

Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades'

Health and Rights: tensions of a disputing SUS, molecularities

Emerson Merhy

Professor titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Macacé

Endereço: Rua Marques de Abrantes 16, Flamengo, CEP 22239-061, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: emerson.merhy@gmail.com

1 Texto baseado na Conferência “Saúde e Direitos: escolhas para fazer o SUS” proferida no dia 23 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

Sob o perspectivismo de que “qualquer vida vale a pena”, o texto produzido a partir de uma conferência explora certos campos de tensões que operam no campo da saúde sob o olhar da relação saúde e direito. Apesar de reconhecer os elementos constitutivos molares desse campo, advoga a noção de que os enfrentamentos vitais do modelo atual, no qual há vidas que valem mais a pena que outras, deve se dar ali na molecularidade do agir em saúde, na gestão e no cuidado, trazendo o lugar da prática como chave para a produção efetiva de novos modos de se produzir as vidas, nos quais as diferenças são riquezas, e a vizinhança entre os distintos saberes é nuclear para a construção de apostas. Nestas, a riqueza de conexões existenciais é o melhor modo de se apostar que a produção de vida expressa o mais fundamental da construção do campo da saúde. Lançando mão de autores da micropolítica e da esquizoanálise, procura conduzir uma reflexão sobre as implicações desse “olhar construtivo”.

Palavras-chave: Política de saúde; Movimento sanitário; SUS; Micropolítica; Direito e saúde; Gestão e Cuidado em saúde.

Abstract

According to the point of view that “every life is worth it”, this text, based on a conference made by the author at the XII Congress of Public Health of São Paulo, discusses certain areas of tension that are operative in the field of health regarding the relationship between health and rights. In spite of recognizing the molar constitutive elements of this field, it defends the idea that the vital fights inside the current model, in which there are lives that are more worth it than others, must happen inside the molecularity of the work in health, inside the management and inside the care. It has to put the *locus* of practice as a key to the effective production of new modes of producing lives, where the differences are wealth and the vicinity between distinct forms of knowledge is nuclear to the making of bets. In these bets the richness of existential connections is the best way of betting that life production expresses the most fundamental aspect when building the field of health. Taking support from authors that discuss micro politics and schizoanalysis, the author tries and conducts a reflection about the implications of this “constructive regard”.

Keywords: Health Politics; Sanitary Movement; SUS; Micro Politics; Health and Right; Management and Health Care.

Para o médico sanitário Maurício Chakkour

Para apresentar a minha reflexão sobre o tema “Saúde e Direito: escolhas para fazer o SUS”, optei por construir algumas imagens, expressivas do meu perspectivismo sobre as práticas de saúde, o estado, o governo, entre outras dimensões; estas trazem para a cena o reconhecimento, que faço, de que o SUS se constitui em um campo de práticas sociais, situado sob uma superfície de tensões que o posiciona como lugar permanente de disputas, sociais e históricas.

De certa maneira, falar sobre muitas das temáticas que podem atravessar o SUS é tentar dar visibilidade às forças e tensão constitutivas que o operam (Merhy, 2002a), para tornar explícitos os territórios de práticas que se disputa para sua conformação. Com este objetivo, destaco algumas daquelas tensões que considero centrais para o momento atual, em particular pela contribuição que possam dar no entendimento e aprofundamento do debate sobre a relação entre saúde e direito, sempre olhados na perspectiva daquela ótica.

Para dar substância vital a isso, trago de início a imagem do que chamo “SUS utopia”, porque me permite colocar em evidência muitas das questões nucleares que marcam nas minhas apostas o campo de disputa estruturante desse território de práticas sociais.

Em primeiro lugar, tento reconhecer que não é pouco, em particular no nosso país, operar em um território de disputa social – o campo da formação das políticas sociais, em particular na saúde, no qual tem que se enfrentar as várias apostas sociais sobre a produção do sentido das vidas, individuais e coletivas.

O uso daquela imagem traduz, para mim, a importância do SUS como campo de práticas que opera nesse processo de produção e como isso o implica como lugar de enfrentamento daquela produção de sentidos. Ainda mais considerando-se essa disputa em um país muito específico como é o Brasil, que não é um país qualquer diante dessa temática do direito ou das conquistas sociais. Pois, nela há uma longa construção, no qual esse processo de produzir as desigualdades sociais ou da luta contra as desigualdades sociais enfrenta exatamente essa questão: que tipos de produção de vidas se quer.

Será que as vidas de todos e de qualquer um, valem a pena? Ou nem tanto? (Merhy, 2002b; 2010).

Essa é uma questão central, porque nesse país se tem uma longa história na qual a construção desse processo é a permanente afirmação de que não valem, quer dizer, visitando à exaustão os 500 anos de país mostra-se o quanto ele é centrado na noção de que a vida das pessoas deve ser qualitativamente diferente, sendo que umas devem valer mais que outras.

Pode-se, por exemplo, lembrar-se do nosso passado colonial, do escravagista, mas pode-se também focar no período republicano para elaborar sobre isso, pois não é necessário ir tão longe. O período republicano que se realiza durante esses últimos cento e poucos anos é um período muito explícito sobre essa questão, por reafirmar que de fato a vida de certos agrupamentos sempre valeu muito mais a pena do que a vida de outros. Diria até mais, que a construção dessas vidas que valem a pena sempre se deu em cima do consumo dessas vidas que são consideradas como as que não valem tanto a pena.

Portanto, quando lanço essa imagem do “SUS utopia” digo que todo esse processo social brasileiro - nesses últimos trinta anos ou algo próximo disso - que trabalha pela possibilidade de construir uma nova lógica nas práticas de cuidado na saúde, de fato tem que enfrentar essa lógica anterior na sua constitutividade. E isso posiciona a todos desse campo social diante da questão: quais são as apostas que devem ser enfrentadas, quando vários atores sociais vêm e advogam a noção de que “a saúde é um direito de todos”, de que a construção da saúde como um direito de todos é “um dever do Estado”? Quando advogam que deve se construir uma política específica que siga os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, e que para isso há que se produzir uma nova lógica nos arranjos institucionais, no campo da política governamental, de cunho participativo e democrático, para operar essa política?

Quando se anda nesses terrenos não há dúvida: de que se deve travar muitas disputas, das quais algumas bem radicais e nucleares, inclusive no sentido de estruturante ético-político do desenho de um devir social de certos desejos coletivos, utópicos; de que neste processo pode-se operar uma certa saída da forte tradição que ordena a história brasileira, a de que as vidas das pessoas, a vida dos coletivos, não

são equivalentes, não são igualmente fundamentais e nem devem ser.

Nesse sentido, colocar essa imagem analisadora do “SUS utopia” tem o sentido de mostrar a disputa central que certo modo de fazer o SUS deve carregar dentro de si, com clareza suficiente que lhe abra a possibilidade de que o SUS só se realiza na medida que se governa pelo lema: a vida de qualquer um vale a pena. E, se a vida de qualquer um vale a pena, isso deve ter a força, tensa é verdade, de que ali no fazer do cotidiano do cuidado, não é só a vida de quem se considera como socialmente significativa que deve ser valorada, mas de modo fundamental a vida daquele morador de rua, daquele desinvestido socialmente - que muitos dizem já não servir para mais nada, por ser improdutivo, não cidadão, que só provoca inúteis gastos sociais sem trazer nenhum benefício para a coletividade (Merhy, 2012).

Ao não se dar visibilidade a tudo isso e ao não se explicitar de modo claro as tensões sobre isso, inclusive produzindo novos espaços de conversas nas organizações em torno dessas questões, os tipos de apostas que constituem o SUS e seus vários lugares éticos-políticos, compromete-se de maneira nuclear a disputa mais vital da construção de uma certa “alma” dos modos de cuidar (Testa, 1997).

A construção de certas lógicas de cuidado, certas redes de cuidado, a atenção a certos coletivos sociais, têm que partir em primeiro lugar dessa reflexão-aposta, desse perspectivismo, de que as vidas valem a pena, e mais que isso, de que qualquer forma de vida vale a pena (Guattari, 2000). Essa imagem do “SUS utopia” seria forte e basal para o reconhecimento de que este campo de práticas sociais é fundamentalmente um campo de disputas radicais que não são fáceis, inclusive porque trazem grandes implicações não só para a luta em torno de um imaginário não consagrado, mas para as formas de concretizá-lo ali no dia a dia das redes de serviços, com impacto sobre os modos de produzir o cuidado em saúde como um todo, no plano individual e coletivo.

Essa é uma questão, no meu olhar, que ao mesmo tempo potencializa a possibilidade de compreender as implicações que há quando se está nesse campo da política do Sistema Único de Saúde, e coloca o quanto é necessária a capacidade coletiva de enfrentar uma agenda tão complexa.

As páginas de jornais, por si, mostram o tamanho dessa briga ao revelarem a todo tempo como tem sido a conformação das políticas para certos agrupamentos sociais, nas quais o processo da saúde vem ocupando a centralidade e onde emergem de modo explícito as desigualdades no investimento na vida do outro. Nesse sentido, procuro tornar aqui impossível pensar sobre o conjunto dessas questões - como evidente que é impossível pensar sobre essa temática do direito - se não ficar clara a percepção de que não são simples questões conceituais, mas algo para ser vivido (Deleuze, 2012), porque entrar numa aposta da “SUS utopia” é construir na ação práticas cotidianas que estabeleçam novos sentidos enriquecedores dos viveres, como forma de produzir a saúde.

Abro, agora, uma segunda grande questão que considero relevante e fundamental nessa discussão: as disputas que estão cravadas no território da saúde, enquanto campo de produção do cuidado, na sua dimensão individual e coletiva.

Como dizia antes, esse é um campo que permite perceber com clareza as implicações de uma aposta de que a vida de qualquer um vale a pena, não como algo para representar no pensamento, formular e dizer, mas para ser vivida nos encontros com os outros, em particular no mundo do trabalho em saúde. Algo pra ser vivido porque se apresenta ali na cotidianidade dos encontros que constituem o Sistema Único de Saúde, como realidade efetiva, nas práticas das equipes e de seus profissionais.

Por ser tão substancial, há que se debruçar sobre essa questão com mais detalhe. Para isso, faço o convite de outra imagem: a que considera a visualização dos encontros que são produzidos no campo de práticas do SUS, que devem ser da ordem de milhões e milhões por ano. Penso também sobre os vários modelos de organização de serviços e redes de cuidado que aí são operados e o jogo entre as dimensões públicas e privadas que os atravessam. Jogo que está colocando em cena todos que aí se encontram: trabalhadores, usuários e gestores - óbvio que há mais, mas nesse momento isso basta, pois volto ao tema público e privado em outro momento.

Dentro dessa imagem, sobre esses encontros, que acho que são da ordem, de fato, de bilhões, me posiciono: o que ocorre neles de modo molecular (Guattari, 2012) a cada encontro? Como é atravessado por aquele jogo, como nele se expressa a implicação da vida do outro, como circulam os poderes, entre (Foucault, 1979)? De que modo se constrói a aposta na vida do outro? Vale a pena?

E aí há uma batalha central, uma tensão constitutiva da maior expressão. De que modo, no meu agir nesses encontros com os usuários e os meus colegas de trabalho, como alguém que aposta no SUS, dou substância para esse outro que ali está, em ato. Como o significo, de que maneira o trago para o meu campo de intervenção, como objeto ou como sujeito, faz toda a diferença.

Ali, na minha prática cotidiana de encontro com os usuários ou com os membros da minha equipe, no dia-a-dia da minha produção como sujeito da ação, tanto das minhas práticas de produção de cuidado, quanto dos modos como “governo” minhas relações na organização (Merhy, 2002a), se não conseguir me acercar do outro qualquer, enquanto um outro que é, sempre, sujeito do desejo, sujeito da vontade, de conhecimento relevante, produtor de modos de vida, de existências, significativas e centrais para visualizar modos de produção da saúde e de coletivos atuantes (Merhy e col., 2011).

Nesse encontro com alguém, posso valorá-lo de uma maneira muito diferenciada, como enriquecimento em mim pela sua diferença (Viveiros de Castro, 2010) ali em ato, ou agir de maneira completamente oposta e inclusive me sentindo ameaçado por aquela diferença, vinculando-me muito mais com uma produção de morte do que de vida. Aqui, morte no sentido de empobrecer as redes de conexões existenciais que todos sempre estão inseridos, como por exemplo, em um agir manicomial.

Ao me encontrar com o outro em que me abro para a produção relacional que isso traz, se não me posiciono para as trocas que isso pode produzir não me disponho a ser afetado pelo outro pelas várias formas de conexões que ali estão sendo produzidas. Não me disponho a entendê-lo como alguém que é produtor em si de modos de vida e nem a me desarmar do lugar do saber sobre o outro como objeto de mim. Nesses modos de agir, nego em ação qualquer

realização de um “SUS utopia”.

Para marcar como encaro isso, a imagem que trago, que sei ser muito pesada, mas que já é parte de reflexões minhas anteriores, é a imagem da “construção do agir torturador nas práticas de saúde”. Vou me explicar melhor, porque acho que é necessário fazer isso, para não ser banal.

Por que uso esse tema do torturador? Porque imagino que há acontecimentos interessantes de serem observados, à semelhança do encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário. Esse encontro é um encontro muito vivo, em ato, é um acontecimento em si. Por mais que o trabalhador tenha todo um arcabouço de conhecimento tecnológico (Mendes Gonçalves, 1994), não consegue dar conta de tudo que vai acontecer ali, no momento do encontro. Esse encontro é produtor de sentido em si, para além do que já está previamente imaginado para ele (Merhy e Onocko, 1997) (Ayres, 2001).

Por mais que se tente enquadrar e conter tudo que ali ocorre, há uma dinâmica intensiva do “trabalho vivo em ato” operando de todos os lados. Isso cria uma imprevisibilidade que se realiza, por exemplo, no campo da produção do cuidado. Aí joga-se com muitas possibilidades de produção. Por exemplo, pode-se operar na direção da capacidade de produzir vínculos sem domínios entre os que estão nesse campo, capacidade de acolher as diferenças em ambos sentidos, de falar e de escutar entre iguais, e por aí vai. Mas, e talvez por isso mesmo, no interior desses encontros-acontecimentos pode-se ter a capacidade de se produzir exatamente o contrário: vínculo como dominação, escutas e falas entre uns mais legítimos falantes que outros, entre outras.

Exatamente por isso pego emprestada a imagem do torturador. O torturador é um operador de encontros-acontecimentos e não é necessário ter sido torturado para dizer isso. Ao debruçar-se sobre as lógicas do “agir torturador”, vê-se que é um agir que trabalha com o encontro.

O que é um torturador e um torturado? Há muitas dinâmicas, nisso, que inclusive já foram objeto do olhar de muitos pensadores. Alfredo Naffah Neto (1985) produziu uma tese sobre o assunto. Não tenho essa pretensão, pois só vou construir certa imagem desse encontro e explorá-la para fins da minha reflexão.

Nessa imagem, destaco a presença do agir torturador tentando produzir no encontro a fala do torturado: não uma fala qualquer, mas que o torturado fale aquilo que ele quer escutar. O torturador chega a matar o outro por isso. Podemos imaginar que o torturador está supondo que o torturado vai poder revelar, com sua informação, algo que será substancial para a sua ação vigilante e policialesca. Tortura-o para que produza a escuta que deseja e vai com isso até a exaustão, correndo o risco inclusive de, com a produção da morte, perder a informação.

Ora, essa dinâmica do trabalho vivo em ato do torturador sobre o torturado. essa relação do trabalho vivo do próprio torturado, do torturado com o torturador, é uma dinâmica interessante de se observar, pois me parece que também pode estar cravada no mundo da produção do cuidado. Por quê? Porque ali, na cotidianidade, uma boa parte daqueles bilhões de eventos, de encontros que a gente disse que o SUS proporciona, merecem ser olhados de um modo analítico, um pouco sobre esses ângulos que sugiro; ou seja, talvez seja interessante mirar nessa implicação da ação, do quanto a vida do outro vale a pena mesmo.

Poder pensar sobre essa tensão do “agir torturador” na produção do cuidado, dá a chance de visualizar de que maneira a organização das redes de cuidado, as práticas dos profissionais, os modelos de cuidado, muitas vezes, centram-se numa lógica em que o saber do usuário só interessa se ele falar aquilo que se quer ouvir. Ou seja, há uma dinâmica nesse encontro, tecnológica porque cravada em certa lógica clínica e epidemiológica, fincada nas práticas de cuidado individual e coletiva, que de certa maneira se assenta em uma grande tensão quanto a esse agir, ali dentro, no ato, que pode ser explorada para ser reafirmada ou vazada, na sua polissemia. Não é?

Vou usar um exemplo bem contemporâneo, que tem a ver com o tema do *crack*, para dimensionar isso. Hoje, pode-se escutar no rádio ou na televisão propagandas “educativas” sobre a lógica de funcionamento do *crack*, na qual se diz: diga não ao *crack*. Essa frase é uma coisa interessante por conter uma ideia estruturante de que o sujeito desejante aí é o *crack*, a pedrinha, e você, usuário, o seu objeto.

Nessa propaganda não se permite a reflexão que

possa sugerir: “por que alguém faz a escolha pelo uso do *crack*”, ou seja, porque que um indivíduo que usa o crack faz de modo desejante essa escolha? Na propaganda há uma inversão, da pedra do *crack* como sujeito do desejo e do indivíduo como mero objeto, carregando com isso uma outra questão por dentro dela, a de que o usuário de droga, como efetivo sujeito desejante, não é dono de seu próprio desejo e portanto tem que ser tutelado por quem sabe disso, por ele.

Reconhecer isso ou não, faz toda a diferença no mundo do cuidado e nas ofertas que serão construídas, inclusive na produção de sentidos para o agir ali no encontro com o usuário, que insisto não ser um dependente químico, mas usuário de droga.

Se o meu “agir” na produção do cuidado já parte do princípio que estou diante de um objeto e não de um sujeito desejante, implico, nas minhas construções do cuidado individual e nas práticas coletivas da saúde, em modos torturador de ser. Isso me autoriza dizer que o objeto, usuário de droga, não sabe o que quer e age maliciosamente, que quem sabe é o profissional, é o serviço de saúde, que deve, portanto, decidir. Com um agir torturador posso até produzir uma fala, como: me interne.

Isso é um bom exemplo do que chamo de uma lógica de prática de cuidado vinculada ao que denominei de “agir torturador”, inclusive pelo exercício intensivo, em ato, do trabalho vivo, no qual eu desconheço a capacidade de desejo e de fala do outro em torno dos muitos desenhos ético-estéticos como opções de existências, que possa produzir. Caminho, desse jeito, exatamente para outro lugar, no qual posso produzir no outro o desejo de desejar aquilo que acho que ele tem que desejar. Pois é, vejam que uma simples propaganda, pode carregar tudo isso.

Carrega tudo isso e com implicações seriíssimas para aquela discussão sobre a temática do “SUS utopia” no eixo saúde e direito. É no interior dos bilhões de encontros sobre essa tensão que se pode resolver por vários mecanismos a autorização mútua, ou não, de uma certa abertura para o encontro intercessor (Deleuze, 2010) que há aí, para poder operar com o outro novas maneiras de produção de modos de viver. Há poder político instituído para isso, mas há também para fazer o contrário. Por isso, nessa dimensão, como diz Guattari (1987), joga o lugar

ético-político como força que se inscreve no interior desses processos.

A partir do exemplo do *crack* é possível ir para qualquer outro lugar no mundo do cuidado, como por exemplo a situação de usuários de serviços tidos como diabéticos, hipertensos, tuberculosos, ver isso em repetição ou em vazamento, e olhá-los sobre a intensa produção de fracassos terapêuticos, que se produz, quando se desapropria o outro do seu próprio modo de viver, do seu mundo de desejos e subjetivante.

Chamo a atenção de novo para que se perceba no campo dessa segunda imagem de que modo é reafirmado o campo da saúde em geral e do SUS em particular, como campo de disputa. Pode-se e deve-se tomar essa disputa e colocar em análise o próprio “agir torturador”, de si, do seu coletivo de trabalho, através das práticas individuais e coletivas que são construídas, ali, nos vários encontros do dia a dia no mundo do trabalho.

O não reconhecimento e a não possibilidade do outro operar como sujeito do desejo efetivamente nesses encontros, disputando com a gente as existências que quer viver, convive com a tensão de outras forças, também constitutivas desse processo, que podem fazer instituir outras conformações do encontro, nas quais pode-se se dispor a abertura para trocas e acontecimentos imprevisíveis, em acontecimento, através dos processos relacionais aí existentes, bem como das afecções que o outro produz, enquanto enriquecimento dos modos de se conectar a novas construções de redes existenciais (Merhy, e col., 2011) coletivamente construídas. Sempre no e com o outro.

Com isso, trago para o centro das ações ético-políticas cada um que aí pode se encontrar, dispondo-se ou não a essas trocas – ou a negá-las. E, nesse sentido, é chave pensar sobre a potência que se inscreve nesses agires para, a priori, se ver implicado de modo individual e coletivo nos encontros da produção do cuidado, em uma aposta que define quais são as existências que devem ser vividas e quais as existências que devem ser detonadas. E, nesse momento, no ato de cuidar incorporam-se de modo imediato as mesmas tensões do “SUS utopia”.

Aí há um elemento também vital para se entender outra dimensão da temática do direito, que é

a de reconhecer o outro como sujeito produtor de direito e não simplesmente como cumpridor do direito. Um direito não só como uma negatividade, mas como uma possibilidade de produção de vida, de existências, como sugere, em vários momentos, Marilena Chaui (2006).

Essas questões abrem, nas suas tensões constitutivas, outro tipo de disputa relevante, que me leva a caminhar para uma terceira cena, que vou construir para trazer à tona as muitas situações que atravessam e se expressam no campo das relações entre as dimensões do público e do privado, que habitam o campo da saúde como um todo e, em específico, esses territórios que venho tratando, como o da produção do cuidado e das redes organizacionais que lhe dão substrato.

Antes de tudo, esse tema do público e do privado me convida a pensar pelo menos dois grandes lugares; estes depois vão me puxar para o quarto grande elemento que eu ainda vou querer tratar aqui. Um destes lugares é quando se fala do público e privado no campo institucional da propriedade dos bens, ou seja, da apropriação privada dos bens, como as instituições privadas e suas conformações; em contraponto, temos a própria construção do governo enquanto uma ordem pública, que, no entanto é atravessada também pelo público e o privado sob as formas de apropriações que se produzem socialmente dos arranjos institucionais e dos estabelecimentos públicos (Serrano, 2012).

Destes pontos de vista há algo que vale a pena observar, que anda por dentro do SUS, relevante na conversa com o “SUS utopia”; Diz respeito exatamente a esses mecanismos de apropriação dos lugares públicos - e seus arranjos - sob a ótica privatizante, como se pode cercar em qualquer tipo de análise sobre a produção do cuidado que esteja sendo operada em torno do interesses exclusivos de uns, e não de outros. Isto desenha uma dimensão de privatização do público que tem alto impacto sobre o sentido da produção da saúde, ocorrendo quando algumas vidas valem mais a pena ou quando o interesse de grupo se impõe sobre o da multiplicidade de sentidos contidos nos coletivos.

Diria que isso é talvez um ponto muito marcante no SUS de hoje, e que me posiciona em um lugar de avaliação sobre esse campo de política muito difícil de ser trabalhado, devido a minha implicação histórica, junto com muitos, na luta pela construção desse campo de práticas sociais. Não vou dizer que isso é uma visão negativa, de perda, mas a considero, de certo ponto de vista, como problematizadora. Ela deva ser reconhecida como tal, até para que possa se posicionar de forma resistente, no sentido de agir na produção anti-sua-destruição. Considero que essa dimensão dos processos de privatização dos interstícios do público anda em dobra com outra: o grande crescimento dos interesses das instituições privadas, de vários tipos, que se vinculam à construção do SUS, que denomina-se de campo complementar e suplementar.

Nesse tempo de Sistema Único de Saúde, essa grande questão - a da privatização - vem adquirindo um desenho que vale a pena ser expresso através de alguns analisadores que podem alargar os modos de olhá-la, compreendê-la e de resistir.

Reconheço que, no momento, não estou muito otimista, mas, como disse, isso só desafia a postura de se colocar a favor da construção de problemas a serem enfrentados e aí a questão passa a ser, de novo, a de encarar e entrar nas disputas que devem ser travadas. Pois há muitas apostas sobre essa construção do público e privado no SUS; historicamente, aliás, esse é um dos bons marcadores das disputas que o Movimento Sanitário brasileiro travou. E estas - apostas e disputas - permitem posicionamentos implicados e sobreimplicados (Lourau, 2004), importantes quanto aos modelos de construção do público e privado, no campo da saúde, sobre suas várias dimensões.

Houve uma aposta no que deveria ser a construção do público e do privado no campo das instituições, na organização do SUS, cujo surgimento vem de antes da construção constitucional dessa política: vem lá do movimento sanitário pré-SUS, que pensava as possibilidades organizacionais dos primeiros arranjos institucionais que acabaram tendo alguma expressão, na própria constituição brasileira em primeiro lugar, e depois nas leis da saúde e regulamentação infraconstitucional.

Essa aposta procurava construir, centralmente,

um Sistema Único de Saúde que se organizasse enquanto aparato público e que, ao se organizar enquanto aparato público, reconhecesse que o privado tinha o seu lugar na oferta de serviços de saúde, sob duas dimensões: uma, dos estabelecimentos que se posicionariam complementarmente à organização do aparato público do SUS; outra, de um setor privado que operasse em si, direto no mercado da venda de planos de saúde, considerado suplementar. (Campos, 2006)

Quando se procura montar uma imagem desse processo, o Sistema Único de Saúde é visto como aparato público e cerne do Sistema Nacional de Saúde. É a base desse sistema sobre vários aspectos, tanto no sentido da organização geral da política de saúde e, portanto (tomando o âmbito governamental como campo de práticas de formulação), de decisão nuclear sobre o sentido do campo, como de práticas regulatórias, avaliativas, de financiamento e, inclusive, nucleares, na própria constitutividade das redes de cuidado. Nisso, os setores privados entram para complementar: como, quando o sistema único não tem capacidade de oferta de certos tipos de procedimentos, então vai-se ao “mercado de procedimentos” e se faz compras. O suplementar vem do reconhecimento de que há um setor privado com uma clientela de consumidores específica, a de consumidores do produto “plano de saúde”, apesar de continuarem sendo também clientela-cidadão do SUS.

Essa era a imagem, que se firmou após várias disputas no próprio interior do movimento sanitário e que se mostrou uma das viáveis no período imediato, após a ditadura, do processo constitucional. Foi desenhada nas negociações do período constituinte, lá pelos anos 1980, lá pela VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual houve confronto entre posições distintas sobre a plena estatização ou não do campo da saúde.

De um modo ou de outro, essa imagem está marcada lá nos registros da constituinte, quando muitos militantes desse movimento iam ao Congresso Nacional discutir com os deputados e com os senadores para tentar mostrar porque era importante que o setor privado ficasse sob a nossa capacidade regulatória, porque que era importante definir que o SUS deveria ser público e o centro de todo esse processo

de construção. Mesmo não tendo conseguido tudo que alguns desejavam - tornar tudo absolutamente público - conseguiu-se em termos constitucionais o reconhecimento legal de que o privado tinha relevância, e como tal deveria estar sob a ação estatal.

Esse processo, durante as décadas de construção do SUS como máquina organizacional, desde a Constituição de 1988, apontou para uma reversão da aposta inicial no que se refere às lógicas que se transversalizam nos arcações público e privado do SUS. Aquelas apostas não se efetivaram.

Talvez com certo sentido provocativo, apostando que se pode colocar em reflexão crítica os coletivos sociais que apostam no SUS quanto à conformação e os lugares do público e do privado na construção do sistema nacional de saúde, trago aqui como imagem que expressa um certo rosto do SUS: que ele é, que se tornou, de fato, complementar do setor privado vendedor de procedimentos e, também, suplementar às operadoras de planos de saúde.

Do meu perspectivismo, esse reconhecimento é necessário, mesmo que seja difícil de ser assimilado pelas nossas sobreimplicações com um SUS público e central. O “SUS-complementar” e o “SUS-suplementar” precisam ser colocados em análise, pois são a própria evidência de como está complexa a luta pelo “SUS-utopia”.

Sei que esse desenho deve inquietar, mas como já havia afirmado antes, me inquietaria mais se não fosse certa forma de problematizar a disputa na qual se inserem todos que aí atuam. E se não servisse como parâmetro avaliativo-interrogador das propostas privatizantes que têm se realizado nas experiências de muitos governos municipais, estaduais e federal, inclusive sob as mais distintas práticas de privatização dos arranjos institucionais e das redes de cuidado.

Isso pode apontar para a possibilidade de se olhar o quanto o modo de organizar a capacidade de produção das redes de cuidado, através do Sistema Único de Saúde, tem sido governado por essa lógica, e o quanto essa lógica vem ordenando a sua estruturação. Inclusive, de que maneira isso contribui para uma real transferência do fundo público do SUS, para os setores privados que vêm efetivamente governando a agenda SUS.

Diria mais: que aquela imagem do suplementar

como algo menor e secundário, como muitos do movimento sanitário sempre consideraram, está de muito ultrapassada. Porque do ponto de vista da capacidade de operar sobre uma população de sessenta milhões de brasileiros num total de duzentos, isso até cria a ilusão de ser um setor secundário. Entretanto, do ponto de vista dos recursos, na mobilização de fundos próprios, a situação é oposta: o suplementar opera com muito mais que todo o SUS, mobilizando perto de 55% de todos os recursos que estão envolvidos com o campo da saúde. Além de parasitar os outros 45%. (Bahia e Scheffer, 2010)

O mais dramático desse processo todo é que, quando se aborda os vários grupos sociais para procurar entender o que imaginam para si, enquanto acesso a redes de cuidado de saúde, há uma evidência inquestionável da vontade de serem usuários-consumidores dos planos de saúde, e não usuários-cidadãos do SUS. Isso é mais que dramático, no desejo o SUS-suplementar é uma representação social consolidada, que dá sustentabilidade aos processos de privatizações mais selvagens, apesar de ser efeito dos mesmos.

Além disso, marca um campo de disputa que já é resultado de perdas e, portanto, mais árduo ainda, pois pede novos coletivos sociais operando a construção de um SUS que tenha como seu desafio reafirmar a si mesmo como alternativa, como política pública, junto aos distintos grupos sociais, procurando comprovar que as práticas de saúde fora do mercado é que são as implicadas com a produção de mais vida qualificada.

Não há como não tornar explícito o conjunto dessa problematização, pois só assim pode-se não lamentar mas resistir. Há que se debruçar sobre essas dimensões do processo de privatização e criar uma pauta de enfrentamento, sem advogar ingenuamente de que o que é estatal é público, por si. Isso exige novas possibilidades e necessidades de se trazer para a cena um debate de novo tipo para a questão do estado, seus arranjos organizacionais e a conformação das políticas sociais.

Há uma conversa muito tensa nisso tudo, com o “SUS utopia” e com o “agir anti-torturador”: de que maneira consigo operar o enfrentamento de que a vida de qualquer um vale a pena, se estou ordenado numa materialidade de produção que é exatamente

centrada numa lógica invertida, na qual a vida do outro me interessa enquanto consumidor e substrato para o “lucro”?

O desafio posto é o de como vazar isso na sua constitutividade, ali no agir micropolítico do trabalho vivo em ato, produtor de novas possibilidades de sentido, que não só o instituído.

Reconhecer essa tensão, sua constitutividade e esse desafio, pode projetar o olhar sobre a privatização na sua molecularidade, não só sob o olhar da natureza da propriedade, mas da construção dos espaços de ação nos quais se opera a produção do cuidado e da gestão, ali no encontro cotidiano dos coletivos. Isto exige ficar atento ao que chamo de privatização dos arranjos, como formas de suas apropriações e ocupações, sobre interesses de alguns e a exclusão do de outros que ali estão.

Nessa molecularidade é que se inscreve o trabalho vivo em ato, tanto no cuidado quanto na gestão, comprometido com um “SUS-utopia”, que pode fazer explodir os poderes constituídos pelas lógicas perversas do mercado e da privatização.

Para isso, não poderia deixar de apontar como os processos sociais, hoje em dia, de organização dos campos profissionais, em particular os do campo da saúde, têm constituído um terreno fértil para criar fragmentação e medo do diferente.

Diria que as profissões, em geral, seguem a mesma lógica instituída e, portanto, tomar qualquer uma delas, permite falar de todas. Como exemplo, olhando para a prática médica e a prática da enfermagem, enquanto modos profissionais que disputam de forma molecular as ações de saúde, ao trazerem para si, de maneira privada, os arranjos institucionais, pode-se verificar o significado das potências cravadas no agir do trabalho vivo em ato, para reafirmar lógicas profissionais centradas ou a busca coletiva de outros sentidos e agregações entre profissões (Ceccim e Cappozolo, 2004; Feuerwerker e Merhy, no prelo).

Há que se reconhecer, nesses últimos anos, que essas profissões vêm agindo de um modo muito eficaz na capacidade micropolítica de operar nesse frente, definindo modos de privatizações bem criativas dos aparatos organizacionais, e que isso, junto com o setor privado do mercado da saúde, têm conseguido tomar para si o conjunto da própria

agenda do SUS, numa somatória privatizante, do micro para o macro, sob várias modalidades, com isso direcionando os fundos públicos da saúde para a construção de mais mercado no campo.

Nessa direção, insisto que se deve tomar o território molecular como o fronte principal de disputa por novas lógicas de cuidado, por novos desenhos organizacionais e por novas conformações das equipes de saúde. Insisto nisso, pois me parece vital.

Quer dizer, o ordenamento micropolítico, molecular, nesses processos que tais profissões operam, por exemplo, chega ao ponto de intervir no interior dos modos de agir dentro dos processos de formação dos trabalhadores, nas mais variadas frentes. Conseguem colocar as escolas a serviço de si. Pode-se à exaustão mostrar, como exemplo, como as escolas médicas têm sido fabricadas de maneira molecular pela ação de certa prática da medicina, que se realiza ali na cotidianidade da formação, nos encontros um a um, mas não tenho a intenção de aprofundar essa tarefa, por ora. O que vale é o reconhecimento, para visar a disputa e os tipos anti a serem produzidos, na resistência (Foucault, 2010).

Construir modos coletivos e solidários no interior das equipes de saúde, ordenados pela aposta na produção da vida do outro, antes de qualquer território profissional a priori, é uma guerra das mais saudáveis e produtora de outros sentidos, que invade com riqueza os modos privatizantes de se construir as ações profissionais solidárias às lógicas do mercado e das apropriações corporativas dos arranjos organizacionais.

Por esse caminho, passo para a última grande questão em torno da temática do SUS como campo de disputa de que trato nesse material. Essa refere-se às disputas pela construção dos aparatos institucionais que podem operar os distintos processos necessários para dar conta dos campos de tensão - base para as várias formas de disputa - e ao mesmo tempo lugar organizacional de produção do campo de ação da política institucional, enquanto ação de governo. E, em si, tenso, pois avançar em um processo "SUS-utopia" pede arranjos não idênticos para os fazeres opostos.

Nesse momento, interessa um debruçar sobre a disputa pela construção dos aparelhos governamentais, tensamente conformados e em constante processo de mutações, para que se possa imaginar e agir, para operar com outras lógicas que não sejam as dos mecanismos de privatização, de um SUS para uns e não para todos, podendo permeabilizá-los e publicizá-los ao máximo.

Muitas das experiências que são conhecidas, através de relatos e textos, sobre o operar por dentro as máquinas governamentais têm trazido uma reflexão necessária sobre o fato de que a maior parte dos arranjos que pensamos para desterritorializar o domínio mais privado sobre as máquinas governamentais não funcionaram a contento. Ou seja, arranjos como os do controle social, a relação com os movimentos sociais, a dinâmica de operar este encontro por dentro dos arranjos, não funcionaram tão plenamente de modo mais permanente, como se imaginou.

E o pior disso tudo é que assim como não há uma grande pauta de enfrentamento da privatização em todas suas modalidades pelos vários coletivos que compõem o movimento sanitário, também não há uma agenda governamental decisiva sobre isso, de uma maneira muito clara. Aliás, não vejo nem mesmo a busca de algum consenso em torno de um diagnóstico de modo explícito, que possa orientar um campo de ação entre eles.

De novo, estamos diante de uma discussão que sempre atravessou o SUS: o que significa tratar da questão de uma reforma do Estado que possa trazer a multidão, em sua multiplicidade, para dentro dos vários arranjos institucionais, com a intenção de vazar as práticas de governo. Isso pede a possibilidade de repensar a tensão muito fundamental entre a produção de novos arranjos, que transversalizem os territórios governamentais, e suas apropriações privadas e públicas. Talvez uma das principais pautas seja rever as teorias sobre o estado, que têm servido de base para pensar sobre essas questões e as alternativas que são imaginadas.

Não é mais possível ficar naqueles eixos analíticos que se tinha, de sociedade política versus sociedade civil; aquilo não foi e não é suficiente, não tem mostrado potência para compreender todos os âmbitos dos problemas que se apresentam,

conforme apontado aqui. A imagem de que se deve fazer a sociedade civil crescer como forma de construção de uma sociedade mais inclusiva é devedora da perspectiva social democrática, que tem alguma validade em certas circunstâncias, como as situações de regimes ditatoriais, mas que evidentemente não vem resolvendo a fundo aquelas questões de construção de um estado de nova ordem, como o estado-multidão.

Por outro lado, também não é possível ficar centrado na ideia de que fazer crescer o aparato estatal, em si, acaba por tornar certo campo de ação política mais público. Isso tudo sem pensar nos que ainda acham que a lógica do estado mínimo seria mais democratizante, mas isso já se sabe onde dá: em um aumento importante da desigualdade social e política, no âmbito das sociedades capitalistas.

Na realidade, se está diante de uma disputa mais sofisticada, que pode apontar que a luta pelos arranjos institucionais de tipos novos é coetânea com a luta contra a lógica da desigualdade capitalística, sob todos seus muitos formatos. Ao mesmo tempo, obriga a ter que inventar novas lógicas de transversalizações entre os vários arranjos institucionais, da ordem da multiplicidade dos coletivos existentes no âmbito social como um todo, nas suas diferenças e operados por distintas lógicas. As lógicas das práticas das máquinas estatais, de um lado, e as lógicas das práticas das multidões, do outro.

Poder pensar a organização do estado na tensão de explorar a multidão que aí há contida nele, é feito por alguns autores de modos bem interessantes. Imagino campo semelhante de preocupação, mesmo que com formulações distintas, não opostas, as ofertas produzidas por Boaventura Souza Santos (2007), que fala da ideia de um estado movimento social, e de um Toni Negri e Michael Hardt (2005) que vêm com o tema da multidão. Para tirar proveito disso, creio que se precisa agregar outros tipos de invenções.

Não de hoje, me ocupo de algumas ideias como a que expresso na pergunta: o estado existe ou não existe? E se o estado existisse e não existisse, ao mesmo tempo? Como se poderia tentar compreender isso, para vazá-lo na tensão público e privado que há nele, a todo tempo, e na direção da construção dos seus arranjos institucionais, dos seus processos de

gestão coletiva e da diferenciação na construção dos vários projetos de uma política que aposta que “a vida vale a pena, sob qualquer formato”, que suas diferenças enriquecem o campo de disputa.

Como ampliar a compreensão sobre o que é governo, arranjo governamental, formulação e implementação de políticas, ao se partir da premissa que todos governam no interior das organizações? Ou mais, considerando que sobre o perspectivismo do “SUS-utopia” só um estado tenso e em disputa o tempo todo, operado ativamente no mundo da sua própria gestão, é que funcionaria a favor da grande política, aquela que permite a disputa e a construção de cada vez modos estéticos de viver mais ricos e diferenciados, no interior dos vários coletivos em ação.

Construir e viver na diferença de uma vida não fascista (Rago, 2009) deveria ser a alma da existência do próprio estado enquanto arranjo institucional a operar disputas e horizontes de convivências sociais. Para avançar um pouco mais nesse desafio, que vejo também como um dos centrais no momento atual, de grande burocratização e centralização das máquinas aparelhos de estado, é que proponho a reflexão adiante.

O estado enquanto aparelho é uma evidência, mas também é uma evidência como não aparelho, pois é também e ao mesmo tempo uma roda e uma praça. Vou, através de um simples exemplo, explicitar isso e sua importância. E se assim o é, existe e não existe ao mesmo tempo, no mesmo território e no campo molecular do agir.

Quando se pede para um grupo de trabalhadores para apresentarem a organização em que trabalham, muitos sem pestanejar vão relatando o desenho do organograma da mesma. Porém, ao se agregar a essa pergunta uma outra, sobre em quantos lugares eles encontraram outros trabalhadores e falaram do trabalho que faziam e até tomaram decisões novas sobre, aqueles mesmos trabalhadores passam a indicar a quantidade, quase infinita, de lugares que não pertencem aos arranjos do organograma e que serviram de ponto de encontros, de conversas, de debates, de reflexões, de formulações, de decisões e por aí vai. Por isso, quando depois se volta para a pergunta se sua organização está só no organograma, passam a dizer que ela é o organograma, mas

também não é o organograma.

Desse modo, pode-se imaginar o que quiser para se pensar onde é que está o estado e seus arranjos que o operam, como são construídas e efetivamente produzidas as formulações e implementações das políticas. Pode-se imaginar que o estado existe e também não existe. Que ele é em si multidão. Que é em si instituído e vazado. Que a micropolítica do trabalho vivo em ato dos coletivos vai produzindo mutações incontáveis no seu existir.

Pode-se imaginar o que se quiser sobre o que é o público e o privado nisso tudo, e tentar imaginar como conversar sobre quem governa, como governa e de que modo pode-se inventar arranjos favoráveis a todos esses encontros no território da micropolítica do fazer o estado-aparelho, enquanto um dobrar e desdobrar em roda, em praça, ali no cotidiano das instituições.

Dessa forma, ainda muito interrogativa e convocatória, gostaria pelo menos que se pudesse reconhecer a dimensão da complexidade que é tratar desse quarto elemento, que me parece também ser fundamental, e que estaria hoje cravada na própria concepção da radicalidade necessária para se pensar o que seria a construção de um campo social de práticas, democrático. Inevitavelmente, o perspectivismo de um “SUS-utopia” tem que negociar com isso e reconhecer que na molecularidade do se fazer estado estão os pontos de furo dos modelos centralizadores e anti-vida que operam o campo das políticas governamentais, hoje. Se não se trouxer essa agenda para si, neste momento crítico que se vive, creio que se terá pouco a falar sobre essa relação saúde e direito, daqui a alguns anos, sob a ótica da constituição de 88.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAHIA, L. e SCHEFFER, M. *Planos e seguros de saúde*. São Paulo: UNESP, 2010.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma*. São Paulo: Hucitec, 2006.

CECCIM, R.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARIN, J. J. N. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-90.

CHAUÍ, M. *Cidadania cultural - o direito a cultura*. São Paulo: Perseu Abramo, 2006.

DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2010.

DELEUZE, G. *Abecedário*. Disponível em: http://www.dossie_deleuze.blogspot.com.br. Acesso em: 8 mar. 2012.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Educação permanente em saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A. C. S.; GALLO, E.; GOMBERG, E. (Org.). *Informar e educar em saúde: análises e experiências*. Editora UFBA. No prelo.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. *O governo de si e dos outros*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GUATTARI, F. *As três ecologias*. São Paulo: Papyrus, 2000.

GUATTARI, F. *Revoluções moleculares*. Disponível em: http://www.dossie_deleuze.blogspot.com.br/. Acesso em: 8 mar. 2012.

HARDT, M. e NEGRI, T. *Multidão*. Guerra e democracia na era do império. Rio de Janeiro: Record, 2005.

LOURAU, R. *Analista institucional*. São Paulo: Hucitec 2004.

MENDES GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde*. Um desafio para o público São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. *Saúde: a micropolítica do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002a.

- MERHY, E. E. Fórum Social Mundial e a Saúde: por uma ética global da vida. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, SP, v. 6, p. 131-6, 2002b.
- MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C.. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.
- MERHY, E. E. et al. *Barreira e acesso em saúde mental em redes complexas - o caso de Campinas: relatório final da pesquisa*. Brasília: CNPQ, 2011.
- MERHY, E. E. Anormais do desejo: os novos não-humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. *Conselho Federal de Psicologia*. No prelo.
- NAFFAH NETO, A. *Poder, vida e morte na situação de tortura*. São Paulo: Hucitec, 1985.
- RAGO, M. (Org.) *Para uma vida não fascista*. São Paulo: Autentica, 2009.
- SANTOS, B. S. *La reinvencción del estado y el estado plurinacional*. Bolivia: Alianza Internacional CENDA-CEJIS-CEDIB, 2007.
- SERRANO, P. E. Concessão é forma de privatária. *CartaCapital*, São Paulo, 6 mar. 2012. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/economia/concessao-e-forma-de-privataria/>. Acesso em: 6 mar. 2012.
- TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 8-51.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. B. *Encontros*. Rio de Janeiro: Azougue, 2010.

Recebido em: 15/12/2011
Aprovado em: 17/02/2012