde, ou o funcionamento do SUS real como uma produção social** (a regulação formal/governamental compreendida apenas como uma das lógicas regulatórias que envolvem o acesso aos serviços de saúde locais). O autor argumenta que estas cinco questões teóricas contribuem para formar um portfólio de questões para o debate sobre práticas inovadoras relacionadas com o SUS atual.

Palavras-chave: Serviços de saúde; Regulação de serviços de saúde; micropolítica em saúde; questões teórico-práticas.

Abstract

Five theoretical-practical issues are presented and put into discussion in the article: **the chimera of primary health care** (the promise that never comes true about a primary health network being resolute, qualified, care-managing, and life-promoting in every dimension as well as a preferential “entryway” for the health care system); **the “manufactured user” and the “manufacturing user”** (the tension between the disciplined user, guided by standardized and foreseeable procedures - the “ideal user” -, and the “real user”, who is autonomous, nomadic, makes choices and subverts the rationality intended by the administrators); **the disjunction regarding manager’s time, expert’s time, user’s time** (the different and almost always incompatible ways of “living the time” of the several social actors as far as the access to health care services is concerned); **the feeling of uneasiness expressed by the administrators in relation to the micro political space of health management** (the troublesome externality of the administrators regarding the micro political space of health care); **the multiple systems that regulate the access and consumption of health care services or the operation of the real Brazilian National Health Service (SUS) as a social production** (the formal/governmental regulation understood only as one of the regulatory logics involving the access to health care services). The author sustains that these five theoretical-practical issues help form a portfolio of matters for the debate over innovative practices concerned with the present-time SUS.

Keywords: Health Care; Health System Regulation; Health Micropolitics; Theoretical-Practical Issues.

Início minha conferência com duas considerações iniciais. A primeira consideração:

O título da conferência traz a sugestão de que, para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento seria necessário “não fazermos mais do mesmo”. Está aqui uma primeira questão a ser enfrentada. O que seria “não fazer mais do mesmo”? De que mesmice se trata? Podemos supor que “não fazer mais do mesmo” refere-se ao campo das práticas, dos fazeres ou de determinados modos de fazer que, no campo da Saúde Pública/ da Saúde Coletiva, dizem respeito tanto à organização dos processos de trabalho, como às estratégias de organização e gestão de serviços e sistemas de saúde.

Podemos afirmar, também, que nossos fazeres, nossas práticas, são informadas, de modo mais ou menos explícito, por teorias, por conceitos, por visões de mundo, e, incontornavelmente, por projetos ético-políticos que delimitam como pensamos o Estado, a cidadania, os direitos sociais, sua tradução em políticas públicas e sua operacionalização efetiva.

Portanto, refletir sobre o “*como não fazer mais do mesmo*” nos remete, necessariamente, à complexa relação entre teoria e prática, entre pensamento e ação, e, em última instância, ao campo da ética e da política.

Nesse sentido, minha conferência há de percorrer, o tempo todo, as múltiplas pontes de ligação entre teoria e prática, assumindo a intrínseca relação entre ambas e, por isso, utilizarei o conceito de problemas teórico-práticos como categoria central para desenvolver minhas reflexões. Ou seja, tratarei aqui de problemas que entendo que devemos enfrentar no nosso projeto de construção do SUS que são teóricos e práticos, de modo indissociável, o tempo todo e ao mesmo tempo.

Segunda consideração: de onde falo.

Falo do lugar de sanitarista que completa, em 2012, 35 anos de militância da saúde pública paulista, tendo vivido, por dentro e diretamente, todos os movimentos de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso estado: da experiência da programação em saúde da Secretaria de Estado da Saúde (SES) no final da década de 1970, passando pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), todo

o processo de municipalização, as normas operacionais básicas editadas pelo Ministério da Saúde (MS) e, mais recentemente, o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Ministério da Saúde, 2006). Vivi de dentro a história da saúde pública paulista nas últimas três décadas e meia e me orgulho muito disto.

Falo do lugar de consultor que, nos anos 80/90, pode conviver intimamente com processos micropolíticos de hospitais, de serviços básicos de saúde, de equipes de direção, o que me permitiu sentir de perto os dilemas, desafios, limites que os gestores e trabalhadores enfrentam no seu cotidiano. Esta vivência me propiciou a rara oportunidade de compreender um conjunto de problemas, de limites e insuficiências de muitas análises, formulações, e, por que não dizer, de fórmulas que o movimento sanitário tem sido pródigo de produzir nas últimas décadas.

Falo do lugar de coordenador de processos de educação permanente na última década que, quase sempre, se estamos atentos pra isso, transformam-se em surpreendentes espaços de análise institucional, de escuta e de compreensão da micropolítica dos serviços de saúde nos seus aspectos mais finos e sutis, apontando os limites que temos enfrentado na operacionalização ou implementação de nossos projetos.

Falo do lugar de pesquisador que tem coordenado, na Universidade Federal de São Paulo, investigações em parceria com gestores e trabalhadores do SUS, sempre com o compromisso de tomar como problemas de pesquisa tudo aquilo que vem me intrigando, instigando, como militante da reforma sanitária, a partir dos vários “lugares de observação” que pude ocupar nas últimas três décadas e meia.

Assim, o eixo da minha conferência será a sistematização de um conjunto de problemas teórico-práticos que minha experiência profissional e as pesquisas mais recentes que tenho desenvolvido têm apontado com muita força. Meu objetivo é

apresentá-los como contribuição para o debate - a partir de questionamentos sem respostas, resistindo à tentação de apontar ESCOLHAS, SOLUÇÕES, FÓRMULAS prontas. Isso, penso, está sendo, exatamente, a matéria deste congresso.

Para a formulação dos problemas teórico-práticos que apresento a seguir, contribuíram muito os resultados preliminares de pesquisa ainda em andamento, que está sendo realizada em dois municípios da grande São Paulo, com financiamento PPSUS/FAPESP², e que teve como objetivo inicial uma melhor compreensão e caracterização dos processos de regulação do acesso e consumo de serviços de saúde. Na primeira fase da pesquisa, foram ouvidos atores estratégicos e informantes-chave das duas cidades, com o objetivo de fazer uma exploração de campo, uma caracterização do contexto do estudo, preparando-nos para a segunda fase que seria a construção de narrativas de vida de pacientes muito utilizadores do sistema de saúde, para reconstituir suas trajetórias terapêuticas, buscando uma melhor compreensão do funcionamento real dos sistemas de saúde locais.

Pois bem, a despeito de termos explicitamente assumido na formulação original do projeto que a pesquisa não seria um estudo comparativo entre os dois municípios muito diferentes entre si, seja por seus históricos de construção do SUS, pelo alcance da Estratégia da Saúde da Família (ESF), entre outros aspectos organizacionais, à medida que líamos o material empírico, nos deparamos com uma coisa intrigante: sim, de fato eles eram muito diferentes em muita coisa, porém, havia uma surpreendente regularidade de problemas compartilhados pelos dois municípios. Foram estas regularidades, que eu já percebia nos outros lugares que ocupei, para as quais eu já estava atento, que foram transformadas em cinco grandes problemas teórico-práticos. Penso que teremos que enfrentar estes cinco problemas se quisermos avançar na construção do SUS, revendo

2 A pesquisa intitulada “As múltiplas lógicas de construção de redes de cuidado no SUS: indo além da regulação governamental do acesso e utilização dos serviços de saúde”, desenvolvida em parceria com o Instituto Universitário de Lisboa e com a Universidade Estadual de Campinas. A equipe de pesquisadores: Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, Graça Carapinheiro e Maria da Graça Garcia Andrade (coordenação), Rosemarie Andrezza, Ana Lúcia Medeiros de Souza, Consuelo Sampaio Meneses, Cláudia Regina M. Martins, Débora Bertussi, Denizi de Oliveira Reis, Eliane Cardoso Araújo, Flavius Augusto Olivetti Albieri, Florianita C. B. Campos, Larissa Desiderá Santo-André, Lissandra Andion de Oliveira, Nicanor Rodrigues da Silva Pinto, Sandra Maria Spedo, Silvia Santiago, Sonia Maria de Melo, Tarcisio de O. B. Braz

inclusive, se necessário, alguns dos “dogmas”, formulações, fórmulas, princípios dos quais temos nos utilizado nos últimos anos.

Eis cinco problemas teórico-práticos que apresento para o debate. Com certeza são um recorte arbitrário. Com certeza poderiam ser muitos outros. Pretendo, com eles, apenas delimitar algumas interrogações, muitas delas sem resposta para mim.

Primeiro Problema Teórico-Prático: a quimera da atenção básica

quanto mais você estuda, quanto mais você vê como as coisas poderiam ser, mais a gente se entristece de não conseguir incorporar na prática do dia a dia as teorias tão lindas, que o pessoal que faz epidemio, que estuda essas coisas da política de saúde, ensina como a gente deve organizar o trabalho. (médica).

Quimera, por derivação de sentido, a partir da mitologia, significa o produto da imaginação, um sonho ou fantasia. Lugar onde se encontrarão nossos sonhos, nossa imaginação... A linha de chegada ninguém conhece! Ou poderíamos usar livremente a ideia de quimera como o sonho que não se realiza plenamente... É nesse sentido que estou usando a palavra nas minhas reflexões.

Estão contemplados neste problema teórico-prático elementos que nos indicam como a rede básica está sendo operada, *de fato*, de modo muito distante de tudo o que tem sido proposto, pensado, investido para que ela pudesse se transformar na imensa e generosa porta de entrada para o SUS. E qual é a quimera da atenção básica? Qual o nosso sonho fugidio que parece nunca se realizar apesar de tudo o que fazemos? Uma ampla rede de serviços, próxima dos usuários, de acesso universal, resolutiva, produtora de um cuidado integral, promotora de cidadania e consciência sanitária. Uma rede de serviços que, funcionando a pleno vapor e do modo como o movimento sanitário há anos prescreve, esvaziaria os pronto-socorros, reduziria drasticamente a demanda por atendimentos com especialistas e a realização de tantos e tantos procedimentos laboratoriais considerados desnecessários. Por isso, uma melhor compreensão da dinâmica real de funcionamento

da rede básica, para além das nossas formulações idealizadas, das nossas propostas de tantos anos, de nossos “mantras” e de nossas certezas, se impõe. Um desafio teórico-prático que temos é avançar na compreensão desta rede de serviços tal como usada por pessoas, a rede produzida pelos gerentes e trabalhadores, pelos usuários e por tantos outros atores e interesses nem sempre imediatamente visíveis. Compreender a rede real no que ela produz de bom, mas, também, o quanto ela se afasta espantosamente de muita coisa que idealizamos.

Variados e complexos elementos, sem uma hierarquia e relação de causalidade entre eles, parecem ir interagindo e conspirando para transformar a rede básica idealizada em simples quimera, entre eles a difícil fixação do médico e o seu não “encantamento” com o projeto de construção do SUS como política pública generosa e inclusiva; a eterna defasagem entre a oferta de serviços que, por mais que seja ampliada, parece nunca dar conta de uma demanda sem fim, que nos provoca e desafia; a percepção desta demanda interminável, pelos trabalhadores, como impeditivo para que realizem o bom cuidado, causando sofrimento e frustração para aqueles alinhados com um projeto de SUS de qualidade; a “deformação”, na prática, de um conjunto de dispositivos pensados para melhorar a qualidade do atendimento, como, por exemplo, o acolhimento, uma estratégia pensado para abrir as portas das unidades, acolher as necessidades, produzir cuidado, que em várias experiências tem se transformado em barreira para o acesso (Camelo e col., 2000); a impotência das equipes de saúde diante dos “problemas sociais” que invadem suas agendas, etc.

Por isso tudo é que é possível dizer que a rede básica do sonho do movimento sanitário é uma quimera: um projeto que não se realiza. Que ainda não se realiza? Seria tudo uma questão de tempo? De mais investimentos, mais capacitações? Ou já se acumulam indicações de que haveria algo que não temos levado em conta em nossas formulações, algo que nos escapa, um déficit de compreensão do real movimento das pessoas com suas necessidades, “algo” que afinal desafia e desmonta os vários modelos assistenciais que temos pensado para a rede básica?

Este é, em síntese, o primeiro problema teórico-prático que apresento para o debate. Tentarei apresentar novos elementos para a discussão nos próximos problemas teórico-práticos.

Segundo Problema Teórico-Prático: a tensão entre o “usuário-fabricado” e o “usuário-fabricador”

Porque, quando você tem uma necessidade, nem sempre pros dois lados é igual (médica).

Afinal, quem é o usuário dos serviços de saúde? O que ele deseja? Como se comporta? Como os gestores e as equipes de saúde se defrontam com este usuário real? De um lado, os usuários do sistema são vistos como alvo de estratégias de normalização, de “educação”, de disciplinamento, visando o funcionamento adequado do “sistema”: o usuário a ser fabricado. Por tal visão, as pessoas devem ser “adequadas” à racionalidade do “sistema de saúde”, que se manifesta em dois componentes principais: primeiro, os serviços de saúde têm missões claras e bem estabelecidas, de modo que há “problemas para a rede básica”, “problemas para média e alta complexidade” e “problemas para os serviços de urgência”. Nessa idealidade, a confusão feita pela população entre os “lugares adequados” para o atendimento seria fruto da ignorância, desinformação e/ou má-fé, e, portanto, deverá ser enfrentada com mais “educação”, “informação” e, claro, controle. O segundo componente dessa visão racionalista é que os vários serviços, com suas missões e graus de complexidade bem definidos, seriam conectados por fluxos normalizados/formalizados, de modo que o trânsito das pessoas entre os serviços deveria obedecer à lógica de “circuitos racionais de utilização dos serviços” estabelecidos pelos gestores. O que corre por fora de tais circuitos seria errado, uma disfunção a ser corrigida.

É possível perceber, ainda, como o usuário a ser fabricado é aquele que se sujeitaria à normatividade que a Medicina estabelece tendo como base os parâmetros construídos pela Medicina Preventiva, com seus vários níveis de promoção e prevenção baseados no paradigma da história natural da doença. Tratar-se-ia de se alcançar, pela prática individual de

hábitos saudáveis, menos dependência dos cuidados médicos e menor utilização dos serviços de saúde, coisa que a população parece solenemente ignorar. (Castiel e Álvarez-Dardet, 2007)

O que interessa reter é que, por mais que, explicita ou implicitamente, tentemos enquadrar as pessoas aos ditames e à lógica do sistema formal de saúde e aos preceitos da Medicina Preventiva, somos obrigados a reconhecer elas “transgridem a regra” o tempo todo, emergindo a figura viva do usuário-fabricador, cuja compreensão e reconhecimento passam a ser centrais se a proposta é a inovação na produção de práticas, de cuidados e do conhecimento.

Trata-se, portanto, com esse problema teórico-prático, de explicitar a tensão sempre presente entre uma normatividade pretendida pelos gestores e trabalhadores e o movimento real das pessoas, na busca de satisfação de suas necessidades.

Terceiro Problema Teórico-Prático: a disjunção tempo do usuário, tempo do gestor, tempo da equipe de saúde quando se trata do acesso e consumo de serviços de saúde

É do ser humano a carência de ser atendido (ACS).

Podemos dizer que há “diferentes tempos” ou modos de viver o tempo pelos vários atores sociais, quando se trata do acesso aos serviços de saúde:

- os gestores buscam a racionalização do uso dos tempos de acesso e consumo dos serviços, através da permanente e tensa busca de adequação entre demanda (aparentemente ilimitada) e oferta (sempre limitada). É o tempo das possibilidades;
- os profissionais de saúde buscam viabilizar o tempo adequado para a disponibilização das tecnologias e/ou recursos que avaliam como imprescindíveis para o bom cuidado, sob o comando principalmente dos saberes e éticas profissionais. É o tempo do cuidado;
- o usuário busca rapidez no tempo de acesso ao cuidado, avaliada sempre a partir de sua perspectiva individual, marcada pela experiência da doença. É o tempo das necessidades.

A busca da racionalização do uso do tempo pelos gestores, a batalha pelo bom uso do tempo necessário para o cuidado e a vivência do tempo pelos usuários a partir da experiência da doença compõem lógicas que, em princípio, deveriam ser complementares e/ou sinérgicas, pois o usuário quer ter acesso, da forma mais rápida qualificada ao cuidado que ele sente/avalia que precisa; a equipe que cuida, em particular o médico, reivindica maior agilidade para tudo o que julga necessário para produzir o bom cuidado; o gestor ambiciona a racionalização de processos e fluxos, em particular a adequação entre demanda e oferta, no mínimo na perspectiva de legitimação do governante. Na prática, as coisas não são bem assim. São lógicas que parecem competir entre si, produzindo `ruídos` permanentes na operacionalização do `sistema` de saúde. O usuário é visto como `imediatista` pela equipe e pelos gestores, pois parece querer ter acesso garantido com a urgência que suas necessidades vividas lhe ditam, fazendo tudo para contornar as barreiras ou bloqueios de acesso. A equipe define urgências e não-urgências a partir dos saberes que opera, devedores, antes de mais nada, dos ditames da medicina tecnológica, em particular do conceito de `risco`; ela sempre se incomoda com a pressão "distorcida" dos usuários, mas também com a aparente insensibilidade dos gestores que nunca garantem a agilidade que ele precisa para os exames complementares ou para o parecer do especialista. Os gestores se defrontam com o que avaliam como uma demanda distorcida em função da baixa resolutividade da rede básica de serviços, em particular a imensidão de encaminhamentos desnecessários feitos pelos médicos, "aliados" dos usuários que já entrariam no consultório com demandas, ou para a realização de exames ou para encaminhamento para especialistas...

Tempos diferentes, lógicas diferentes, atuando com um traço em comum: todos sob o comando dos ditames da medicina tecnológica. Tanto no imaginário dos usuários, que desejam mais e mais consultas médicas, mais e mais exames, buscando de alguma forma suprir o que a rede básica não cumpre (integralidade, promoção e prevenção, responsabilização, ou seja, a quimera da rede básica...), com a lógica dos saberes que o médico opera, centrada na tríade corpo doente/diagnóstico/tratamento, que não pode

prescindir das tecnologias duras e dos saberes especializados para sua realização. Ou ainda a condução da gestão, prisioneira, em última instância, das duas lógicas anteriores, algo como se não sobrasse outra opção, para quem faz a gestão em saúde, do que exatamente prover tudo o que a medicina tecnológica demanda para sua realização.

Quarto Problema Teórico-Prático: a relação de estranhamento dos gestores com o espaço micropolítico na gestão em saúde

Não seria incorreto afirmar que o Movimento Sanitário, mesmo em sua produção mais crítica, de algum modo cultivou uma postura de externalidade em relação ao campo micropolítico da produção do cuidado em saúde, se ele for definido como o território onde se realiza o ato último de cuidar, ali na intimidade dos serviços de saúde e no labor das equipes junto aos usuários (Cecilio, 2011). Tal postura de "externalidade" em relação a esse campo micropolítico pode ser explicada por conta de uma dupla herança. Em primeiro lugar, a herança da Saúde Pública, que sempre lidou mal com tal espaço pelo modo como construiu seu objeto e seus instrumentos operatórios, em particular, a epidemiologia e seu olhar sobre os grandes números, sobre o que é extensivo, sobre os coletivos. O campo micropolítico ficava praticamente ausente de tal construção. Por outro lado, o pensamento crítico presente na fundação da Saúde Coletiva ou voltou sua atenção para a "determinação social" do processo saúde-doença, em particular seus componentes macroestruturais - econômicos, políticos e sociais -, ou, quando se ocupou do espaço micropolítico, foi para apontar sua articulação com as determinações mais amplas, como se ele fosse a simples caixa de ressonância de um jogo pesado que se dava fora dele, ou era "externo" a ele. Basta lembrar como, na Saúde Coletiva, a Medicina e a prática médica sempre foram estudadas com ênfase na perspectiva de denúncia de sua cumplicidade com a biopolítica do Estado capitalista e sua articulação crescente com o complexo médico-industrial. Esta cumplicidade contribuiria para um modo cada vez mais poderoso de realização do capital, de controle

da força de trabalho ou de sua produção e reprodução para os interesses dos capitalistas (Donnangelo, 1979; Luz, 1979; Camargo Jr, 2003; Braga e Paula, 1981). Essa seria a nossa segunda herança, aquela produzida pelo pensamento crítico.

O Movimento Sanitário, com sua dupla herança de externalidade, exerceu grande influência, nos últimos anos, sobre o modo de pensar, fazer e estudar a gestão em saúde no nosso país, seja através da ocupação direta de cargos de governo ou gerência, seja por sua produção teórico-científica, com forte influência na produção das políticas de saúde, inclusive das políticas de avaliação. Por outro lado, quem faz gestão em saúde, pela natureza da sua função ou pelo lugar institucional que ocupa, tende a se colocar de modo `externo` a esse campo micropolítico, enxergando-o como território a ser normalizado e controlado.

O recente “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, lançado pelo Ministério da Saúde (2011), está em boa medida preso a tal dilema da externalidade/internalidade. Ele nos fornece um exemplo de como muitas de nossas formulações de política, mesmo quando feitas com a melhor das intenções e compromisso com a produção do SUS - como sem dúvida é o caso de tal programa - se veem presas ou subordinadas a certos esquemas teórico-conceituais que não dão conta da complexidade da realidade. Daí este ser mais um problema teórico-prático a ser enfrentado se não quisermos fazer mais do mesmo.

Quinto Problema Teórico-Prático: os múltiplos regimes de regulação do acesso e consumo de serviços de saúde ou o funcionamento do SUS real como uma produção social.

Este quinto problema teórico-prático pode ser visto como um entrecruzamento dos anteriores, ou seja, um problema teórico-prático-síntese das várias questões apontadas antes, retomadas agora em um grau maior de articulação. Ele poderia ser formulado da seguinte maneira: o funcionamento real do SUS, mais do que resultado ou desdobramento de uma ação governamental de base técnico-administrativa-

gerencial de caráter teleológico e instrumental, deve ser entendido como resultado da ação de múltiplos atores (individuais, coletivos, institucionais ou não) que vão produzindo diversificados regimes de regulação do acesso e consumo dos serviços de serviços de saúde, algo que transborda e escapa, por todos os lados, do formalismo e configuração do que temos chamado de “sistema de saúde” e à correspondente regulação governamental do sistema. E o que são regimes de regulação? São agenciamentos que vão desenhando fluxos, pontos de conexão e articulação entre os serviços de saúde; agenciamentos marcados por sua natureza duplamente contraditória: são estáveis/instáveis, são visíveis/invisíveis, são previsíveis/imprevisíveis. Resulta disso que, para não fazermos mais do mesmo, deveremos, entre tantas coisas, relativizar o conceito de “sistema de saúde” (designação que trai uma pretensão de ordem, de funções articuladas, de regularidades, de finalidades únicas...). Deveremos deslocar o conceito de “sistema de saúde” para algo que, embora apenas comece a ser enunciado, que ainda não nos seja bem claro, já reconhece fluxos em rede, linhas de cuidado, redes de cuidado... Um bom exemplo dessa tendência poderia ser a recentíssima entrada do conceito de “linhas de cuidado” para o léxico dos sanitaristas, embora seja necessário que fiquemos atentos e vigilantes sobre o quanto tal conceito não está nascendo governamental demais, funcionalizado demais, instrumental demais, externo demais aos espaços micropolíticos.

Prosseguindo com estas reflexões sobre o funcionamento do SUS como produção social, é possível afirmar que o regime de regulação governamental/formal do acesso, via complexos reguladores, é apenas um dos múltiplos regimes de regulação do acesso e do consumo de serviços.

Imediatamente é preciso reconhecer um regime de regulação fundamental para a constituição e funcionamento do SUS e que poderíamos denominar de regime de regulação profissional, ou seja, aquele feito pelos trabalhadores de saúde, muito em particular pelos médicos, via contatos pessoais, relações de conhecimento e confiança, que produzem fluxos de pacientes que podem respeitar, mais ou menos, conforme as circunstâncias, os circuitos, fluxos e regras da regulação governamental/formal. Tal re-

gime de regulação profissional é o alvo, é a obsessão de todas as estratégias racionalizadoras em curso tanto no setor público como no privado (Malta e col., 2005). Obsessivamente procuramos capturar tal regime, pois avaliamos que ele "bagunça" a racionalidade prometida pela regulação governamental. No entanto (e como é difícil reconhecer isso), é um regime de regulação que pode ser altamente cuidador, se soubermos incorporá-lo às nossas estratégias gerenciais...

Gestores, formuladores, pesquisadores do SUS terão que experimentar um giro epistemológico, ético, operacional, na sua compreensão, investigação e gestão do mundo da micropolítica de saúde, superando a externalidade, a desconfiança atávica, a normatividade com que a Saúde Coletiva, o Movimento Sanitário, nós, sanitaristas, temos tratado o que se passa ali onde se produz o cuidado, no encontro entre equipe e pessoas que procuram por cuidado. Temos que considerar que neste espaço existem atores reais, os trabalhadores, médicos, enfermeiros, profissionais de saúde que, ao se mover de acordo com seus saberes, suas éticas profissionais, os sentidos que dão para este extraordinário experimento social que é o SUS, movem-se, produzem, inventam, resistem e configuram o cuidado que, afinal, nunca é como nós (gestores, sanitaristas, pensadores, formuladores) teimamos em querer normalizar, formatar, produzir à nossa imagem e semelhança.

Outro regime de regulação, ligado à tradição política brasileira, é o que poderíamos denominar de "regulação clientelístico-eleitoreira", fruto do protagonismo de múltiplos atores políticos, sejam eles políticos com cargos eletivos, entidades de classe, sindicais, ou, de modo muito mais freqüente do que pensamos, dos próprios conselheiros de saúde. É uma contrarregulação, porque opera numa lógica aparentemente oposta à regulação governamental/formal, embora faça pontos de contato com ela. A moeda de troca que alimenta este regime de regulação é, em geral, a conquista do apoio de potenciais eleitores em processos eleitorais variados, configurando o jeitinho brasileiro de regular. Cruamente falando, trata-se de reduzir os cidadãos e seus direitos a potenciais eleitores a serem favorecidos por benesses dos vereadores. Não seria possível compreender ou caracterizar a regulação do SUS hoje, sem levar em

conta a força deste regime de regulação, que temos a tendência de caracterizar como residual, mas não é. A regulação clientelístico-eleitoreira exerce um papel destacado em todas as cidades brasileiras, e não só lá no "Brasil profundo", na configuração do SUS real. Tal regime de regulação não é residual, não é desimportante e, para muitos brasileiros, é o salvo-conduto para acessar os serviços.

Por fim, e como um entrecruzamento dos problemas teórico-práticos anteriores, podemos apontar um regime de regulação cuja clara identificação tem sido difícil na tradição do movimento sanitário. Este sistema tem tudo a ver com o que está sendo chamado de "usuário-fabricador", e, por falta de nome melhor, podemos designá-lo por regulação leiga, isso é, aquela regulação de acesso e consumo dos serviços feita pelos próprios usuários. O regime de regulação leiga pode ser vislumbrado no que tem sido denominado, em estudos exploratórios desenvolvidos no Brasil, de itinerários terapêuticos dos doentes (Gerhardt, 2006).

Não há um "trabalhador moral", ou seja, aquele trabalhador "moralmente" comprometido com as políticas e estratégias formuladas pelos gestores, sejam elas mais "estruturais", de longo prazo, ou mais de contexto - em função da incorrigível compulsão do governante de plantão de pretender reinventar a roda a cada ciclo de governo (Cecilio, 2007). Da mesma forma, não há o "usuário moral", qual seja, aquele usuário idealizado, alvo de estratégias biopolíticas, disciplinadoras, racionalizadoras tanto do seu corpo físico, de sua subjetividade, como do esquadrinha-mento, vigilância e modelização de sua circulação no "sistema" de saúde. Vamos ter que aprender a conviver com os usuários reais do sistema, aliás, antes que usuários, pessoas reais, com desejos, sentidos e protagonismos, o usuário-fabricador que questiona e bagunça todas as perspectivas de um sistema de saúde racional, que deveria ser utilizado por pessoas enquadradas na normalidade que há muito tem-se buscado produzir. Nós, gestores, trabalhadores de saúde, vamos ter que aprender a reconhecer o usuário-fabricador e incorporá-lo como parceiro na fabricação do sistema. Reconhecer que a gestão do seu próprio cuidado feita pelas pessoas é muito mais vital para a configuração do cuidado que elas precisam do que nós, gestores, gerentes, trabalho-

res, temos conseguido vislumbrar, aceitar e traduzir em estratégias concretas de operacionalização dos processos de trabalho. Entre estas, eu apontaria a idéia de co-gestão do cuidado para valer entre trabalhadores e usuários.

Penso não ser correto esperar que um dia, quando todo o sistema de regulação governamental estiver finalmente implantado, com todos os seus fluxos e protocolos bem consolidados, surgirá finalmente um sistema de saúde ordenado, racionalizado, plenamente avaliável, a menos que desconsideremos todos os outros regimes de regulação, com seus atores, com seus sentidos e, por um milagre, consigamos fazer triunfar o regime de regulação governamental.

Como síntese do que apresentei, eu diria que para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento, *não fazendo mais do mesmo*, teremos de, em boa medida, não pensarmos mais do modo como temos pensado um conjunto de questões centrais para a construção do projeto da reforma sanitária brasileira.

Experimentar novas formas de pensamento nem sempre é tarefa fácil. Como diz Gilles Deleuze no belo livro “A ilha deserta”,

... em toda modernidade, em toda novidade, há um conformismo e uma criatividade; uma enfadonha conformidade, mas também uma pequena música nova; alguma coisa que se conforma à época, mas também algo de intempestivo - separar uma coisa da outra é a tarefa daqueles que sabem amar e que são os verdadeiros destruidores, e, ao mesmo tempo, os verdadeiros criadores. Não há boa destruição sem amor. (2006, p.180).

Experimentemos, pois, pequenas músicas novas. Sejamos intempestivos, e façamos da destruição de nossos dogmas, de nossos cacoetes do pensamento, de nossos mantras, de nossas fórmulas, um ato de amor e de reinvenção de nossas práticas. Reinvenção dos nossos modos de nos aproximar do território do cuidado para produzir uma reflexão renovada, tão essencial para o avanço do Sistema Único de Saúde no nosso país.

Contra a idealidade de um usuário-fabricado, normalizado, temos que incluir em nossos cálculos, em nossas estratégias de gestão, um usuário que

batalha por sua própria conta o acesso ao que supõe ou avalia que precisa, a partir de sua experiência da doença e de experiências e informações prévias. O usuário-fabricador produz o “seu” sistema de saúde, ou uma outra lógica para o sistema de saúde que, à sua moda, subverte o discurso racionalista e racionalizador produzido por quem faz a gestão/gerência dos serviços de saúde. O usuário-fabricador, com sua ação concreta e protagonismo, com suas buscas e com seus ousados experimentos de tentativas e erros, vai produzindo circuitos, opções, caminhos que só em parte correspondem à normalização oficial do sistema.

Referências

- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. Industrialização e políticas de saúde no Brasil. In: BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981. p. 41-86.
- CAMARGO JR, K. R. A biomedicina. In: CAMARGO, JR., K. R. *Biomedicina, saber & ciência*. São Paulo: Hucitec, 2003. P 177-201.
- CASTIEL, L. D.; ÁLVAREZ-DARDET, C. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 136 p.
- CAMELO, S. H. et al. Acolhimento em saúde: estudo em unidades básicas do município de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37 - agosto 2000.
- CECILIO, L. C. O. O trabalhador moral em saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 11, p. 345-63, 2007.
- CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 15, p. 589-99, 2011.
- DELEUZE, G. *A ilha deserta*. Edição de D. Lapoujade. São Paulo: Iluminuras, 2006. 383 p.

DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. Parte I (Medicina e Estrutura Social). São Paulo: Duas cidades, 1979. p. 11-68.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2449-63, 2006.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição estratégia de hegemonia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MALTA, D. C. et al. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: Editora ANS/Ministério da Saúde, 2005. v. 1., p. 270.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria de nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Cria o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 nov. 2011. Seção 1, p. 38.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto da Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

Recebido em: 14/12/2011

Aprovado em: 20/02/2012