



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - FACULDADE DE MEDICINA –
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE -
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

NEUSA GOYA

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE:
CARTOGRAFIA DOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO E
DE GESTÃO EM SAÚDE**

FORTALEZA

2017

NEUSA GOYA

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE:
CARTOGRAFIA DOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO E
DE GESTÃO EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva com Associação Ampla da Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- G745r Goya, Neusa.
Regionalização da saúde: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão em saúde/ Neusa Goya. - 2017
446 f. : il. color.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.
- 1.Política pública de saúde. 2.Gestão da saúde. 3.Regionalização da saúde.
4.Cartografia. 5.Arqueogenealogia. I. Título.

CDD 362.1

NEUSA GOYA

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE:
CARTOGRAFIA DOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO E
DE GESTÃO EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva com Associação Ampla da Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 22/09/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Paulo Pereira Barros
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos
Universidade do Rio Grande do Norte (UFRN)

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Aos meus netos,
os filhos de Marina, que já vieram, Lucca,
Paloma [em memória-de-luz] e Moana,
“pérolas negras, te amo, te amo”, e os que
estão por vir, de Moara, Marília e Dante. A
vocês, meus devires-criança, por me ensinarem
a grandeza do amor e a alegria da vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antônio e Miyoco, e a minha irmã, Sandra, que já se foram, mas que estão em mim, ensinando-me, cotidianamente, como se sente e se vive o amor, em outras dimensões.

Aos meus filhos, Marina, Moara, Marília e Dante, pelo aprendizado do desapego, que deixa o outro ir e estar naquilo que lhe faz bem. A vocês que me encorajam a viver a vida. A vocês, que são amor em mim. Sempre.

Aos meus genros, Vítor, Dedé e Renan [este, com a pretensão de ...], pelo amor que sentem e dedicam às minhas filhas. A eles, por me ensinarem como é gratificante ver a família crescer.

À família Goia, com i, dos meus tios queridos, Paulinho e Júlia [em memória-viva], e à família Goya, com y, do meu irmão, Eduardo, meus amores antigos, que, mesmo longe, estão em mim todos os dias. Em abraços calorosos e aconchegantes.

Ao primo Jorge, pela correria do *abstract*, e pela gentileza de me atender, mesmo em um acampamento. Pela sua presença gratificante e de Zeca, nos finais de ano.

Ao amigo querido, meu orientador, Odorico Monteiro, de quem sempre serei [e]terna aprendiz. A você, pelo bem querer imenso, que nos une e nos faz sempre se encontrar.

Às minhas amigas coloridas, Anna, Jubinha e Rane Baby, pelo afeto, partilha e aconchego que aprendemos a nutrir e a guardar “*debaixo de sete chaves*”. A vocês, que são multidão em mim, um misto de alegria e de vontade de viver. A vocês, que me acompanham e me tomam pela mão, sempre que necessário.

À minha amiga ‘cuidadora’, Aurizena, por sua amizade tão rara e tão dedicada. Gratidão, por suas massagens que me acalmaram o corpo, tão sofrido pelas horas de intenso trabalho.

À Fatinha Carvalho, minha amiga-irmã, que me conhece há tantos anos e me apoia em tudo, sinalizando que o afeto e a amizade podem envelhecer e nos acompanhar vida afora.

Ao amigo João Alfredo, por me ensinar, em carne viva, o exercício do poder ético, libertário e puro, “*como pura é a nossa causa*”. A você, pelo amor que nos une.

Aos meus amigos, Socorrinha e Neto, que me acolheram em sua casa, nos longos dias em Sobral, fazendo-me provar o gosto bom de estar entre aqueles que amamos. Com vocês, meus amores, as viagens para Sobral eram desejantes e producentes. Com vocês, pude ampliar minha rede de afetos, acrescentando as deliciosas companhias e jantares com o ‘primo e a prima’, lá em Forquilha.

À Ju Donato, pela amizade que floresceu, pelas longas viagens e conversações até Sobral. Juntas, descobrimos o sabor de ver a realidade e a produção da saúde acontecendo. Juntas, interrogamos e problematizamos do SUS. Juntas, começamos a ler e a estudar Michel Foucault.

À minha doce Veve, amiga solidária, sem você tudo teria sido mais difícil. A você, minha flor, por nunca perguntar ou dificultar, por sempre me ajudar e sorrir.

Ao amigo Semeraro, pelo compartilhamento de inquietudes. Pelo andar junto no percurso do doutorado.

Aos amigos, Vera Coelho e Alex Mont'Alverne, pelos anos de caminhada. Pela alegria de nossos encontros, nas 'coisas' dos SUS e da vida.

Aos amigos queridos, do grupo da pesquisa do PPSUS, por todas as descobertas que fizemos sobre o acontecimento da regionalização da saúde do Ceará. Gratidão, pela partilha e pelo afeto.

Aos novos e bem-vindos amigos, Lirian, Ricardo e Letícia, do curso e do grupo de estudo de Michel Foucault, pelas deliciosas caronas, mas acima de tudo, por me ensinarem que a amizade é rizomática, ramificando sempre, em qualquer lugar. Vocês são meus novos amores.

Aos amigos do CursoAvalia, tutores, orientadores e coordenação, a turma da Bricolagem, pela experiência tão rica e tão afetuosa, onde as leituras e as discussões do Curso potencializavam a produção da Tese. Encontros em *pororoca*, como diria Ana Lúcia Abrahão. Aqueles que nos deslocam e nos convocam ao novo. A uma produção de si.

Às companheiras do SUS de Sobral, Fátima Francelino, Lucila Magalhães, Dilma e Andreia, que me acolheram e me ajudaram no processo de habitação dos lugares da regionalização de Sobral. Gratidão, pelo apoio e pela partilha.

Ao companheiro Veveu, que mesmo diante de seus inúmeros afazeres como prefeito de Sobral, à época do estudo, me recebeu para uma longa e boa conversa sobre o SUS e as políticas sociais.

Ao 'profe' e amigo, dos mais queridos e guerreiros, Ricardo Pontes, por plantar em mim sementes filosóficas e libertárias. Por entrarmos juntos, em curto-circuito, dada a intensidade das conversas e das aulas, que me faziam *[des]encarnar o verbo e delirar*, como poetizou Manoel de Barros. A você, profe Ricardo, por me fazer uma 'ipanema' feliz e inquieta.

A professora e amiga Neidinha, por tantos momentos de troca, de escuta e de afetos vibrantes. Por me *tomar a mão e me ajudar a ver o mar, como o pai ajudou o filho*, na história de Eduardo Galeano. Por me tomar a mão, quando da minha decisão de cartografar. A você, minha amiga, pelo estímulo e pelo sorriso largo que lhe moldura o rosto.

Ao professor Alcides, amor antigo, que me acompanha a vida, há muito tempo, ensinando-me, ouvindo-me e trocando experiências. A você, que resiste e luta pelo SUS público, universal e integral. Sem meio termo.

À professora Ana Luiza Viana, uma companheira querida, que sempre esteve disponível para estar comigo, em minhas questões sobre a regionalização da saúde. Gratidão, professora. Sua ausência, na minha banca de defesa, é um vazio preenchido pelo seu carinho, sempre presente.

Ao professor Cipriano que, outra vez, vem à Fortaleza para participar da minha banca de defesa. Desta vez, a do doutorado. Gratidão, pela atenção, carinho e disposição em vir e estar comigo, em um momento de tamanha importância.

Ao professor Sylvio Gadelha, que me pôs pelo avesso, que fez da minha vida uma interrogação. Um ato de busca. A ele, pelas longas horas de escuta, quando sequer nos conhecíamos. A ele, pelo gosto e o desejo que adquiri, em ler e estudar Michel Foucault e trazê-lo para ver-dizer-mapear as coisas do SUS. A ele, por me ajudar nessa caminhada. A ele, por ser “*gente de fogo louco, que enche o ar de chispas*”, como diria Eduardo Galeano.

À professora Luciana Lobo, que me acolheu em sua disciplina, junto com o Professor João Paulo, lá na pós-graduação da Psicologia. A você, professora, por participar da minha banca de qualificação e me provocar a estudar mais, a adentrar nos ditos e escritos de Michel Foucault, na pesquisa-intervenção e na cartografia.

Ao professor João Paulo, pelos ensinamentos em sala de aula e pela delicadeza em ‘ajustar’, na sua agenda, a participação no ritual de defesa. Sua confirmação foi uma festa para mim, uma alegria sem fim.

Aos gestores e profissionais de saúde, da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará e dos lugares da regionalização de Sobral, por onde passei, pela abertura em me receber e contribuir para a produção deste estudo.

Aos usuários do SUS, que mesmo diante das suas aflições e problemas de ‘saúde’, me acolheram e conversaram comigo. Com vocês, o estar ‘no campo’ foi uma produção de experiência viva. Algo que me atravessou. Algo que ainda, hoje, me percorre o corpo. Com vocês, senti o gosto da grandeza dos “*saberes menores*”.

Aos trabalhadores do Departamento de Saúde Comunitária, da Universidade Federal do Ceará, Zenaide, Domi e Hemison, pelas dicas e pelo apoio sempre presente e sempre acompanhado de alegria e de paciência.

Retrato do artista quando coisa

*“[...] Não aguento ser apenas um sujeito
que abre portas, que puxa válvulas,
que olha o relógio, que compra pão às 6 da tarde,
que vai lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.*

Perdoai.

Mas eu preciso ser Outros.

*Eu penso renovar o homem
usando borboletas”.*

Manoel de Barros.

RESUMO

Este estudo problematiza a regionalização da saúde, como estratégia para garantia da integralidade e universalidade, princípios, ainda, invisíveis no Sistema Único de Saúde. Seu objetivo geral foi o de mapear as relações de saber-poder, que perpassam os modos regionalizados de produção do cuidado e da gestão. Seus objetivos específicos, relacionados à regionalização da saúde, foram: problematizar sua formação discursiva e não-discursiva; analisar seu desenvolvimento histórico e institucional no Ceará; mapear seu processo, na Região de Sobral, pelas experimentações subjetivas de gestores, profissionais e usuários, no cuidado e gestão da saúde; analisar os efeitos das relações de poder, na produção de institucionalidades, subjetividades e saberes, para a constituição do direito à saúde. Foi tecido pela composição de dois projetos de pesquisa, devidamente aprovados, e de duas camadas: estadual, sobre a regionalização do Ceará; regional, em investigação da Região de Saúde de Sobral. O solo teórico-metodológico e analítico foi o da cartografia aliada à arqueogenealogia foucaultiana. A cartografia guiou, em Sobral, o pouso: na Comissão Intergestores Regional; em dois equipamentos ambulatoriais especializados e dois hospitalares. Para produção e colheita de dados utilizou: escritas cartográficas, como diário de campo; observação; entrevistas e arquivos documentais. Foram entrevistados: gestores, dos lugares habitados e vinculados à Secretaria da Saúde do Ceará (14), profissionais (11) e usuários (12) dos equipamentos de saúde. Foram acrescentadas 23 entrevistas de gestores estaduais, do percurso na camada estadual. O estudo atualizou que a formação discursiva da regionalização do Ceará segue a normatização nacional, com traços singulares, produzindo-a como uma reforma do setor saúde, desde os anos 90. Uma reforma que constituiu institucionalidades de gestão, Consórcio Público de Saúde e Organização Social, para gerir novos equipamentos regionais, policlínicas e hospitais. Por essas modalidades alargou a privatização, mercantilização e empresariamento do Sistema. Atualizou as relações de saber-poder, médico-disciplinar, engatando-as ao saber-poder empresarial-controlador, por mecânicas como: protocolo clínico acoplado aos protocolos de gerenciamento, para a gestão e o cuidado em saúde eficientes, com qualidade e seguros, dado a padronização de condutas e de subjetividades serializadas para o seu manuseio; disseminação da forma contratual, segundo modalidade de gestão, especificando os modos de financiamento dos serviços especializados recém-implantados e associando as dimensões jurídico-legal, produtora de verdade, à técnico-assistencial, organizadora de cestas restritivas de oferta de serviços; utilização do acolhimento e classificação de risco, pelo uso exclusivo de conhecimentos biomédicos, justificando o afunilamento do acesso, mediante a argumentação do risco de vida.

Considerando o enlace de tais mecanismos às novas modalidades de gestão, houve o delineamento de ‘um novo mundo da saúde’, empresarial, e de ‘um mundo antigo da saúde’, espelhado em mecanismos e financiamentos desatualizados, operados pela gestão filantrópica e administração direta. A cartografia da regionalização da saúde do Ceará, em diálogo com a Região de Sobral, atualizou tal processo como uma invenção biopolítica, marcada pelo deslocamento do ideário constitucional para uma produção da saúde restrita e destinada aos mais pobres. Mas apontou, ainda, a produção de linhas de fuga, pelo encontro entre profissionais e usuários, sinalizando a força da resistência e da micropolítica da saúde.

Palavras-chaves: Política pública de saúde. Gestão da saúde. Regionalização da saúde. Cartografia. Arqueogenealogia.

ABSTRACT

This study asks questions about the regionalization of health as a strategy to guarantee integrality and universality, principles that are still invisible in the Unified Health System. The general objective was to map knowledge-power relations, which pass through the regionalized modes of production of health care and management. The specific objectives, related to the regionalization of health, were: to problematize its discursive and non-discursive formation; analyse its historical and institutional development in Ceará; to map their process, in the Sobral Region, by the subjective experiences of managers, professionals and users, in health care and management; to analyze the effects of power relations, in the production of institutions, subjectivities and knowledge, for the constitution of the right to health. It was woven by the composition of two research projects, duly approved, and with two layers: State level, on the regionalization of Ceará; Regional level, research in the Sobral Health Region. The theoretical-methodological and analytical ground was that of the cartography allied to Foucaultian archeology. The cartography guided, in Sobral, the landing: in the Regional Interagency Committee; in two specialized ambulatory and two hospital equipments. For production and data collection it used: cartographic writings, such as field diary; observation; interviews and documentary archives. This study interviewed: managers, from the places inhabited and linked to the Secretary of Health of Ceará (14), professionals (11) and users (12) of health equipment. Twenty-three interviews of state managers were added, from the course at the state level. The study updated that the discursive formation of the regionalization of Ceará follows the national normalization, with singular traits, producing it as a reform of the health sector, since the 1990s. A reform that constituted institutions of management, Public Consortium of Health and Social Organization, to manage new regional equipment, polyclinics and hospitals. By these modalities extended the privatization, mercantilization and entrepreneurship of the System. This study also updated the relations of knowledge-power, medical-disciplinary, connecting them to the knowledge-power business-controller, by mechanics such as: clinical protocol linked with management protocols, for efficient health management and care, quality and insurance, given the standardization of serialized behaviors and subjectivities for its handling; dissemination of the contractual form, according to the management modality, specifying the ways of financing the recently deployed specialized services and associating the legal dimension, truth-producing, to the technical-assistance, organizing baskets of restrictive supply of services; use of the hosting and classification of risk, by the exclusive use of biomedical knowledge, justifying the access bottleneck, through the argumentation of life risk. Whereas

the link of such mechanisms to the new management modalities, there was the design of 'a new world of health', business model, and 'an old world of health', mirrored in outdated mechanisms and financing, operated by philanthropic management and direct administration. The cartography of the regionalization of health in Ceará, in dialogue with the Sobral Region, has updated this process as a biopolitical invention, marked by the shift from the constitutional ideals to a restricted health production destined to the poorest. But it pointed out the production of escape routes as well, by the meeting between professionals and users, signaling the resistance's strength and the health system's micropolitics.

Keywords: Public health policy. Health management. Regionalization of health. Cartography. Archaeogenealogy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa das Regiões de Saúde do estado do Ceará	32
Figura 2 -	Mapa da Região de Saúde de Sobral, no estado do Ceará	37
Figura 3 -	Mapas das Regiões de Saúde e das Macrorregiões de Saúde do estado Ceará	67
Figura 4 -	Mapas das Regiões de Saúde do Ceará e da Região de Saúde de Sobral..	165
Figura 5 -	Mapas das Regiões de Saúde que compõem a Macrorregião de Saúde de Sobral	167
Figura 6 -	Serviços de saúde ofertados na Policlínica Bernardo Félix da Silva para a Região de Saúde de Sobral	171
Figura 7 -	Habitação da Região de Saúde de Sobral: enlace entre tempo e lugar ...	177
Figura 8 -	Composição do plano dos afetos: o pousar pelo seguimento de pistas e critérios	179
Figura 9 -	Composição dos sujeitos gestores de saúde	181
Figura 10 -	Os sujeitos participantes em dispersão nos lugares da regionalização: composição de um plano plural e diverso	182
Figura 11 -	Composição dos sujeitos do estudo: marcação de entrevistas e de conversas	190
Figura 12 -	Diagrama do campo de forças vetoriais, em produção de devires menores, pela operação de vetores transversais	193
Figura 13 -	Composição dos sujeitos do estudo: marcação de entrevistas e de conversas em acoplamento dos Momentos metodológicos Um e Dois..	207
Figura 14 -	Simbologia utilizada para a identificação das narrativas segundo sujeito participante	208
Figura 15 -	Discursos histórico-normativos da descentralização da saúde no Brasil.	213
Figura 16 -	Processualidade histórica da ordem municipalizada do Sistema Único de Saúde do Ceará: atos e processos político-administrativos	216
Figura 17 -	Discursividade normativa da regionalização da saúde do Sistema Único de Saúde	220
Figura 18 -	O ir-e-vir intermunicipal aos lugares da regionalização da saúde, localizados em Sobral, Ceará	224

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 19 -	O ir-e-vir intermunicipal aos lugares da regionalização da saúde de Sobral, em relação com o desenho normativo da Macrorregião Norte, incluindo a Região de Saúde de Sobral	224
Figura 20 -	Desenho assistencial da organização regionalizada do Ceará, segundo proposição em 1998	231
Figura 21 -	O trânsito da institucionalidade dos Consórcios Públicos de Saúde na Regionalização da Saúde do Ceará	241
Figura 22 -	Regionalização da Saúde do Ceará: o trânsito da institucionalidade da Organização Social de Saúde	243
Figura 23 -	Recursos Financeiros fixados em Contratos de Gestão e Termos Aditivos entre a Secretaria da Saúde do Ceará e o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar	245
Figura 24 -	Histórico discursivo-legal da ampliação do rol de áreas de atuação passíveis de incorporação pela Organização Social: alterações do artigo 1º da Lei estadual nº12.781/1997	246
Figura 25 -	Arranjos institucionalizados do SUS em diferentes modalidades de gestão e formas jurídico-contratuais	287
Figura 26 -	Fluxograma para a classificação de risco e a priorização do atendimento médico no Hospital Regional Norte	341
Figura 27 -	Índice dos fluxogramas do Protocolo Manchester	342
Figura 28 -	Sistema Manchester de Classificação de Risco em aplicação no Hospital Regional Norte	343
Figura 29 -	Fluxograma do processo de acolhimento com classificação de risco na Santa Casa de Sobral	352

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AIH	Guia de Autorização de Internação
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APRECE	Associação de Prefeitos do Estado do Ceará
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEM	Centro de Especialidades Médicas Dr. Aristides Andrade
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESAU	Conselho Estadual de Saúde do Ceará
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIB-MR	Comissão Intergestores Bipartite Microrregional
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMC	Central de Marcação de Consulta de Sobral
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS-CE	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde
CPS	Consórcio Público de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CRESUS	Central de Regulação Estadual do SUS
CRESUS-Sobral	Central de Regulação Estadual do SUS da Macrorregião de Sobral
DFID UK	<i>Department for International Development</i>
DPVAT	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FPO	Ficha de Programação Orçamentária
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INCERE	Centro de Referência à Infância
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
JICA	<i>Japan International Cooperation Agency</i>
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NEP	Núcleo de Estimulação Precoce
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NUTEP	Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
Pesquisa do PPSUS	Pesquisa “Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados”
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor Regional
PPC	Programação pactuada Consorcial
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROEXMAES	Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RESP	Registro de Eventos em Saúde Pública
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
SIGIS	Sistema de Gestão Integrado
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	26
1.1	Implicações do sujeito-pesquisador: quando a Tese se faz em produção de si no entre da vida	39
1.1.1	<i>Extrações ‘arqueológicas’ de si: o ‘maniqueísmo’ em produção histórica binária e biunívoca</i>	42
1.1.2	<i>Desejos e afetos: forças mobilizadoras de agenciamentos para novas produções</i>	45
1.1.3	<i>No rolar da vida, a produção de agenciamentos e rizomas: o olhar do entre da travessia</i>	48
2	O QUE SE QUER PESQUISAR? UMA PRODUÇÃO DESEJANTE NO ENTRE DAS RELAÇÕES DE SABER-PODER	57
2.1	O aflorar do domínio temático da regionalização da saúde como uma dobra do ato de pesquisar	58
2.2	Regionalização da saúde e Saúde Coletiva: a constituição de um campo de saber-poder na área de Política, Planejamento e Gestão	59
2.3	Tensões constituintes do SUS: a positividade das relações de poder no esboço e na relevância do objeto de pesquisa	62
3	OS JOGOS DE PODER NA MAQUÍNICA DO SUS: A TRÍPLICE PRODUÇÃO DE INSTITUCIONALIDADE, SUBJETIVIDADE E SABER	72
3.1	Subjetividade, modos de subjetivação e sujeito: atos de serialização e de produção de singularidades desejantes	74
3.2	Arqueogenealogia: o saber-poder em potência para ver-dizer-mapear a produção maquínica do SUS	80
3.2.1	<i>Arqueologia: roubando do arquivo os acontecimentos discursivos em produção de saber</i>	85
3.2.2	<i>Genealogia do poder: o abandono de postulados e o exercício da microfísica do poder</i>	91
3.2.3	<i>Diálogos sobre o poder: uma interface possível para atualizar o direito à saúde e o sujeito de direito</i>	94

SUMÁRIO

3.2.4	<i>Disciplinas, biopolítica e governamentalidade: o poder sobre a vida em produção do cuidado e da gestão em saúde</i>	103
3.3	SUS: uma governamentalidade em tempos e efeitos neoliberais	130
3.4	Positividade na produção de vida-saúde: rupturas na máquina do SUS pela potência do encontro	137
4	CARTOGRAFIA E ARQUEOGENEALOGIA: [COM]POSIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	146
4.1	A [im]possibilidade da neutralidade científica e a aposta na cartografia	147
4.2	O fazer-saber da cartografia: potência de invenção no ato de mapear relações de saber-poder na produção da regionalização da saúde	150
4.3	O caminho metodológico percorrido-construído: a experimentação positiva do cegar no engate da cartografia com a arqueogenealogia	154
4.3.1	<i>Momento Um: o cartografar da regionalização da saúde do Ceará</i>	158
4.3.2	<i>Momento Dois: a experiência de habitação dos lugares da regionalização na Região de Saúde de Sobral</i>	165
4.4	A tecitura da análise arqueogenealógica: analisadores-acontecimentos em processos, histórias e fragmentos de vida	201
4.5	O duplo regime ético em produção do <i>ethos</i> do pesquisar	209
5	OS DISCURSOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS NA EXPERIÊNCIA DO CEARÁ: DA ORDEM MUNICIPALIZADA À REGIONALIZADA	212
6	REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO CEARÁ EM DIÁLOGO COM A REGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL: (IN)VISIBILIDADE E (I)MATERIALIDADE DO REGIME INTEGRAL E UNIVERSAL DA SAÚDE?	223
6.1	Base conceitual e operacional da regionalização da saúde do Ceará	226
6.2	“O estado do Ceará é como um soldado”: a produção de subjetividades para o [bom] governo regionalizado do SUS	232
6.3	Regionalização e reforma do setor saúde: o trânsito de institucionalidades pelos Consórcios Públicos de Saúde e Organização Social de Saúde	236

SUMÁRIO

6.3.1 <i>Gestão da saúde regionalizada em modo contratual: o engate da dimensão jurídico-legal à técnico-assistencial</i>	244
6.3.2 <i>“É uma coisa que pode ser que sim e pode ser que não”: o ‘eterno retorno’ ao jogo da oferta-demanda e a Comissão Intergestores Regional</i>	251
6.3.3 <i>Efeitos de verdade e de normalização das relações entre Estado, sociedade e mercado</i>	260
6.4 <i>“De quem cobrar o milagre”? A produção do Contrato de Ação Pública da Saúde pela lente de seus gestores</i>	267
6.4.1 <i>“O estado do Ceará é como [um] soldado”: da ‘costura’ técnico-política à institucionalização do COAP</i>	270
6.4.2 <i>Quando o “tempo político” é sufocado pelo “tempo técnico”: é possível (re)organizar o Sistema em aditivos contratuais junto ao COAP?</i>	274
6.5 <i>A prática do “contribuinte” e de outros modos de relação entre o público e o privado: processos institucionalizados na Santa Casa</i>	278
6.6 <i>Regionalização da saúde: a multiplicidade das formas empresas em diferentes institucionalidades e modos contratuais</i>	284
7 A REGULACÃO DO ACESSO PELO O USO (A)VARIADO DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE EM ENGATE COM AS INSTITUCIONALIDADES DE GESTÃO	290
7.1 <i>“Muita coisa precisa ser ressignificada, é protocolo para tudo”: da ordenação do acesso regulado à gestão para a Acreditação da Policlínica de Sobral</i>	292
7.2 <i>“Tudo que a gente pode fazer para encurtar o caminho, a gente faz”: as curvas do CEM na atenção ao câncer de mama e de colo de útero e o uso do WhatsApp para a ‘tratativa’ do agendamento</i>	301
7.3 <i>“Então, a gente achou por bem acabar com o agendamento”: o entre da erva daninha que se plantou no CEM para o cuidado de bebês em ‘condição de risco’</i>	306
7.4 <i>“Pelo fato da Santa Casa ser porta aberta, acham que recebe todo mundo”: a regulação do acesso e a produção da vaga na “vaga zero”</i>	312
7.5 <i>A máquina do SUS em “cenário de guerra”: a disciplinarização do espaço hospitalar da Santa Casa de Sobral</i>	317

SUMÁRIO

7.6	<i>“Ele marca a consulta, e se for particular, resolve toda a situação do paciente”</i> : o representante municipal na Santa Casa de Sobral	322
7.7	A regulação assistencial e a liberação da produção econômica da <i>“AIH”</i> pelo exercício do poder-saber médico	326
7.8	<i>“O NAC é um experimento Lean que busca garantir que os tempos sejam de minutos”</i> : a mecânica da Toyota no Hospital Regional Norte	328
7.8.1	<i>Produção de subjetividades: efeitos em sujeito-paciente e sujeito-cliente interno</i>	335
7.9	Protocolo de Manchester: tecnologia para classificar, vigiar, controlar e afunilar o acesso aos serviços de saúde?	338
7.10	<i>“O paradoxo da humanização como domesticação das pessoas e afirmação da vida”</i> : o acolhimento com classificação de risco na Santa Casa	350
8	GOVERNAR PROBLEMAS EM MODOS REGIONALIZADOS: OS PEQUENINOS ‘NÔMADES’ NO ACONTECIMENTO DA MICROCEFALIA-ZIKA	361
8.1	Pegando o fio da meada: os discursos e as práticas para contar e intervir	366
8.2	<i>“Dai a César o que é de César”</i> : o diagnóstico médico no dispositivo da seguridade social	370
8.3	<i>“A gente vê que elas têm uma sede de aprender, de estar fazendo em casa”</i> : a gestão do cuidado em saúde das crianças com microcefalia	377
8.4	A invasão dos discursos e das práticas de prevenção nos corpos femininos: do disciplinamento individual aos efeitos sociais e econômicos	380
9	O [DES]ENREDO DA CARTOGRAFIA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: CONSIDERAÇÕES [QUASE ...] FINAIS	389
	REFERÊNCIAS	399
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTOR DE SAÚDE	419
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAL DE SAÚDE	421
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIO DE SERVIÇO DE SAÚDE REGIONAL	423

SUMÁRIO

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTOR DE SAÚDE	425
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE	426
APÊNDICE F – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIO DE SERVIÇO DE SAÚDE REGIONAL	427
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/PROPESQ. PESQUISA: “MODELO DE GOVERNANÇA, REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: CONTEXTO, CONDICIONANTES, IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS”	428
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA: “MODELO DE GOVERNANÇA, REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: CONTEXTO, CONDICIONANTES, IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS”	433
ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/PROPESQ. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: CARTOGRAFIA DOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO E DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	435
ANEXO D: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNIVERSIDADE VALE DO ACARAU. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: CARTOGRAFIA DOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO E DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	439
ANEXO E: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: CARTOGRAFIA DOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO E DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	443

APRESENTAÇÃO

O Ferrageiro de Carmona

*“Um ferrageiro de Carmona
que me informava de um balcão:
"Aquilo? É de ferro fundido
foi a forma que fez, não a mão.
Só trabalho em ferro forjado
que é quando se trabalha ferro
então, corpo a corpo com ele
domo-o, dobro-o, até o onde quero.
O ferro fundido é sem luta
é só derramá-lo na forma.
Não há nele a queda de braço
e o cara a cara de uma forja. [...]”*
João Cabral de Melo Neto

A produção da Tese, *“Regionalização da saúde: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão em saúde”*, para mim, tem o sentido do trabalho em *“ferro forjado”*, que requereu o *“corpo a corpo”*, para domá-lo, dobrá-lo e tecê-lo pelo *“cara a cara de uma forja”*. Um trabalho que se fez como *encontro*, que acha, captura, rouba, em um *processo de longa preparação*, como diriam Deleuze e Parnet (1998).

As escritas [como experiência], por vezes, me tiraram o fôlego, fazendo-me indagar se o SUS estaria acabando, tamanho o *choque de realidade* que tive, ao percorrê-lo por entre os lugares da regionalização, da Região de Saúde de Sobral. Ou, antes disso, frente à produção da pesquisa sobre a regionalização da saúde do Ceará, da qual participei. Ambas as experiências, cravaram em mim os versos iniciais de *“Desenredo”*, uma composição de Dori Caymmi e Paulo César Pinheiro: *“Por toda terra que passo / Me espanta tudo o que vejo / A morte tece seu fio / De vida feita ao avesso”*.

Não se trata, certamente, de uma marca singular, tanto da Região de Sobral como do Ceará. Nas singularidades, a elas reservadas, há uma produção extensiva do Sistema Único de Saúde (SUS), alavancada pela governamentalidade neoliberal, que atravessa sua organização e seu funcionamento.

Ao finalizar a Tese, ainda que por ora, vejo que o ideário do SUS está sendo, drasticamente, comprometido por essa governamentalidade, que minimiza os direitos sociais, aliando, hoje, tal perspectiva à constituição de um *Estado de exceção*, que atropela o *Estado protetor*. Se, os direitos constitucionais decantam universais abstratos, em produção de sujeitos [universais] de direito, assegurados por leis gerais [de direito], por outro lado, não é possível

negar a importância política da construção constitucional do SUS. Nem negar e nem deixar de lutar por sua materialidade real.

A *aposta ética* é pela produção do direito à saúde, deslocada de relações de dependência, de assujeitamento e de dominação, que subjagam os cidadãos brasileiros à um regime de seguridade social, aprisionador e aprisionado por normas, regras e condutas, não, necessariamente, pelo uso da força-violência.

Nessa perspectiva, assinalo que as posições e as análises, aqui, empreendidas, *não estão referidas em um suposto juízo de valor moral* sobre as atitudes, as escolhas, as decisões de gestão e de cuidado em saúde encaminhadas. A *sinalização ética* é a da urgência de teses-intervenções, que se debrucem sobre os problemas atuais do SUS, capturem à sua realidade, desenredem e desmontem as relações de saber-poder, atualizem e mapeiem as linhas de força e as mecânicas que estão a desconstruir o direito à saúde.

É muita pretensão! Por isso, o trabalho desta Tese foi em “*ferro forjado*”, em uma composição de nove capítulos, quase intermináveis, dada a relação antropofágica que ela, Tese, e eu mantivemos. Uma comendo a outra, com o desejo de algo brotar, nesse entre.

Assim, *no primeiro capítulo*, a Introdução, discorro sobre o acento filosófico, que norteia esta Tese, relacionando-o com a problematização da regionalização da saúde, para, assim, delinear seus contornos gerais. Traço uma *análise de implicação*, que enlaça alguns fragmentos da minha vida aos posicionamentos político-filosóficos, em construção.

No segundo, a produção está centrada no objeto-solo da Tese. Para isso, destaco suas ancoragens no campo da Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Gestão; problematizo as tensões constituintes, que atravessam o SUS; posiciono o objeto de estudo, sua relevância política e sinalizo os objetivos da pesquisa.

Considerando o desejo de mapear os jogos de poder, que perpassam a regionalização da saúde, pela tríplice produção de institucionalidade, subjetividade e saber, o *terceiro capítulo* está dedicado a esmiuçar os conceitos-ferramentas da arqueogenealogia foucaultiana, em articulação com a produção da saúde.

Para tanto, traço quatro diálogos: o primeiro, que permeia os termos subjetividade, modos de subjetivação e sujeito; o segundo, que compõe as noções foucaultianas das relações de saber-poder; o terceiro, que atualiza a produção do SUS pela arte de governar, em tempos e efeitos neoliberais; o quarto, que acena, pelo encontro e pela micropolítica, a possibilidade de resistência e rompimento das fronteiras da governamentalidade neoliberal.

No quarto capítulo, a tecitura é a de apresentar as [com]posições metodológicas da Tese, com ênfase na cartografia, dado que o anterior percorreu a arqueogenealogia foucaultiana.

Ambas as perspectivas são tomadas como conceitos-ferramentas da Tese. São cinco as seções: a primeira, que aborda a impossibilidade da neutralidade político-científica; a segunda, que discute a cartografia como método de pesquisa; a terceira, que descreve e analisa como o processo a pesquisa de ‘campo’ aconteceu; a quarta, que sinaliza como a análise foi feita pela lente da arqueogenealogia; e a quinta, que dispõe sobre as questões ética da pesquisa.

A partir do quinto até o oitavo capítulo, faço a apresentação, discussão e análise dos produtos do estudo, tecidos pelas experiências de ‘campo’, *em camada estadual*, pela captura da regionalização da saúde do Ceará, e, *em camada regional*, pelo pouso na Região de Saúde de Sobral. São capítulos constituídos por *fragmentos de histórias de vida*, de gestores, profissionais de saúde e usuários, potentes à captura dos *acontecimentos- analisadores* da Tese.

No quinto capítulo, problematizo a formação discursivo-normativa da descentralização do SUS, pelos caminhos da municipalização e da regionalização da saúde no Brasil e no Ceará.

No sexto, analiso o percurso de desenvolvimento histórico-institucional da regionalização da saúde do Ceará, em diálogo com a Região de Saúde de Sobral, conformando e problematizando sua produção e seus efeitos, enquanto reforma do setor saúde.

No sétimo capítulo, discuto o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde e analiso seus efeitos, quanto à produção do direito à saúde, em intercessão com as modalidades de gestão, operadas pelo Consórcio Público de Saúde e pela Organização Social de Saúde, na condução da Policlínica de Sobral e do Hospital Regional Norte, respectivamente; pela Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, em administração direta do Centro de Especialidades Médicas; e pela gestão filantrópica da Santa Casa de Sobral.

No oitavo capítulo, discuto, problematizo e analiso o acontecimento do duplo microcefalia-Zika, na Região de Saúde de Sobral, cujo enfrentamento reiterou os modos de governar os problemas de saúde da população, pela estratégia da regionalização da saúde.

O nono capítulo, é o [des]enredo da cartografia da regionalização da saúde, como considerações [quase...] finais. Por último, constituo as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos da Tese.

A minha *pulsão desejante* é a de que a Tese, de alguma forma, *escape e produza problematizações, discussões, reflexões, deslocamentos*. Uma produção de si e do outro, como foi, para mim, ao tecê-la, *palavra por palavra, gesto por gesto, corpo por corpo*. Algo que fraturou, em mim, o SUS ideal e plantou o SUS real, forjando ervas daninhas de resistência e de alegria! Quiçá no outro!

A você, boa leitura!

1 INTRODUÇÃO

*“É isto a revolução molecular:
não é uma palavra de ordem, um programa,
é algo que eu sinto, que eu vivo,
em encontros, em instituições, nos afetos,
e também através de algumas reflexões”*
Félix Guattari e Sueli Rolnik¹.

*“Escrever nada a tem a ver com significar,
mas com agrimensar, cartografar,
mesmo que sejam regiões ainda por vir [...]”*
Gilles Deleuze e Félix Guattari².

A Tese *“Regionalização da saúde: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão em saúde”*, elaborada para o meu doutoramento em Saúde Coletiva, me pôs em *“revolução molecular”*³, levando-me a utilizar outras lentes para ver-dizer, pensar-conceber o mundo e suas relações, incluindo, a produção do SUS.

Assim, nesta Introdução, em um primeiro momento, discorro sobre o acento filosófico que norteia esta Tese, relacionando-o com a problematização que compõe o seu solo-objeto. Na sua continuidade, traço uma *análise de implicação*, que enlaça alguns fragmentos da minha vida aos posicionamentos político-filosóficos, em construção.

A escolha filosófica e teórico-metodológica da cartografia⁴ sinalizou a necessidade de um estudo empírico, forjado pela experiência de se colocar na produção real do SUS, em seu cotidiano. Um mergulho nas relações, nos discursos e nas práticas de como o Sistema estava

¹GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 9.

²DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 19.

³Guattari e Rolnik (2007) referem-se à “Revolução Molecular” como uma singularização de subjetividades autônomas e resistentes aos valores capitalísticos. “A ideia de revolução molecular diz respeito sincronicamente a todos os níveis: infrapessoais (o que está em jogo no sonho, na criação, etc), pessoais (como as relações de autodomação, aquilo que os psicanalistas chamam de Superego) e interpessoais (como a invenção de novas formas de sociabilidade na vida doméstica, amorosa e profissional, e nas relações com a vizinhança e a escola). As rádios livres, a contestação do sistema de representação política, o questionamento da vida cotidiana, as reações de recusa ao trabalho em sua forma atual são vírus contaminando o corpo social em sua relação com o consumo, com a produção, com o lazer, com os meios de comunicação, com a cultura, e por aí afora. São revoluções moleculares criando mutações na subjetividade consciente e inconsciente dos indivíduos e dos grupos sociais. A revolução molecular consiste em produzir as condições não só de uma vida coletiva, mas também da encarnação da vida para si próprio, tanto no campo material quanto no campo subjetivo”. (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 55).

⁴Tomo a produção de Deleuze e Guattari (2011), como referência filosófica da cartografia. Estes autores produzem a cartografia como um dos princípios do rizoma. Adoto Passos, Kastrup e Escóssia (2014a), Passos, Kastrup e Tedesco (2014a) e os autores que compõem estas produções, os quais operam a cartografia como método de estudo, no campo da Saúde Coletiva, tomando-a como caminho potente para o acompanhamento de processos, pesquisa-intervenção e análise de implicação.

acontecendo, portanto, uma pesquisa-experiência que potencializaria o mapear cartográfico do SUS.

A cartografia, segundo Deleuze e Guattari (2011, p. 30, *grifos dos autores*) se faz em “[...]” *“mapa e não em decalque [...]. Se o mapa se opõe ao decalque é por estar inteiramente voltado para uma experimentação do real [...] um mapa tem múltiplas entradas contrariamente ao decalque que volta sempre “ao mesmo”.”*

A produção do mapa dos processos de gestão e de cuidado em saúde, desenvolvidos no âmbito do SUS, potencializaria a captura das *“regiões que ainda [estavam] por vir”* e aquelas já atualizadas. O *atual*, dito, escrito e visto; e o *virtual*, não dito, não escrito e não mapeado, mas que estava lá, nas relações de produção do SUS, em vias de se atualizar.

Adentrar a dimensão do real, para além do atual, do concreto e da presença, requereu operar com a “[...]” *noção de virtualidade que fará a passagem de um possível entendido enquanto material disponível à criação ou à tomada de decisões, para um possível enquanto engendramento”*. (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 70, *grifos meus*)

Sobre o virtual e o atual, Deleuze e Parnet (1998, p.174), em *Diálogos*, indicam que toda a

[...] multiplicidade implica elementos atuais e elementos virtuais. Não há objeto puramente atual. *Todo o atual se envolve de uma névoa de imagens virtuais*. Tal névoa se eleva de circuitos coexistentes mais ou menos extensos, sobre os quais as imagens virtuais se distribuem e correm [...] *Todo atual se envolve de círculos de virtualidades sempre renovadas, sendo que cada um emite outro, e todos envolvem e reagem sobre o atual.* (*Grifos meus*).

Costa (2003, p. 17), em *Para problematizar nossa (in)atualidade: Pensando um agenciamento entre Foucault e Deleuze*”, afirma que:

É no, desde e com o virtual que ele (Deleuze) irá cartografar a dimensão produtiva instituinte, movente que anima as condições de existência de nossa atualidade; mas, além disso, com o *auxílio estratégico de uma micropolítica dos devires* (que agencia o virtual), *proceder a ultrapassagem por intermédio da criação de novos possíveis.* (*Grifos meus*).

Aprender-produzir o real, *“envolto em névoa de imagens virtuais”* e como *“um possível enquanto engendramento”*, requereu o abandono do olhar filosófico pela via da representação do mundo. Conforme Rocha e Aguiar (2003, p. 69-70), o plano da representação,

[...] que sustenta a cultura ocidental cristã e sua racionalidade, *favoreceu a absorção do múltiplo no uno, da diferença na identidade e do acaso na necessidade. No plano das representações, o que se afirma são universais onde a realidade será rebatida e codificada, sendo os acontecimentos analisados como parte de um todo previamente*

organizado. Os sujeitos da lei são particularidades de uma ordem geral. A lei só determina a semelhança e a equivalência aos seus próprios termos. No entanto, *os homens não são do domínio da semelhança ou da equivalência*.

Portanto, implicou na aprendizagem de que a realidade não se constitui por um ideal totalizante e por universais abstratos, em conformidade com uma *lei geral*, pela qual as coisas e os homens são determinados e os acontecimentos são vistos como parte de um todo, *a priori* organizado. “Pensar, nessa perspectiva, é o exercício inato de uma faculdade, o que significa que existe uma relação dicotomizada entre a realidade, considerada externa, e o homem que a re(apresenta), (re)conhecendo o mundo por uma interiorização do visível e do enunciável.” (ULPIANO, 1993 *apud* AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 653).

Não há uma interioridade humana a ser preenchida por aquilo que se apresenta fora dela, em regime de transcendência. Trata-se de ver-dizer-mapear o real como uma produção, onde os homens e as coisas são fabricados em relação de coexistência, em imanência. Assim, sem referir que uma coisa origina a outra, mas ambas, ou mais, se referem a si mesmas em relação entre si. Pela perspectiva da imanência, a produção do real acontece pela “[...] atuação nele (real), através dele, com ele e a partir dele” (informação verbal)⁵.

A filosofia da imanência reconduz a unicidade e a harmonia, vinculadas aos sistemas organicamente estruturados, à pluralidade, à complexidade das forças produtoras da existência. A realidade criada na perspectiva da imanência recusa um ponto de partida, um sujeito ou uma ideia deflagradores dos acontecimentos. *O que se produz é resultado do encontro de múltiplas dimensões ou de linhas de força entrelaçadas, sem que nenhuma tenha o papel de unidade transcendente*. Nas discussões de Rolnik, apreendemos que o que existe é uma guerra de vários graus de potência e não uma luta binária entre a vida e a morte. (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 70, *grifos meus*).

Em sua Tese, “*O dispositivo da verdade: uma análise a partir do pensamento de Michel Foucault*”, Benevides (2003, p. 84-85), ao tratar da imanência, transcendência e o impensado, tomando como referência Deleuze e Guattari, na obra “*O que é filosofia*”, sinaliza que:

Nenhum conceito representa o plano de imanência. Nenhum conceito diz o que é o plano de imanência, muito menos o traduz. O plano da imanência não está em conceito algum, mas os conceitos estão no plano da imanência. A imanência só é imanente a si mesma; e este si mesma nada mais indica do que uma determinada relação entre os conceitos, de modo que nenhum conceito seja o conceito-chave, o tesouro das significações, ou o significante-mestre. (Grifo do autor).

⁵Informação colhida, por mim, durante uma conversa-orientação, que tive com o professor Sylvio Gadelha, em Fortaleza, no dia 28 de junho de 2017.

Assim, olhar as “*regiões que ainda estão por vir*” requereu, de mim, a aposta no plano de imanência, na experimentação do real e, assim, no uso de outras lentes para ver-dizer-mapear o SUS, *tomando-o como uma produção, como uma invenção*. Como algo que não está dado a priori, assegurado e representado pelo universal abstrato do direito à saúde⁶, mas se encontra em tecitura, pelas intervenções e relações entre os sujeitos e as instituições, e em conexão com os processos históricos.

O SUS, portanto, é expressão das formações diversas que lhe deram sentido: territórios marcados pela tradição da prevenção e promoção à saúde; clínica centrada na pesquisa biológica; processos de trabalho centrados no ato prescritivo e pouco relacionais; cuidados acolhedores; vínculos que se formam entre trabalhadores e destes com usuários, *enfim há uma infinidade de agenciamentos que formam um cenário complexo de produção, mas ao mesmo tempo esta é a manifestação do mundo real, a sua expressão mais nítida*, percebidas através das lentes que as interpretações da realidade têm o hábito de colocar, e muitas vezes, mascaram esta própria realidade, ou modificam a sua imagem. (FRANCO *et al*, 2009, p. 32, *grifos meus*).

Trata-se, então, de uma produção histórica tensionada por paradoxos e atravessada por linhas e forças, que disputam posições, práticas e discursos. “Indivíduos e grupos, somos feitos de linhas, e tais linhas são de natureza bem diversas”. (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 146).

Segundo esses autores, são as linhas de segmentaridade dura, de segmentaridade flexível e as linhas de fuga. Em diálogo com eles, Feuerwerker (2014, p. 19) sinaliza que esses “[...] três conjuntos de linhas são imanentes, imbricados uns nos outros, coexistem e se transformam; umas linhas se configurando a partir das outras, criando uma complexa relação entre elas na produção dos seres, pessoas, grupos, sociedades”.

A linha de segmentaridade dura, ou molar, refere-se a todos os segmentos bem determinados da sociedade, que perpassam e formam o indivíduo, como:

[...] a família - a profissão; o trabalho - as férias; a família - e depois a escola - e depois o exército - e depois a fábrica - e depois a aposentadoria. E a cada vez, de um segmento a outro, nos dizem: agora você já não é um bebê; e na escola, aqui você não é mais como em família; e no exército, lá já não é como na escola. (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 146).

⁶A produção da saúde como direito e o sujeito de direito serão abordados no terceiro capítulo desta Tese.

Conforme Feuerwerker (2014), estes segmentos lidam com os enunciados instituídos⁷, que estabelecem a ordem da sociedade, por meio de um conjunto de normas, prescrições e modos de vida. São as *linhas de segmentaridade dura ou molar*.

Já as *linhas de segmentaridade flexível, moleculares*, permitem desvios e modificações, “[...] delineiam quedas ou impulsos: não são, entretanto, menos precisas; elas dirigem até mesmo processos irreversíveis”. (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 146).

O terceiro grupo de linhas coloca-se *entre* as duas anteriores, precedendo-as e ao mesmo tempo delas derivando. São *linhas de fuga* “[...] que produzem uma máquina mutante, fabricante de todos os movimentos de desterritorialização. Esse é o plano do instituinte, da invenção”. (FEUERWERKER, 2014, p. 20).

As linhas de força, *molar e molecular*, atravessam toda a sociedade e os indivíduos, concomitantemente. “Se elas se distinguem, é porque não têm os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas se são inseparáveis, é porque coexistem [...]”. (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 99).

Nessa perspectiva, tratam-se de linhas, inclusive a *terceira*, que perpassam a produção do SUS e dos sujeitos que o operam, fabricando possibilidades de ruptura ou de manutenção das formas e dos conteúdos, nele, instituídos, expressos por: regras, normas, procedimentos, tecnologias, práticas e discursos.

Daí o SUS ser constituído e tensionado por essas linhas de força, que coexistem e atuam em sua produção real, mediante o exercício de relações de saber-poder. Saber que embasa os conteúdos do SUS, os modos de como e porque fazer sua gestão e promover seu cuidado em saúde, por meio deste ou daquele protocolo médico, de serviço, instrumento, técnica. Poder que não somente exclui, interdita, mas modula, constrange, controla e regula as condutas institucionais e subjetivas.

⁷As noções do instituído e do instituinte são tematizadas na Análise Institucional, tendo como um dos seus expoentes Gregório Baremlitt. Conforme esse autor, o instituinte refere-se aos “[...] momentos de transformação institucional, a estas forças que tendem a transformar as instituições ou também a estas forças que tendem a fundá-las (quando ainda não existem), a isso se chama o instituinte, forças instituintes. São as forças produtivas de códigos institucionais (BAREMLITT, 1998, p.32). Já o instituído coloca-se como o efeito do instituinte. “O instituinte transmite uma característica dinâmica; o instituído transmite uma característica estática, congelada. Então é evidente que o instituído cumpre um papel histórico importante, porque as leis criadas, as normas constituídas ou pautas, os padrões, vigoram para regular as atividades sociais, essenciais à vida da sociedade. (BAREMLITT, 1998, p. 32). E os instituídos “[...] não seriam úteis, não seriam funcionais se não estivessem permanentemente abertos à potência instituinte.” (BAREMLITT, 1998, p. 33). Para Feuerwerker (2014, p. 20), o instituinte “[...] é um processo produtivo-desejante, de característica dinâmica enquanto o instituído é o resultado desse processo e que tem característica estática e estável. O instituído é o existente e o instituinte é o crítico do existente”.

As instituições de saúde, como tantas outras coletividades — famílias, escolas, cidades, vilarejos, torcidas — têm necessidade de governar suas atividades, visto que sua conformação não é um mero aglomerado de indivíduos, mas entidades com vida e dinâmica próprias dentro de uma cultura, num espaço e num tempo [...] Em instituições públicas de saúde, a forma como esse produzir comum se configura e a maneira como suas atividades se compõem não é fruto do livre-arbítrio das pessoas; acontece balizada por limites e possibilidades intrínsecas e extrínsecas à própria instituição, bem como de acordo com as relações de saber-poder que aí se estabelecem. (FERIGATO; CARVALHO, 2009, p. 55, grifos meus).

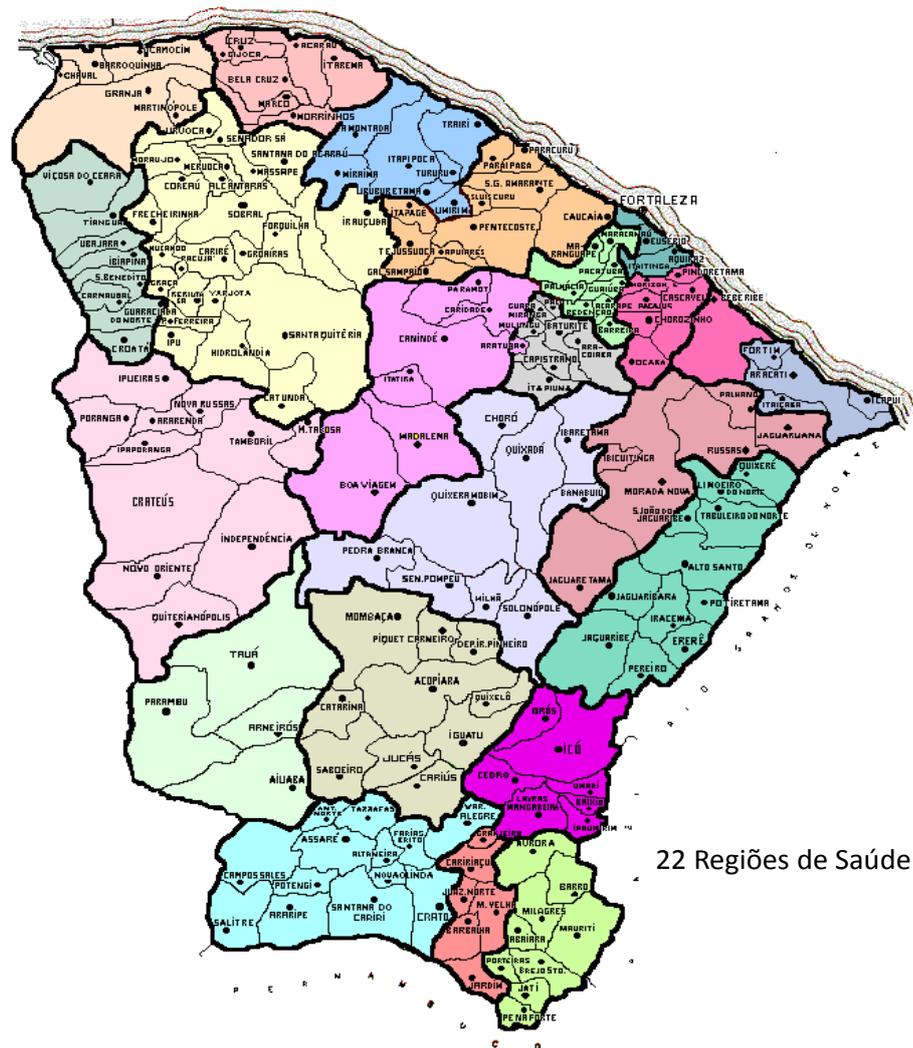
Além de acontecer localmente, por microrrelações estabelecidas entre os sujeitos, a produção do SUS ganha intensidade e velocidade, pela orientação geral da macropolítica normativa, que modula a gestão e o cuidado pela estratégia da descentralização, com ênfase na regionalização da saúde. São normas e regulamentações governamentais, que norteiam e determinam as condutas a serem adotadas em escala local, regional, estadual e nacional, portanto, com força molar para garantir o instituído.

Assim, é relevante a aproximação da lente, que vê, diz, atualiza e mapeia a produção do SUS, para focar, com maior atenção e demora, o processo de regionalização da saúde e, nele, capturar as linhas de força e as relações de saber-poder, que estão a tecer o seu cotidiano, o seu real, nos territórios denominados de Regiões de Saúde⁸.

No Brasil, estão instituídas quase quinhentas Regiões de Saúde, operando a ideia de organização e funcionamento regional do Sistema, como estratégia para o enfrentamento da fragmentação dos serviços de saúde, espalhados em mais de cinco mil municípios brasileiros, porém, com ações especializadas concentradas em um número bem menor de municipalidades. Para se ter ideia, no Ceará, são cento e oitenta e quatro municípios e 22 Regiões de Saúde, conforme figura abaixo, onde cada Região está sinalizada por uma cor, com contorno preto.

⁸A Região de Saúde é definida pelo Decreto nº7.508, de 2011, artigo 2º, como “[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.” (BRASIL, 2011, p. 1). Já, no artigo 5º, é estabelecido que “Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde”. (BRASIL, 2011, p. 1).

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do estado do Ceará.



Fonte: Ceará, 2014a.

A lógica da regionalização da saúde consiste em agregar municípios circunvizinhos, formando uma Região, a qual deve dispor de serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. (BRASIL, 2011).

A organização da macropolítica de saúde é idealizada pela estratégia normativa da regionalização, que regulamenta e instrui os fluxos assistenciais intermunicipais. Ou seja, o percurso que o usuário do Sistema deve fazer para acessar os serviços de saúde, não disponíveis no seu município de origem, e os mecanismos que devem ser operados para a efetivação de tal acesso. Fluxos assistenciais que acontecem entre o município de referência, aquele que dispõe de serviços especializados, e os demais que integram determinada Região.

A regionalização da saúde não se refere a uma estratégia implementada apenas em solo brasileiro. Mas, sim, de um modo de estruturação e de funcionamento adotado, internacionalmente, para a organização e a integração de serviços, em Sistemas Nacionais de Saúde, de caráter público e universal, sendo referido como um caminho potente à consecução dos princípios da integralidade e da universalidade do acesso. (SANTOS; CAMPOS, 2015). A orientação constitucional brasileira para a instituição de uma rede regionalizada e hierarquizada, denominada como uma rede interfederativa de serviços, por Santos e Andrade (2007), é apresentada como fundamental à efetivação desses princípios. (SANTOS; ANDRADE, 2013).

Entretanto, no desenvolvimento do SUS, mesmo após a adoção dessa estratégia, desde os anos 2000, ainda hoje, esses, são princípios invisíveis na sociedade brasileira, conforme Mattos (2004) e Magalhães Júnior (2013), colocando em interrogação os modos atuais de sua implementação e seus efeitos na consecução do direito à saúde: como ela acontece; com quais tecnologias, estratégias, táticas, procedimentos; por meio de quais sujeitos e instituições; quais as linhas de força que a atravessam; quais regras, normas, discursos e práticas constituem seu regime de organização e funcionamento; como são exercidas as relações de poder-saber; como se dá a produção de subjetividades operadoras do Sistema; entre outras questões.

A produção de tais questões toma, como superfície de investigação, o que está acontecendo hoje, no presente, no real e no âmbito das relações intersubjetivas e interinstitucionais tecidas localmente. Um percurso constituído no e pelo cotidiano do SUS, que

[...] *emerge na tensão de forças movendo o presente* [...] Nesse modo de apreensão do real, também denominado *ontologia do presente*, *prevalece a diferença, ou o foco naquilo que difere* [...] Pensar não é uma questão de vontade, é um exercício que se dá por provocação: nos encontros com o inusitado, nos afetos deslocados, na tensão entre o que já ganhou forma como homem e mundo, sujeito e objeto e o que vai se produzindo, evocando novas formas (ULPIANO, 1993 *apud* AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 653, *grifos meus*).

Dessa forma, interrogar o processo de regionalização da saúde, dada a não consecução de princípios constitucionais, por ele ‘prometidos’, é tomar como solo de problematização a produção tensa e cotidiana do SUS, atravessada por linhas de força, e os paradoxos fabricados, no decorrer de sua realização histórica.

O desenvolvimento do SUS produziu certos paradoxos que servem como analisadores do próprio modelo technoassistencial que se criou. *Um problema-analisador é quanto à universalidade de acesso, pois inscrito como o principal princípio do SUS, os serviços ainda convivem com grandes esperas, filas e na maioria dos serviços dispositivos racionadores como a triagem, senhas para procedimentos, etc...* Observam-se ainda processos de trabalho partilhados, embora haja um discurso do trabalho em equipe; saberes técnicos pretensamente onipotentes, mas pouco eficazes

na satisfação das necessidades dos usuários; relações hierárquicas na equipe de saúde; enfim, as contradições revelam fortes estranhamentos nas redes de atenção à saúde. (FRANCO *et al*, 2009, p. 31, *grifos meus*).

Outro paradoxo, que configura um campo atual de problematização no SUS e que perpassa a regionalização da saúde, refere-se à instituição de um Sistema público, universal, integral e sob o comando único de uma esfera de governo (municipal, estadual ou federal), coexistindo com as linhas de força, que impulsionam os processos de privatização, mercantilização e empresariamento da saúde pública. Um dos exemplos é a instituição recente da Lei nº13.097/2015⁹, que

[...] permite a *exploração dos serviços de saúde pelo capital estrangeiro*, incluindo o setor filantrópico, por meio da permissão de aquisição de Santas Casas – tipo de instituição que basicamente é financiada pelo Estado brasileiro. A expansão da entrada de capitais estrangeiros na assistência à saúde é problemática, no *quadro de um progressivo alargamento do setor privado no interior do SUS* ao mesmo tempo em que há uma crescente precarização dos seus serviços, com a flexibilização dos vínculos trabalhistas – podendo tornar-se pior pela aprovação do PL 4330 sobre a terceirização, em tramitação no Congresso. (MENDES; LOUVISON, 2015, p. 394, *grifos meus*).

Compondo essa realidade, há a proliferação das chamadas parcerias público-privadas, por meio das quais o Estado repassa para institucionalidades, como as Organizações Sociais, a gestão de equipamentos públicos de saúde, pondo em xeque quem está no comando do Sistema: se, o público, o privado’ ou o ‘quase-privado’, considerando que tais Organizações estão sob a égide do Direito Privado.

Entretanto, para além da questão de quem comanda, sinalizo que o paradoxo poderia estar *entre* as fronteiras do público e do privado, pela instituição de um terceiro, que nem é público e nem é privado, mas de “*quase-mercado*” (Miranda, 2013), como a Organização Social. Trata-se de uma institucionalidade que tem ocupado, cada vez mais, os espaços do SUS, operando tecnologias de gestão empresarial, por dentro dos equipamentos

⁹A Lei nº13.097/2015, em seu artigo 142, modifica os artigos 23 e 53, da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, que passam a vigorar com as seguintes alterações: “Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar; III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e IV - demais casos previstos em legislação específica. (NR). Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros”. (BRASIL, 2015, p. 9).

públicos de saúde. Ou seja, tecnologias ditas exitosas, utilizadas pelo mundo corporativo empresarial, que são levadas para a gestão do setor público, de modo a torná-lo eficiente, eficaz e produtivo.

Viana, Miranda e Silva (2015, p. 7) alertam para a ocorrência de dois fenômenos emergentes no Brasil, no decorrer da

[...] política de saúde nos últimos 25 anos, com impactos diferenciados segundo regiões e estados brasileiros: primeiro, a descentralização da formulação, gestão e implementação da política de saúde; segundo, o crescimento da quantidade e da diversidade de atores envolvidos com a oferta e gestão de serviços, de forma a incrementar tanto o papel e a importância de atores não governamentais nas atividades envolvidas com a implementação de políticas e ações, quanto o surgimento de diversos tipos de empresariamento da gestão e oferta de serviços.

Nesse sentido, tem relevância estratégica o mapeamento de como acontece a produção do SUS, no entre do público e do privado e no âmbito da regionalização da saúde, tendo atenção aos paradoxos, aqui, pontuados. Daí as problematizações em torno destes dois fenômenos terem me inquietado.

Como os diversos modos de empresariamento da gestão e da oferta de serviços de saúde estariam acontecendo? Qual a sua relação com a descentralização-regionalização da política de saúde? E quais os seus efeitos na produção do direito à saúde? As fronteiras de gestão e de cuidado em saúde, do público, estariam sendo (cor)rompidas pela vazão do privado em modos empresariais, empreendedores e performáticos? Em busca da maximização da eficácia e da eficiência?

Caminhar por estas inquietações requeriam que eu adentrasse na regionalização da saúde e vislumbrasse a produção do SUS, em diálogo com as regras do mercado e com seus efeitos nas relações sociais, considerando a privatização, a mercantilização e o empresariamento da saúde, como já referidos. Mas, também, atentando-me às relações de saber-poder, potentes à produção de verdades e de subjetividades, constituintes e operadoras da engrenagem do SUS, em conexão com o desenvolvimento do capital e de suas riquezas.

Massaro (2009), ao discutir a situação de um usuário que procura um serviço de saúde e apresenta uma queixa de tosse e de necessidade de fazer um Raio X, aponta para um agenciamento composto por uma série de elementos e de sujeitos em relação, que constituem

[...] uma *máquina abstrata do capital*, onde o consumo excessivo de insumos e serviços atravessa toda a produção de saúde. Nesta medida não há apenas um sujeito demandante que é levado a consumir um dado produto, *mas uma cumplicidade entre profissionais e usuários, envolvidos em um regime de produção, uma forma de*

expressão e de conteúdo, que atualiza um modo específico de vida submetido a este mesmo regime. (MASSARO, 2009, p. 201, grifos meus).

Dessa forma, a produção do SUS batia à minha porta, solicitando o exercício de problematizações *no plano mesmo da experiência e não da sua interpretação*. O exercício de estranhar e de se distanciar do SUS constitucional, pelo pouso implicado no SUS real, aquele que atravessa o cotidiano de seus gestores, profissionais e usuários, colando sujeito-objeto na produção da saúde. Um jeito de vê-lo, dizê-lo e mapeá-lo em sua feitura paradoxal e não somente pela lente do seu ideal constitucional. Embora, este, se coloque como um projeto macropolítico em construção, requerendo luta e resistência.

Para isso, era preciso entrar e pisar no ‘mundo do SUS’. Escolher um campo, ou campos a habitar, de modo a potencializar a elaboração do objeto de pesquisa. Alvarez e Passos (2014, p. 131) apontam que

[...] o trabalho da cartografia não pode se fazer como sobrevoo conceitual sobre a realidade investigada. Diferentemente, é sempre pelo compartilhamento de um território existencial que sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e se codeterminam.

Experimentações anteriores, do meu caminhar implicado com e no SUS¹⁰, abriram-se, como pistas, compondo sujeito e objeto e seus campos a habitar. Especialmente para delinear este momento de escrita da Tese, trago minha participação na Pesquisa *“Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados”*¹¹, onde atuei como doutoranda-pesquisadora, de 2013 até meados de 2015. Esta inserção me conduziu à regionalização da saúde do Ceará, constituindo o domínio temático e o solo-objeto desta Tese, em camada estadual. Um olhar de como vem acontecendo a condução e a implementação da macropolítica estadual de saúde.

Porém, isto, não me bastou. A necessidade de aproximação de uma camada regional me levou a escolher outro solo a habitar. Esboçava-se, assim, um objeto de pesquisa articulado pela experiência da regionalização, em desenvolvimento no estado, e sua operacionalização em uma Região de Saúde.

¹⁰Na sequência, no item 1.1, constituo esse caminhar implicado, o qual possibilitou a tecitura desse estudo e Tese.

¹¹Pesquisa *“Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados”*, aprovado nas quatro etapas do Edital 03/2012, do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS Rede–Ministério da Saúde/CNPq/Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP)/Secretaria da Saúde do Estado do Ceará). O projeto foi financiado pela FUNCAP e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com o parecer de nº137.055.

As pistas, dessa vez, me conduziram à cidade de Sobral¹², onde havia residido e trabalhado, há anos atrás. A estes elementos, acresci o fato de Sobral ser o município de referência, em serviços especializados, para todos os outros que constituem essa Região, formada por 24 municípios da zona norte do Ceará, conforme figura a seguir.

Figura 2 – Mapa da Região de Saúde de Sobral, no estado do Ceará.



Fonte: Site da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará¹³.

Assim, as escolhas foram acontecendo, compondo o campo de problematização e o solo-objeto desta Tese, assim pontuados: olhar o SUS como uma produção histórica, permeada por processos paradoxais, atravessada por linhas de força em tensão e por relações de saber-poder; adentrar no domínio temático da regionalização da saúde, considerando sua centralidade estratégica no desenvolvimento do Sistema; compor os duplos, gestão e cuidado em saúde, alinhavados em camadas, estadual e regional, dada a necessidade de uma tecitura empírica da experiência de produção do SUS. A primeira camada, constituída pela macropolítica da

¹²Sobral, cidade cearense localizada na zona norte do estado.

¹³Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acesso em 10 ago. 2015.

regionalização da saúde do Ceará, fruto da minha inserção na Pesquisa do PPSUS¹⁴; e a segunda, pela minha habitação¹⁵ na Região de Saúde de Sobral, mais especificamente, na cidade de Sobral, que abriga os serviços de saúde de referência regional.

Contudo, a cartografia solicitava mais do que camadas e campos a habitar. A busca-construção cartográfica, conforme venho constituindo nesta Tese, conduziu-me à filosofia por frestas e vãos, ainda, não acessados, fazendo-me operar intercessões com Gilles Deleuze e Félix Guattari. Afinal são estes os autores que propõem a cartografia como um dos princípios do rizoma, em “*Mil Platôs, volume 1*”. (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Então, entrelaçar-me aos autores citados, em rede de conversação, sinalizou que a filosofia não se punha como uma doutrina a me sujeitar. Mas se compunha como pistas e provocações para outras subjetivações, potentes a operar agenciamentos e resistência aos modos submissos de existência.

Pelo olhar desses autores, a filosofia encarna o mundo e as relações em produção, em imanência, reinventando o ato de filosofar, não mais inscrito em um refletir sobre, mas funcionando como um agenciamento para criação de outras ordens de produção da vida. Portanto, é com este sentido que tomo Deleuze e Guattari, mas também Rolnik, Parnet e Foucault.

Este último, em especial, pela escolha de seus *conceitos-ferramentas*¹⁶ relacionados à arqueogenealogia. A construção foucaultiana do saber-poder, nesta Tese, funciona como operador e analisador potentes para *virtualizar* a constituição real do SUS regionalizado e, assim, criar novos sentidos para sua (re)atualização. Ver-dizer-mapear as “*regiões que ainda estão por vir*” (Deleuze e Guattari, 2011, p. 19) e por serem (re)vistas e (re)ditas de outros modos.

Dialogo, ainda, com autores da Saúde Coletiva e das Ciências Humanas e Sociais, que apostam nessas mesmas intercessões filosóficas e produtoras da realidade. São pistas conceituais e metodológicas, que ancoram esta Tese e me possibilitam derivar no mar da Saúde Coletiva, em conexões múltiplas.

Uma vez esboçado, em linhas gerais o acento filosófico e a problematização que compõem o solo-objeto desta Tese, este último, a ser detalhado no segundo capítulo, traço a seguir uma *análise de implicação*.

¹⁴PPSUS, denominação que passo a utilizar para designar o Projeto de Pesquisa “*Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados*”.

¹⁵Refiro-me, aqui, à pesquisa de campo que desenvolvi para a elaboração desta Tese, em Sobral, por meio do Projeto de Pesquisa do Doutorado em Saúde Coletiva, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisada Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará.

¹⁶Faço uso da expressão ‘conceito-ferramenta’ para designar um certo uso teórico, mas, também, instrumental do pensamento, com o sentido de uso na produção de processos múltiplos.

“Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar [...]” (AGUIAR; ROCHA; 2007, p. 656). Adoto, então, a *análise de implicação* que

[...] inclui uma análise do sistema de lugares ocupados ou que se busca ocupar, ou ainda, do que lhe é designado, pelo coletivo, a ocupar, e os riscos decorrentes dos caminhos em construção. A análise das implicações com as instituições em jogo nas situações afirma também a recusa da neutralidade do analista/pesquisador, procurando romper com as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido. A intervenção evidencia que pesquisador/pesquisado, ou seja, sujeito/objeto fazem parte do mesmo processo. (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 72).

Nessa perspectiva, a *análise de implicação* desenha-se, aqui, como uma expressão do meu compromisso com a construção do SUS, distanciando-me de qualquer possibilidade de neutralidade político-científica na feitura desta Tese e da minha inserção no Sistema. Um processo, onde sujeito e objeto se relacionam e se produzem entre si, em imanência. Um jogo, onde a aposta é a de desnaturalizar processos institucionalizados e tomados como verdadeiros.

1.1 Implicações do sujeito-pesquisador: quando a Tese se faz em produção de si no *entre* da vida

“E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente
Onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho
Por mais que a gente pense estar”.
Gonzaguinha¹⁷.

“Como cada um de nós era vários, já era muita gente”
Gilles Deleuze; Félix Guattari¹⁸

A produção desta Tese constitui-se, ao mesmo tempo, como composição e efeitos das minhas andanças-experiências por entre o SUS. Um caminhar que ocupou grande parte da minha existência, nos últimos 25 anos, levando-me a (con)viver com pessoas, a percorrer lugares e a ocupar posições.

¹⁷Caminhos do Coração, de Gonzaguinha (Luiz Gonzaga do Nascimento Júnior), música que compõe o álbum “Caminhos do Coração”, lançado em 1982. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=CaNMouX_QKg. Acesso em: 15 set. 2016.

¹⁸DELEUZE; GUATTARI, 201, p. 17.

Nessas andanças, entrelacei-me à um grande sanitarista, Professor Doutor Luiz Odorico Monteiro de Andrade¹⁹, que além de gestor de saúde, nos lugares por onde passei, foi, também, meu orientador no Mestrado de Saúde Pública, finalizado no início de 2009, e no Doutorado de Saúde Coletiva, aberto em 2013 e, agora, prestes a ser encerrado. Um amigo que guardo debaixo de “*sete chaves, dentro do coração*”²⁰. Um amigo para amar [e]ternamente.

Acompanhando seus pés inquietos e seu corpo em formigamento, amorosidade e cumplicidade, compartilhamos o desejo de fazer do SUS um acontecimento real na vida das pessoas. Ao seu lado, às vezes mais e às vezes menos, percorri cidades, tanto no Ceará como no Distrito Federal, adentrando o SUS, que se pôs, em mim, como uma militância para defesa da vida!

O andar militante no SUS me contaminou, borrando as fronteiras do espaço profissional e vazando por entre a minha vida. O exercício do trabalho compôs-se pela mistura das práticas política e profissional, especialmente no campo de gestão da saúde, onde marcadamente ancorei minha embarcação.

Nesse campo, como assessora técnica, percorri as secretarias de Saúde de alguns municípios cearenses²¹; as entidades que representam os secretários municipais de Saúde²²; a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP), ambas em Brasília. Todos esses lugares foram estratégicos, por me colocarem em diálogo com os gestores do SUS, de diferentes esferas de governo, oportunizando o aprendizado-experiência em torno da organização e do funcionamento do Sistema.

Nas instâncias representativas dos secretários municipais de saúde, em âmbito estadual (COSEMS-CE) e nacional (CONASEMS), e, também, na OPAS e na SGEP, pude vivenciar e atuar nas pactuações intergestores, voltadas à operacionalização do planejamento, organização e programação de serviços de saúde, financiamento e regulação do SUS. Uma

¹⁹Médico Sanitarista, Pós-Doutor pela Universidade de Montreal Canadá, Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Pesquisador em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da FIOCRUZ e Professor Adjunto do Curso de Medicina/Sobral da Universidade Federal do Ceará. Deputado Federal (Ceará), mandato 2015 a 2018. Currículo Lattes disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/4138758876612437>>.

²⁰Canção da América, de composição de Milton Nascimento e Fernando Brant, produzida em 1979. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=OlcQE4NeXow>>. Acesso em: 04 set. 2016.

²¹Icapui, no litoral leste, Quixadá, no sertão central, Sobral no norte e Fortaleza, capital do Ceará.

²²O Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS-CE) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), instâncias representativas dos secretários municipais de saúde, em âmbito estadual e nacional, respectivamente.

operacionalização, composta por regras e normas²³, que orientam e normatizam o desenvolvimento do SUS em cada esfera de gestão.

Já nos municípios, pude experimentar os efeitos dessas normas e a sua adequação à realidade local. Uma operação complexa, considerando o distanciamento entre o SUS constitucional e o SUS real, aquele que atravessa o cotidiano de seus gestores municipais, profissionais e usuários. Entre a abstração normativa e a realidade do SUS, por vezes, me senti abalada. Minha compreensão, à época, era a de perceber as contradições entre o idealizado e o praticado, o que requeria intermediações militantes para produzir, coletivamente, uma *síntese* das situações reconhecidas como *antagônicas*.

Hoje, olhando para minha dissertação²⁴, do Mestrado de Saúde Pública, “*Diversidade de Olhares: desvelando os sentidos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza*”, percebo a busca realizada para estudar a perspectiva teórica da Análise Institucional, nas ‘categorias’ do instituído e do instituinte, pelas mãos de Gregório Baremlitt (1998).

Uma busca bastante salutar, considerando a necessidade estratégica de adentrar o SUS, tomando-o como uma produção processual e histórica, atravessada por linhas de força em tensionamento. Uma produção constituída por multiplicidades, em um plano de imanência. Porém esta ‘pegada’ só se constituiu mais tarde, durante o meu doutoramento em Saúde Coletiva²⁵.

Assim, o olhar que me moveu na construção da dissertação se inscreveu, ainda, em base dicotômica, pela lente que busca ver-dizer contradições e oposições. O fragmento do Parecer do artigo, “*Processos instituintes do SUS: percepções de profissionais de saúde*”, por mim submetido à uma revista do campo da Saúde Coletiva, denunciaram isso: “O tratamento dado foi muito maniqueísta, considerando os processos instituintes positivos e o instituído necessariamente negativo”.

Por vários e seguidos dias, fiquei a ler e a reler o Parecer. Este foi um “acontecimento”²⁶ potente, na minha vida, por promover inovações e diferenciações, não

²³Normas pactuadas pelos gestores do SUS, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Tripartite (CIT). A primeira, funcionando em cada estado federado, com representantes municipais e estaduais. A segunda, em âmbito nacional, agregando os gestores de Saúde das três esferas de governo.

²⁴Reconhecendo os propósitos político-técnicos da secretaria municipal de Saúde de Fortaleza, no período de 2005 a 2007, para dar materialidade aos princípios e diretrizes do SUS, lancei-me às questões investigativas: O discurso oficial da gestão e seus propósitos de governo estão sendo materializados? Que situações ou processos são instituintes do SUS, em Fortaleza, segundo o olhar de outros sujeitos? O que os profissionais de saúde reconhecem como processos instituintes do SUS, no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no período de 2005 a 2007? (GOYA, 2009).

²⁵Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva com Associação Ampla da Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza, iniciado em 2013.1.

²⁶Tomo como referência o conceito de acontecimento atribuído por Michel Foucault. Segundo Castro (2016, p. 24), Foucault se serve do termo acontecimento “[...] para caracterizar a modalidade de análise histórica da

percebidas no ato mesmo de sua realização, mas capturadas em momentos seguintes. Diferenças e deslocamentos se anunciaram em batalhas de forças para uma produção de si [de mim], que deslizou por *entre* a vida, ganhando intensidade no percurso do meu Doutorado²⁷.

1.1.1 Extrações ‘arqueológicas’ de si: o ‘maniqueísmo’ em produção histórica binária e biunívoca

*“Muitas pessoas têm uma árvore plantada na cabeça,
mas o próprio cérebro é muito mais uma erva
do que uma árvore”*
Gilles Deleuze e Félix Guattari²⁸

Oficialmente instituído, ao final da década de 80, o SUS nasce fincado na luta pela redemocratização do país, carregando em sua produção o *anti*. De origem grega, *anti* quer dizer contra. O SUS, em sua base normativa, operacional e prática, põe-se, assim, contra o autoritarismo, contra o centralismo administrativo e político, contra o regime militar, contra o acesso seletivo à bens e serviços de saúde, que se dispunham apenas aos ingressos no mercado formal de trabalho.

Por essa lógica, foi institucionalizado um regime de visibilidade e dizibilidade do SUS, que tem como unidade central o direito à saúde e o dever do Estado em garanti-lo. Ou seja, em oposição aos contras, que o SUS encarnou, a proposição positiva foi a da saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado.

Utilizar os óculos que assim viam o Sistema, requereu, de mim, escolhas políticas para um andar militante não restrito ao SUS, mas em composição com a defesa de uma sociedade justa, democrática e sem opressão. Falar em justiça ecoa a injustiça, desejar democracia reporta à autocracia, pensar em opressão pressupõe oprimidos e opressores. Um jogo de palavras que enuncia um modo de ver-dizer o mundo e por ele ser afetado.

arqueologia e também sua concepção geral da atividade filosófica. A arqueologia é uma descrição dos acontecimentos discursivos. A tarefa da filosofia consiste em diagnosticar o que acontece, a atualidade [...] Em um primeiro momento podem-se distinguir dois sentidos deste termo: o acontecimento como novidade e diferença e o acontecimento como prática histórica”. No primeiro, o sentido do “acontecimento arqueológico” e no outro o de “acontecimento discursivo”. Além destes sentidos, Castro indica mais outros dois: o acontecimento como relação de forças, em perspectiva nietzschiana, e o “acontecimentalizar” como método de trabalho histórico (p. 25).

²⁷Passo a chamar de Doutorado, referindo-me ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva com Associação Ampla da Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

²⁸DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 34.

Tais enunciações problematizam, hoje, a *formação binária e biunívoca* (Deleuze e Guattari, 2011), que me constituiu anos a fio: minha vinculação religiosa, fincada na Igreja Hollines do Brasil²⁹, em dilemas do certo e do errado; o Curso de Serviço Social³⁰, marcado pelo abandono crítico da religião e a adoção do olhar marxista, compondo a sociedade em proletariado e burguesia, em regimes capitalista e comunista; a filiação ao Partido dos Trabalhadores e a inserção na Prefeitura de Fortaleza³¹, desenhando encruzilhadas de como governar instituições públicas nos marcos e limites do sistema capitalista.

A polaridade a me [per]seguir, inclusive em tempo recente, era: os que se punham em militância pelo SUS e os que o obstruíam. Um olhar dicotômico, embora atravessado por uma visão ampliada do conceito de saúde, que a captura como uma produção social; crítico por perceber as disputas políticas, que cercam e permeiam o seu desenvolvimento. Mas, ainda, conjugando o binômio saúde-doença, em que pese a percepção da sua complexidade.

Daí as perspectivas binária e biunívoca, mas também de “raiz-fasciculada”, que ensaia as multiplicidades, mas as prendem em estruturas, resultando a equação ‘n+...’ e, assim, reproduzindo a lógica dicotômica. Deleuze e Guattari (2011), ao introduzirem o “*Rizoma, em Mil Platôs, volume I*”, apontam a lógica binária como àquela que desenvolve a lei do Uno “[...] que devém dois, depois dois que devém quatro”, pressupondo uma “[...] *forte unidade principal*, unidade que é suposta para chegar a duas segundo um método espiritual”. (p. 20, *grifos meus*).

Na lógica biunívoca, estes autores sinalizam a possibilidade da produção do Uno a “[...] três, quatro ou cinco, mas sempre com a condição de dispor de uma *forte unidade principal, a do pivô, que suporta raízes secundárias*”. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 20, *grifos meus*). Ressaltam, porém, que há apenas uma substituição da lógica binária dicotômica, pelas relações biunívocas entre círculos sucessivos. “A raiz pivotante não compreende a multiplicidade mais do que o conseguido pela raiz dicotômica. Uma opera no objeto enquanto a outra opera no sujeito.” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 20).

²⁹Comunidade evangélica iniciada, em São Paulo, por missionários japoneses, a partir de 1925. Atualmente, desenvolve atividades em dez estados brasileiros.

³⁰Iniciei o curso como aluna da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, passando pela Faculdade Católica de Serviço Social de Santos, estado de São Paulo, e finalizada na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas de Curitiba, no Paraná.

³¹Cheguei na cidade de Fortaleza em 1985, ano de eleição direta, que conduziu a Professora Maria Luiza Fontenele, primeira mulher a ser eleita como prefeita de uma capital de estado brasileiro e, também, a primeira prefeita de capital eleita pelo Partido dos Trabalhadores. Nessa gestão, trabalhei na Fundação do Serviço Social, durante os anos de 1986 e 1987. Outro momento, no qual me vinculei à Prefeitura de Fortaleza, foi durante os anos de 2005 a 2011, também, em uma gestão do Partido dos Trabalhadores e de uma mulher, Professora Luizianne Lins. Neste período, atuei na secretaria municipal de Saúde, como assessora do gabinete dos Secretários, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, 2005 a 2009, e Alexandre José Mont’Alverne Silva, em 2010 e 2011.

Mesmo com mais elementos, na lógica biunívoca, as relações entre estes são sempre correspondentes, conferindo uma certa linearidade e centralidade ao pensamento. Ou seja, o elemento de um conjunto sempre corresponderá a um só elemento do outro conjunto. Não há possibilidade de uma composição em variação e diferença. Mas somente em repetição de relações.

Essas lógicas, binária e biunívoca, desenham a “*árvore-raiz*”, conforme denominação dada pelos autores referidos. Lógicas para ver-dizer o mundo e para nele intervir. A ideia central pressupõe um eixo único, seja em imagem de “*raiz dicotômica*” ou “*pivotante*”, que determina os fundamentos a serem repetidos. Repetições que percorrem toda a sua extensão árvore, retornando ao eixo único. O *a priori* das coisas está presente na árvore-raiz, alimentando as perspectivas dicotômica e pivotante.

Mas há, ainda, o “*sistema-radícula ou raiz fasciculada*”, onde, segundo estes autores, “[...] nossa modernidade se vale de bom grado”. (p. 20). Na *raiz fasciculada*, a realidade natural aparece no “*aborto da raiz principal*”, enxertando nela raízes secundárias, que insinuem multiplicidade. Entretanto, o “[...] sistema fasciculado não rompe verdadeiramente com o dualismo, com a complementaridade de um sujeito e de um objeto, de uma realidade natural e de uma realidade espiritual [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 21).

As possíveis multiplicidades, produzidas em raízes secundárias, acabam se conformando em uma única direção, linear, garantindo a formação em série, que se repete. A unidade de totalização “[...] se afirma tanto mais numa outra dimensão, a de um círculo ou de um ciclo. Toda vez que uma multiplicidade se encontra presa numa estrutura, seu crescimento é compensado por uma redução das leis de combinação.” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 21).

“A árvore ou a raiz inspiram uma triste imagem do pensamento que não para de imitar o múltiplo a partir de uma unidade superior, de centro ou de segmento.” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 35).

São modos arbóreos, os quais elaboram, estruturam e organizam conhecimentos. Portanto, com efeitos no modo de pensar e de sentir e no de fazer a vida andar. Daí uma produção de si (de mim) sob os efeitos de uma formação, predominantemente, binária, biunívoca e até mesmo de raiz fasciculada. Mas também pela possibilidade de rompimento de tais perspectivas, mobilizada pela *força propulsora de desejos e de afetos*.

1.1.2 Desejos e afetos: forças mobilizadoras de agenciamentos para novas produções

“Toda a vez que o desejo segue uma árvore
acontecem as quedas internas
que o fazem declinar e o conduzem à morte;
mas o rizoma opera sobre o desejo
por impulsões exteriores e produtivas”.
Gilles Deleuze e Félix Guattari³²

“Não preciso do fim para chegar.
Do lugar onde estou já fui embora.”
Manoel de Barros³³.

O Doutorado, especialmente nos anos de 2015 e 2016, instigou-me à busca-construção do quê e de como fazê-lo. Do objetivo final, o de ter o título de Doutora em Saúde Coletiva, que certamente ainda me é sedutor, passei a viver o *Doutorado como caminho*. Como um percurso inventivo para ‘uma produção de si em diferença de si mesmo’, encarnando na Tese tal perspectiva. Algo que se aproxima das palavras em poesia de Manoel de Barros, no “*Livro sobre o Nada*”, onde sinaliza ter aprendido com Rômulo Quiroga, um pintor boliviano, que: “[...] É preciso transver o mundo. Isto seja: Deus deu a forma. Os artistas desformam. É preciso desformar o mundo: Tirar da natureza as naturalidades [...]”. (BARROS, 1996, p. 75).

Então, viver o Doutorado *como caminho* e não como um fim em si mesmo me pôs em um bom encontro de atormentação, potente para “*tirar da natureza as naturalidades*” e para “*transver o mundo*”. Uma constituição de si em diferença de si mesmo. Um processo para aprender a usar o “*traço não acostumado*” pelas relações dispostas na realidade.

Nos diferentes *encontros* vividos com o outro, *exercitamos nossa potência para diferenciarmos de nós mesmos e daqueles que nos cercam*. Existem diferentes maneiras de viver tais encontros. Alguns deles podem passar praticamente despercebidos. Já outros são fortes, marcantes e até mesmo violentos. (MANSANO, 2009, p. 115, *grifos meus*).

Nessa perspectiva, pensar requer um afogar-se na experiência, que emerge produzindo sentidos para e na elaboração de saberes e práticas. Tomo, assim, a experiência como “[...]o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca.” (BONDÍÁ, 2002, p. 21). Mas algo que perpassa, que produz, que afeta. Pensar

³²DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 32.

³³BARROS, 1996, p. 71.

[...] não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é sobretudo *dar sentido ao que somos e ao que nos acontece*. E isto, o sentido ou o sem-sentido, é algo que tem a ver com as palavras. E, portanto, também tem a ver com as palavras o modo como nos colocamos diante de nós mesmos, diante dos outros e diante do mundo em que vivemos. *E o modo como agimos em relação a tudo isso*. (BONDÍA, 2002, p. 21, aspas do autor, *grifos meus*).

Produzir-se em diferença de si, pela *experiência* e pelo *encontro* com o outro, foi fundamental para o desenvolvimento do duplo, composto por Doutorado e Tese, onde a relação sujeito-objeto, na feitura do ‘conhecimento’, pressupôs um caminho teórico-metodológico, que dialogasse e se constituísse na, pela e com a realidade, engatando o sujeito ao objeto.

A produção de si gera efeitos em si mesmo, mas também perpassa a relação de si com o outro e com o mundo. Uma produção de si que acontece em perspectiva processual, relacional e singular, movida pelo agenciamento de desejos e afetos.

Não reconhecemos nem cientificidade nem ideologia, somente agenciamentos. O que existe são os agenciamentos maquínicos de desejo assim como os agenciamentos coletivos de enunciação [...] Um agenciamento em sua multiplicidade trabalha forçosamente, ao mesmo tempo, sobre fluxos semióticos, fluxos materiais e fluxos sociais (independentemente da retomada que pode ser feita dele num corpus teórico ou científico). Não se tem mais uma tripartição entre um campo de realidade, o mundo, um campo de representação, o livro, e um campo de subjetividade, o autor. Mas um agenciamento põe em conexão certas multiplicidades tomadas em cada uma destas ordens [...]. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 45).

O agenciamento desenha-se, assim, em um plano de imanência pela conexão de multiplicidades. Como um *agenciamento maquínico de corpos*, de ações e de paixões, que se misturam e se atritam uns com os outros. Mas também em um *agenciamento coletivo de enunciação*, de atos e de enunciados, que se atribuem aos corpos. Um processo que se faz em multilateralidade e em multiplicidade, que vaza e que produz deslocamento.

“Um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões”. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 24).

Em relação ao desejo, este não se coloca como falta ou ausência de algo, mas aquele que se produz em encontros, em afetos, em agenciamentos, portanto, também, da dimensão do *relacional maquínico*, compreendendo uma engrenagem de produção. Conforme Baremlitt (1998, p. 65), “[...] o desejo não tem caráter restitutivo, tem caráter essencialmente produtivo-revolucionário e não é uma força separada das que animam a vida social e natural”.

Há na produção do desejo uma dimensão subjetiva, que opera seus modos de elaboração. (GUATTARI; ROLNIK, 2007). Segundo estes autores,

[...] todos os modos concretos pragmáticos de desejo, identificam essa dimensão subjetiva a algo da ordem do instinto animal, ou de uma pulsão funcionando segundo modos semióticos totalmente heterogêneos em relação aos de uma prática social. (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 261).

Os “*modos pragmáticos do desejo*”, postos em diferentes pontos de vista teóricos³⁴, apontam a *necessidade de enquadramento do desejo* “[...] em quadros do ego, quadros da família, quadros sociais, quadros simbólicos (pouco importa como se chame isso). E, para isso, são necessários certos procedimentos de iniciação, de castração, de ordenação das pulsões.” (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 261).

Entretanto, o desejo “[...] nunca é uma energia indiferenciada, nunca é fusão da desordem. Não há universais, não há uma essência bestial do desejo. *O desejo é sempre o modo e produção de algo, o desejo é sempre o modo de construção de algo*” (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 261, *grifos dos autores*).

O desejo se coloca, então, como da ordem de uma *produção que se faz desejante*, querendo fazer algo, operada pelas *afecções* que percorrem o *entre* corpos em relação no mundo. Daí a “[...] *produção de afetos em efeitos a aumentar ou diminuir, estimular ou refrear a potência de agir [...]*”, conforme indica Espinosa (2008, eiii, Def. 2, p. 163 *apud* Jesus, 2015, p. 165, *grifos meus*).

Corpos que são *afectados* uns pelos outros, quando dos encontros e dos agenciamentos que acontecem, potencializando produções singulares de subjetividades.

Dependendo dos efeitos produzidos pelos encontros, o sujeito é praticamente “forçado” a questionar e a produzir sentidos àquela experiência que emergiu ao acaso e que, sem consulta, desorganizou um modo de viver até então conhecido. Obviamente, o contato com esse tipo de dado e de acontecimento gera uma série de estranhamentos, incômodos e angústias. A vida se desenrola nesse campo complexo do qual fluem ininterruptamente os dados e os acontecimentos. Os enfrentamentos aí emergentes não conhecem parada. (MANSANO, 2009, p. 115, *aspas da autora*).

Em diálogo com Foucault e Deleuze, Mansano (2009, p.115) aponta que

[...] os dados podem ser tomados como forças, ele mostra que existem as forças que afetam o sujeito de diferentes maneiras e perturbam uma organização mais conhecida, que convencionamos chamar de “eu”. Essas forças que circulam do lado de fora mantêm entre si uma relação de enfrentamento, de luta e de choque.

Nessa perspectiva, são travadas ‘batalhas’ de produção de subjetividades. Batalhas *entre forças* que podem potencializar, também, a elaboração de novos referenciais e modos de

³⁴ Referindo às teorias clássicas da psicanálise, quanto às estruturalistas.

vida. Navegar, portanto, no mar de encontros e possibilidades de produção de si e do outro, com efeitos em si, no outro e nas relações sociais me pôs em *desejo para produzir algo*.

1.1.3 No rolar da vida, a produção de agenciamentos e rizomas: o olhar do entre da travessia

“Eu atravesso as coisas — e no meio da travessia não vejo!
— só estava era entretido na idéia dos lugares de saída e de chegada.
Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa;
mas vai dar na outra banda é num ponto mais embaixo,
bem diverso do que em primeiro se pensou (...)
o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia...”
João Guimarães Rosa³⁵.

A busca-produção de agenciamentos rizomáticos, que se põem no *meio da travessia*, é o que me move hoje. A perspectiva de cartografar a produção do SUS, pelo duplo, cuidado e gestão, no âmbito da regionalização da saúde, se produziu em mim como *desejo*.

Uma *produção desejante* que me mobilizou a traçar uma *linha de fuga* para “[...] explodir os estratos, romper as raízes e operar novas conexões. Há, então, agenciamentos muito diferentes de mapas-decalques, rizomas-raízes, com coeficientes variáveis de desterritorialização”. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 33). Penso ter sido uma *linha de fuga*, o meu encontro com ‘Neidinha’³⁶.

Estive hoje com Neidinha. A abertura de seu coração, diante do meu chamado, foi tamanha que me surpreendi. Ela não me dirigiu uma pergunta sequer. No território virtual do *WhatsApp*, trocamos ideias sobre quando e onde nos encontrarmos. Senti-me no processo da “tenda invertida”³⁷, onde o mestre se dirige ao campo de prática de seu educando. Neidinha veio até a mim. Um dos meus primeiros aprendizados sobre o caminhar de uma cartógrafa: ela movimentava-se pelo território dos afetos. Por isso, ela veio até a mim. A escolha de cartografar a regionalização da saúde guiou meus sentidos até ela. Buscava a compreensão do ‘método cartográfico’, como fazê-lo, praticá-lo, aprendê-lo. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS³⁸, 28 fev. 2015).

³⁵ROSA, 1986, p. 26-52. Composição feita por Vanessa T. Bueno Campos. Extraído de: Evasão de alunos nos cursos de graduação na Universidade Federal de Uberlândia – MG. (1990/1999). Disponível em: <<http://www.ichs.ufop.br/conifes/anais/EDU/edu1104.htm>>. Acesso em: 03 out. 2015.

³⁶Professora Maria Rocineide Ferreira da Silva, graduada em enfermagem, especialista em Saúde da Família. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE-UFC-UNIFOR, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UECE e da Pós-graduação nos Programas de Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Saúde Coletiva e Mestrado Profissional em Saúde da Família. *Curriculum Lattes*: <<http://lattes.cnpq.br/6463145896403157>>.

³⁷ANDRADE *et al*, 2004.

³⁸As Escritas Cartográficas são anotações de impressões, aprendizagens, dúvidas, questionamentos, pensamentos, enfim, escritas de afecções do corpo, quando em fricção com outros corpos, no campo da experimentação do real. Assim, construídas no experimentar e no produzir do caminho-tese, especialmente em minha habitação no campo de pesquisa. A Escrita Cartográfica é uma ferramenta de uso, no caminhar teórico-metodológico cartográfico.

Assim, no território dos afetos, traçamos as possibilidades de cartografar a regionalização da saúde do Ceará. De lá até os dias atuais, na véspera mesmo de fechar esta Tese, ‘Neidinha’ tem me acompanhado e nutrido meu corpo de afetos, problematizações e escuta atenta. *Quando me vejo cegar*, na experimentação do real, nas linhas ‘tortuosas’ e não ‘acostumadas’ da cartografia, peço a ela que me ajude “*a olhar o mar*”, como Diego pediu ao pai, pelas palavras de Eduardo Galeano, no “*O livro dos abraços*”:

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o sul. Ele, o mar, está do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: ‘Me ajuda a olhar!’.” (GALEANO, 2002, p. 12, aspas simples do autor).

O Doutorado apresentava poucas possibilidades, em termos de oferta de disciplina, que pudesse me apoiar nas escolhas que vinha fazendo. Entre 2013 e 2014, fiz a disciplina “*A Hermenêutica do Sujeito*”, ministrada pelo Professor Doutor Andrea Caprara³⁹, oportunidade em que pude adentrar nesta obra de Foucault (2010). Foi uma leitura e discussões extasiantes. Um olhar que se perdurou em minha caminhada e que aqueceu os contornos das escolhas que fiz um pouco mais adiante.

Outra disciplina, que me pôs em interrogação, foi a de “*Fundamentos da Epistemologia da Saúde Coletiva*”, ministrada pelo Professor Doutor Ricardo José Soares Pontes⁴⁰, a quem eu chamo carinhosa e respeitosamente de ‘Profe’. A intensidade das aulas e discussões era tamanha que, às vezes, entrávamos, os dois, em curto-circuito. Algumas conversas me faziam (*des*)encarnar o verbo e delirar, como Manoel de Barros, no “*Livro das Ignorâncias*”:

No *descomeço* era o verbo. Só depois é que veio o delírio do verbo. O delírio do verbo estava no começo, lá onde a criança diz: *Eu escuto a cor dos passarinhos*. A criança não sabe que o verbo escutar não funciona para cor, mas para som. *Então se a criança muda a função de um verbo, ele delira*. E pois. Em poesia que é voz de poeta, que é a voz de fazer nascimentos - *O verbo tem que pegar delírio*. (BARROS, 1993, p. 4⁴¹, grifos meus).

³⁹Graduado em Medicina e Cirurgia pela Faculdade de Medicina Universidade de Modena, Itália, Doutor em Antropologia, pela Universidade de Montreal e Professor Adjunto no Departamento de Saúde Pública da UECE. *Curriculum Lattes*: <<http://lattes.cnpq.br/114046735007116>>.

⁴⁰Médico sanitário, epidemiologista e Professor Associado do Departamento de Saúde Comunitária, da Faculdade de Medicina da UFC. É Doutor em Medicina Preventiva, pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e Pós-doutor pelo *Department of Tropical Medicine*, na *Harvard School of Public Health*. *Curriculum Lattes* disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/0178262414573840>>.

⁴¹Paginação segundo versão eletrônica, disponível em: <<https://msamoraes.files.wordpress.com/2014/07/manoel-de-barros-o-livro-das-ignorc3a3c3a7as.pdf>>. Acesso em 18 abr 2015.

Mas, ainda, precisava de mais. A necessidade de adentrar nos caminhos da cartografia me levou a habitar, em 2015, a disciplina “*Pesquisa-Intervenção, Análise Institucional e Cartografia*”, ofertada pela Pós-graduação da Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, pelos Professores Doutores Luciana Lobo Miranda⁴² e João Paulo Pereira Barros⁴³.

A disciplina me veio como um presente *em estética rizomática*, algo que se pôs em minha vida sem sequer eu me dar conta de sua vitalidade, extensão e brotamentos. Passei a ler autores e a operar conexões, até então, desconhecidos. As tardes das terças-feiras, dia de aula dessa disciplina, se fizeram em *encontros alegres*. Em *afetos* mobilizadores.

Uma experiência que me fez reafirmar escolhas e caminhos. E mais do que isso, que potencializou a produção do Projeto de Pesquisa para o ritual da minha Qualificação, onde me debrucei sobre a busca conceitual da cartografia, em diálogo com a pesquisa-intervenção, levando-me a adentrar na produção de Deleuze e Guattari (2011) sobre o *rizoma*, além de outros autores, do campo da saúde coletiva e da psicologia.

Minha aproximação, especialmente com a Professora Luciana Lobo, para além dessas aulas, se estendeu com a sua inserção na minha banca de Qualificação do Doutorado. Naquele momento, suas contribuições foram aberturas potentes à Tese, como boas histórias para tecê-la, transpondo-me às “*neves do Norte, em Oslo*”, a escutar uma mulher, como “*A paixão de dizer/1*”:

[...] Essa mulher de Oslo veste uma saia imensa, toda cheia de bolsinhos. Dos bolsos vai tirando papeizinhos, um por um, e em cada papelzinho há uma boa história para ser contada, uma história de fundação e fundamento, e em cada história há gente que quer tornar a viver por arte de bruxaria. E assim ela vai ressuscitando os esquecidos e os mortos; e das profundidades desta saia vão brotando as andanças e os amores do bicho humano, que vai vivendo, que dizendo vai. (GALEANO, 2002, p. 13).

⁴²Psicóloga pela UFC, Mestre em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e Doutora em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. É Professora Associada II do Departamento de Psicologia da UFC e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC. *Curriculum Lattes*: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4703596U5>>.

⁴³Psicólogo pela Universidade Federal do Ceará, Mestre em Psicologia e Doutor em Educação. É professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará. *Curriculum Lattes*: <<http://lattes.cnpq.br/0351156693555523>>.

Mais à frente, depois da minha Qualificação, voltei a me encontrar com a Professora Luciana Lobo, no grupo de estudo da obra de Michel Foucault, “*Do Governo dos Vivos*”, agenciado pelo Professor Doutor Sylvio de Sousa Gadelha Costa⁴⁴.

Professor Sylvio Gadelha me foi apresentado pela ‘amiga colorida’, minha ‘Maridas’, Juliana de Paula [um dos grandes amores que cultivo na vida]. Sylvio, como aprendi a chamá-lo, no decorrer de outros encontros que tivemos, iniciados pelo Curso “*Foucault: Arqueologia, Genealogia e Ética*”, promovido pelo Centro de Referência à Infância (INCERE), por ele ministrado, em 2016. Em suas aulas, meus olhos pestanejavam e meu corpo vibrava, dada a beleza e a grandeza de seu saber em torno do pensamento filosófico de Michel Foucault. Dado os modos como ele potencializava em nós, alunos, o uso dos conceitos-ferramentas foucaultianos.

A aula do Professor Sylvio era como uma tocha a me incendiar. E ainda me incendeia, visto que voltei a fazer o Curso novamente, em 2017, considerando a necessidade de me aprofundar e de me estender na arqueogenealogia foucaultiana, que junto à cartografia, compõem a perspectiva teórico-metodológica desta Tese. Professor Sylvio é gente com olho que ri e brilha, *gente de “fogo louco, que enche o ar de chispas”*, ateando sonhos por onde anda. Lembrei-me, novamente, de Galeano (2002) ao falar sobre “*O Mundo*”.

Um homem da aldeia de Neguá, no litoral da Colômbia, conseguiu subir aos céus. Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado, lá do alto, a vida humana. E disse que somos um mar de fogueirinhas. — O mundo é isso — revelou —. Um montão de gente, um mar de fogueirinhas. *Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras*. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e *gente de fogo louco, que enche o ar de chispas*. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; *mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo*. (GALEANO, 2002, p. 11, *grifos meus*).

Pegando fogo, meu corpo vibrava pela inquietude das interrogações que me percorriam. Uma vez, logo no início do Curso, Professor Sylvio Gadelha me recomendou⁴⁵ a leitura da entrevista com Foucault, feita por R. Bono, em 1983, “*Um sistema finito diante de um questionamento infinito*”, publicada nos Ditos e Escritos V. (FOUCAULT, 2014a).

⁴⁴Psicólogo, Mestre em Sociologia e Doutor em Educação pela UFC, com Pós-Doutorado em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. É professor do Departamento de Fundamentos da Educação, da Faculdade de Educação, e do Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, ambos da UFC, fazendo parte da Linha de Pesquisa Filosofia e Sociologia da Educação, no Eixo temático Filosofias da Diferença, Tecnocultura e Educação. *Curriculum Lattes*: <<http://lattes.cnpq.br/4315233410228338>>.

⁴⁵Entre tantas outras recomendações de leituras, filmes, músicas, enfim, um repertório gigantesco que requer outras vidas para ser experimentado.

A temática era sobre seguridade social, o sistema de garantia social francês. Logo no início da entrevista, Foucault (2014a, p. 124) levanta três questões: i) os obstáculos econômicos que se chocam com o sistema de garantias sociais da França, em 1946; ii) o fato desse sistema ter sido elaborado entre duas guerras, “[...] uma época em que um dos objetivos era atenuar, ou mesmo conter um certo número de conflitos sociais [...]”, marcando, assim, um modelo conceitual em torno da Primeira Grande Guerra Mundial, mas que “[...] encontra hoje seus limites esbarrando na racionalidade política, econômica e social das sociedades modernas”; iii) para além dos efeitos positivos, Foucault aponta “efeitos perversos”, dado a “[...] crescente rigidez de certos mecanismos e situações de dependência [...] por um lado, dá-se mais segurança às pessoas e, por outro, aumenta-se sua dependência.”

Há em certas marginalizações o que eu chamaria de um outro aspecto do fenômeno de dependência. *Nossos sistemas de cobertura social impõem um determinando modo de vida ao qual ele submete os indivíduos*, e qualquer pessoa ou grupo que, por uma razão ou por outra, não querem ou *não podem chegar a esse modo de vida se encontram marginalizados pelo próprio jogo das instituições*. (FOUCAULT, 2014a, p. 128, *grifos meus*).

Entre outras problematizações, Foucault (2014a) destaca a importância de a proteção social produzir uma “*real autonomia*”, que não venha a aprisionar as pessoas, os cidadãos, em jogos administrativos para a garantia de sua ‘seguridade social’.

Essa problematização me colocou em estado de alerta. Em mim, se agigantava a ideia do SUS como uma *produção maquinica*. Afirmo o SUS como uma *produção maquinica* por tomá-lo como um *desejo*, algo que se faz, que se constrói, que se maquina e que se agencia para tal. Mas, também, por reconhecê-lo como um processo atravessado e constituído por multiplicidades que se conectam, em um plano de imanência, engrenando a sua organização e o seu funcionamento como uma máquina.

E, quando digo "maquinico", não me refiro a mecânico, nem necessariamente a máquinas técnicas. As máquinas técnicas existem, é claro, *mas há também máquinas sociais, máquinas estéticas, máquinas teóricas e assim por diante*. (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 288, *aspas dos autores*).

Há, dessa forma, uma *máquina de produção* do SUS, operada por *agenciamentos*, que fabricam realidades, articulam e relacionam sujeitos; instituições; práticas; discursos; setores sociais, econômicos, culturais, políticos; campos e áreas de conhecimentos científicos e de saberes distintos; enfim, um feixe de multiplicidades de relações e de coisas, necessárias à sua engrenagem. Cecílio, Carapinheiro e Andreazza (2014, p. 13), em “*Os mapas do cuidado*:

o agir leigo na saúde”, falam sobre a “*máquina da saúde*”, uma máquina “[...] racionalizada e eficiente: um negócio de especialistas”.

Daí, então, tomar e conceber o SUS como uma *produção maquínica*, da ordem do *desejo* e, como tal, aportando múltiplas possibilidades de agenciamentos e de realizações. “O desejo, ao contrário, teria infinitas possibilidades de montagem”. (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 289).

Assim, em mim, fluía a vontade de dar visibilidade e dizibilidade à *produção maquínica* do SUS, como ela estava se *atualizando e se virtualizando*. Uma vontade que sinalizava o como e o quê pesquisar no Doutorado. Olhar o SUS como uma *produção maquínica* me trouxe a potência da cartografia, em enlace com o rizoma de Deleuze e Guattari (2011). Um outro modo de formação e organização do conhecimento que não os da “*árvore-raiz e radícula e raiz fasciculada*”.

Para Deleuze e Guattari (2011, p. 21, *grifo dos autores*) “[...] não basta dizer Viva o múltiplo [...] é preciso fazer o múltiplo [...]”. Fazer pela *produção de agenciamentos maquínicos* fabricados na *experimentação do real*. Agenciamentos em produção acentrada, não hierárquica, não linear, não homogênea, não totalizante, não atribuída. Agenciamentos que se desenham em conexões, em multiplicidades de combinações, em modos não dados, sem *a priori*, mas em fabricação, por isso, *posto sem começo e sem fim*, mas no *entre* das coisas. *Rizomas* e não *árvore-raiz e radícula*, formando corpos binários e biunívocos, ou *raiz fasciculada* a insinuar multiplicidades presas.

A estes sistemas centrados, os autores opõem sistemas acentrados, redes de autômatos finitos, nos quais a comunicação se faz de um vizinho a um vizinho qualquer, onde as hastes e os canais não preexistem, nos quais *os indivíduos são todos intercambiáveis, se definem somente por um estado a tal momento*, de tal maneira que as operações locais se coordenam e o resultado final global se sincroniza independentemente de uma instância central. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 37, *grifos meus*).

Em diálogo com a botânica, Deleuze e Guattari (2011) sequestram a ideia-conceito do rizoma, aplicando-a na filosofia, subvertendo o modelo arbóreo já apresentado nesta Tese. Rompendo com esta perspectiva, os autores referidos (p. 22) apontam que o rizoma

[...] nele mesmo tem formas muito diversas, desde sua extensão superficial ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos. Há rizoma quando os ratos deslizam uns sobre os outros. Há o melhor e o pior no rizoma; a batata e a grama, a erva daninha.

“Não existem pontos ou posições num rizoma como se encontra numa estrutura, numa árvore, numa raiz. Existem somente linhas”. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 24). Sem suportar qualquer tipo de estrutura, unicidade e totalidade, mas se fazendo em dimensões e multiplicidades, o rizoma se faz em “[...] n-1 (é somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele). Subtrair o único da multiplicidade a ser constituída; escrever a n - 1. Um tal sistema poderia ser chamado de rizoma”. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 21).

Segundo estes autores, são seis os princípios do rizoma: conexão; heterogeneidade; multiplicidade; ruptura assignificante; cartografia e decalcomania. (DELEUZE; GUATTARI, 2011). Tratam-se de princípios que dialogam entre si.

O de *conexão e de heterogeneidade* implicam na possibilidade de conexões de pontos distintos do rizoma, portanto, conexões entre múltiplas coisas, postas em diferentes regimes e dimensões, a qualquer tempo e estado. O *princípio de multiplicidade* pressupõe

[...] nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo [...] Uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza [...]. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 23).

Por isso, a ideia de um sujeito que se constitui em regime provisório, mutante, em produção de uma diferença de si, em variação de natureza. “Inexistência, pois, de uma unidade que sirva de pivô no objeto ou que se divida no sujeito”. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 23). A multiplicidade desconstrói o Uno, em sua perspectiva binária, e a Unidade-Pivotante, que hierarquiza e organiza as combinações possíveis nos acontecimentos da vida.

Já o *princípio da ruptura assignificante* refere-se a ideia de que um rizoma compreende linhas de segmentaridade, que o estratifica, organiza, territorializa, atribui e significa. Mas estas linhas segmentares podem ser rompidas, quebradas, desconstituídas por outras linhas, que também constituem o rizoma, que são as *linhas de fuga*. As *rupturas assignificantes* constituem e perpassam os acontecimentos, as afetações, os agenciamentos que provocam rupturas e fugas, desterritorializando o posto, o estratificado, o atribuído, o significado. (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Entretanto, esses autores alertam para a possibilidade de cristalização da *linha de fuga*, onde “[...] corre-se sempre o risco de reencontrar nela organizações que reestratificam o conjunto, formações que dão novamente o poder a um significante, atribuições que reconstituem o sujeito [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 26).

Trata-se, assim, de uma luta constante, entre forças e linhas de segmentaridade que percorrem o rizoma, fazendo coexistir modos de existência na produção do regime social, produção de sujeitos e das instituições. As linhas de fuga instauram deslocamentos. Potência para resistência e mudança.

Os princípios de cartografia e de decalcomania, apontam que um rizoma “[...] não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. Ele é estranho a qualquer ideia de eixo genético ou de estrutura profunda.” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 29). Tanto o eixo genético quanto o de estrutura profunda, reportam-se a ideia do modelo representativo da árvore, da raiz-pivotante e da raiz fasciculada, sinalizando a lógica do decalque e da reprodução:

[...] tanto a linguística quanto a psicanálise, ela tem como objeto um inconsciente ele mesmo representante, cristalizado em complexos codificados, repartido sobre o eixo genético ou distribuído numa estrutura sintagmática. Ela tem como finalidade a *descrição de um estado de fato*, o reequilíbrio de correlações intersubjetivas ou a exploração de um inconsciente já dado camuflado, nos recantos obscuros da memória e da linguagem. Ela consiste em decalcar algo que já se dá feito a partir de uma estrutura que sobrecodifica ou de um eixo que suporta. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 30).

A captura da realidade, nesse sentido, é expressa pelo ato de fotografar. De retratar algo que já está dado, pronto para ser apreendido. As operações são de descrição e de interpretação, via a racionalidade arbórea, estruturada em árvore ou raiz pivotante, por meio de tecnologias do campo da linguística e da psicanálise, por exemplo, em torno de um “*inconsciente ele mesmo representante*”, produzido por códigos genéticos ou sintagmas. Há uma estrutura fixa a determinar padrões previsíveis de mudança. Algo que se põe em sistema fechado e não em mapa.

O rizoma se faz em mapa. Em *princípio da cartografia*.

O mapa não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói. Ele contribui para a conexão dos campos, para o desbloqueio dos corpos sem órgãos, para a sua abertura máxima sobre um plano de consistência. O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se às montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode desenhá-lo numa parede, concebê-lo como obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 30).

O mapa se produz, portanto, com múltiplas entradas, não pressupondo unidade, totalidade e representação de algo já pronto, como o decalque, requerendo tão somente sua reprodução. Não há estruturas definidas, mas há movimentos e deslocamentos em constituição.

Há o caminhar *no entre* das coisas e não nelas mesmas em pontos e trajetos fixos e definidos. “A única saída é a erva (...) A erva existe exclusivamente entre os grandes espaços não cultivados. Ela preenche vazios. *Ela cresce entre*, e no meio das outras coisas.” (HENRY MILLER, 1956 *apud* DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 40, *grifo dos autores*).

“Pensar, nas coisas, entre as coisas é justamente criar rizomas e não raízes, traçar a linha e não fazer o balanço⁴⁶. Criar população no deserto e não espécies e gêneros em uma floresta. Povoar sem jamais especificar”. (DELEUZE; PARNET, 1988, p. 36).

Colocando-me, assim, diante da possibilidade de *modos de existência rizomáticos, em desejo de encarnação de erva*, pus-me em movimento *no entre* da travessia Vida-Doutorado-Tese. Os *‘ditos e escritos’*, até então apresentados, são singularidades a me constituir, a matizar um modo de produção de si [de mim], um olhar filosófico e teórico-metodológico para ver-dizer-mapear a realidade, em sua atualidade. Sinalizam alguns dos *conceitos-ferramentas*, em aprendizagem, que instrumentalizam e embasam a produção desta Tese.

Conceitos-ferramentas aprendidos-produzidos nas minhas experiências de vida, que se desenharam nos fragmentos, aqui, recortados intencionalmente. Uma constituição de si e da Tese, em estética de mosaico, posta em abertura à espera de outras cores, expressões e sentidos. Portanto, não se trata de um quebra-cabeças para encaixar peças e montar uma totalidade harmônica, decalcada pela imagem já antevista e presumida.

Na sequência, iniciando o segundo capítulo desta Tese, passo a debulhar seu objeto-solo, suas ancoragens no campo da Saúde Coletiva e seus objetivos, como forma de fazê-lo visível, dizível e mapeável aos olhos do leitor.

⁴⁶Em nota de rodapé: “No texto em francês, há um jogo de palavras entre *faire le point* (literalmente, “fazer o ponto”, mas que significa “fazer o balanço”) e *faire la ligne*. (N. da T.)”. (DELEUZE; PARNET, 1988, p. 36).

2 O QUE SE QUER PESQUISAR? UMA PRODUÇÃO DESEJANTE NO ENTRE DAS RELAÇÕES DE PODER

“[...] o objeto não espera nos limbos a ordem que vai liberá-lo e permitir-lhe que se encarne em uma visível e loquaz objetividade; ele não preexiste a si mesmo, retido por algum obstáculo aos primeiros contornos da luz, mas existe sob as condições positivas de um feixe complexo de relações”.

Michel Foucault⁴⁷.

A constituição deste capítulo desenha-se em diálogos. Diálogos que pretendem delinear e ancorar o leitor na *produção desejante* da Tese. Para isso, traço um percurso de três mãos, com fronteiras próprias, mas, ao mesmo tempo, produtoras de dobras, possibilitando margens de diálogos e de efeitos entre si.

A primeira, refere-se às afecções que me mobilizaram para a escolha do tema da regionalização da saúde. A segunda, situa esta temática no campo da Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Gestão, pontuando a recente produção científica que a permeia. Na terceira, problematizo as tensões constituintes que atravessam o SUS; delinheiro o objeto de estudo; indico sua relevância política; descrevo as questões de investigação e pontuo os objetivos da pesquisa.

Para problematizar a constituição do SUS, tomo como pressuposto o fato de que sua produção acontece tensionada por linhas de força, que coexistem no plano de imanência, exercendo, entre si, relações de poder. É com, por e nelas, as relações de poder, que a produção do Sistema se delinea. Dada a sua constituição relacional, *não se tem poder, mas se exerce poder em relação*, fato que lhe confere positividade, conforme indica Foucault (1990a, p. 8), em “*Verdade e Poder*”, na *Microfísica do Poder*⁴⁸:

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que *ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva* que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir. (*Grifos meus*).

Daí o sentido de mapear os jogos de forças e de poder, que perpassam a construção do SUS. Mas adiantemo-nos, caro leitor, um pouco mais.

⁴⁷FOUCAULT, 2008c, p. 50.

⁴⁸A numeração da página dos fragmentos citados da obra “*Microfísica do Poder*”, com organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 9. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990, nesta Tese, é feita segundo paginação da sua versão eletrônica. Disponível em: <https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf>.

2.1 O aflorar do domínio temático da regionalização da saúde como uma dobra do ato de pesquisar

*“Afagar a terra
Conhecer os desejos da terra
Cio da terra, propícia estação
E fecundar o chão”.*
Milton Nascimento⁴⁹.

O interesse pela temática da regionalização da saúde desenha-se no bojo de minha implicação com e no SUS, conforme já disposto nas seções anteriores. Entretanto, o elemento ativador desta escolha abriga-se em meu engajamento na Pesquisa *“Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará”*, aqui, retomada como forma de acentuar a importância de seus efeitos.

A Pesquisa do PPSUS, acoplada aos processos de subjetivação e de formação que constituíam meu caminhar no Doutorado, possibilitaram-me olhar a regionalização da saúde com outros óculos. A lente do discurso normativo da regionalização, por mim utilizada com maior intensidade, até então, foi posta em suspensão, potencializando a atualização de seu desenvolvimento real e em tempos atuais.

Os agenciamentos, produzidos no período da Pesquisa e do Doutorado, narrados anteriormente, juntamente com os encontros de supervisão da equipe do PPSUS, sob a coordenação do Professor Ricardo Pontes, foram potentes para a composição de outros modos de ver-dizer a regionalização da saúde do Ceará.

Nesses encontros, adentramos na realidade e nos atos da regionalização da saúde do Ceará e nos seus efeitos em constituição do SUS estadual. Borrámos as fronteiras do Sistema, postas em normatividade e regramento nacional e estadual. Os encontros de supervisão funcionaram, assim, como dispositivos de formação e de análise da realidade. Pozzana (2014), ao falar sobre as experimentações que operaram como dispositivos de formação, dispõe sobre a potência dos grupos de supervisão, por colocar

[...] em movimento e análise nossas resistências à mudança e nos fazem conhecer afetivamente outros modos de pensar e sentir [...] Quando os acontecimentos são narrados e compartilhados, personagens, lugares, conversas, texturas e imagens ganham espaço em nossas vidas. Somos forçados a pensar. Suspensões interrogam nossas posições de saber e poder. A coerência e o fechamento do ego falham, aparecem atos e o mundo se coloca. (POZZANA, 2014, p. 61).

⁴⁹“Cio da Terra”, composição de Chico Buarque e Milton Nascimento. Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/milton-nascimento/o-cio-da-terra.html>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

A Pesquisa do PPSUS conformou um processo de formação tecido na experiência mesmo do pesquisar. Pozzana (2014, p. 56, *grifos meus*) indica que “[...] a formação do cartógrafo é produtora de subjetividade e objetividade, produz realidade. Um processo que não está entre o sujeito e o mundo a ser descoberto, *mas produz sujeito e mundo* [...]”.

Passos, Kastrup e Tedesco (2014b, p. 8), na Introdução das “*Pistas do Método Cartográfico – a experiência da pesquisa e o plano comum*”, indicam que a importância “[...] da experiência do pesquisar aponta sua inscrição no plano de forças, que constitui o plano de produção tanto do conhecimento como da realidade conhecida”.

A experiência do PPSUS e os seus produtos integraram-se ao meu caminhar, formando-me e constituindo o campo temático do objeto de Pesquisa do Doutorado e alguns de seus objetivos.

2.2 Regionalização da saúde e Saúde Coletiva: a constituição de um campo de saber-poder na área de Política, Planejamento e Gestão

Ao inscrever a temática da regionalização da saúde, no campo da Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Gestão, embora reitere o sentido classificatório, proposto pela “*árvore-raiz e radícula*”, estruturante da Ciência Moderna, apego-me a outra possibilidade. No caso, a positividade do sentido de resistência, encarnado na proposição da Saúde Coletiva e da área de Política, Planejamento e Gestão, facultando-me, assim, a possibilidade de um posicionamento político, técnico e ético.

Forjada pela Reforma Sanitária Brasileira, a Saúde Coletiva brota impregnada por intenções e compromissos políticos de [re]construção da democracia e pela ampliação do arco teórico-metodológico posto no campo da Saúde, compreendendo-a como uma produção social. Daí o entrelaçamento com diferentes áreas de saberes e práticas, para além da já tradicional Epidemiologia, incorporando as Ciências Sociais e Humanas e a Política, Planejamento e Gestão.

Um exemplo que reitera a instituição da Saúde Coletiva, no Brasil, é a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 27 de setembro de 1979, quando da realização da 1ª Reunião sobre “*Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública*”, realizada na sede da OPAS, em Brasília, Distrito Federal. Conforme *site* da ABRASCO⁵⁰, esta reunião

⁵⁰Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Sobre a ABRASCO. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>>. Acesso em 23 out 2016.

[...] mobilizou técnicos, profissionais, estudantes e professores de programas de Pós-Graduação em Medicina Social e Saúde Pública empenhados em fundar uma associação que congregasse os interesses dos diferentes cursos da área e que marcasse uma nova postura frente aos saberes e às práticas desse campo do conhecimento: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco. Passados 30 anos, a incorporação dos novos cursos de Graduação em Saúde Coletiva levou à mudança do nome da entidade para Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, definido em Assembleia Geral, realizada em 13 de novembro de 2011.

Constituindo as áreas da produção de conhecimento da Saúde Coletiva, a ABRASCO dispõe de três Comissões: Epidemiologia; Política, Planejamento e Gestão⁵¹; Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

O aporte das Ciências Sociais e Humanas inaugura a possibilidade de novas lentes teórico-metodológicas, que põem em questionamento os marcos do universalismo e do naturalismo da biomedicina, correntes na Saúde Pública. Proporciona, aos estudos do campo da Saúde Coletiva, a perspectiva de uma abordagem qualitativa e incorporação e valoração da subjetividade na produção da saúde e nos processos de adoecimento.

Comungo, assim, com as posições de Carvalho, Ferigato e Barros (2009, p. 19), que defendem, elaboram e praticam a Saúde Coletiva não apenas como

[...] um campo do saber que considera que, ao intervir na saúde de uma população intervimos necessariamente em sujeitos singulares, pessoas que se relacionam entre si, com objetos, ambientes e consigo mesmas. Considerar a dimensão do sujeito é considerar que em Saúde Coletiva, falamos sempre na intervenção em múltiplas coletividades, em muitos modos de pensar e produzir saúde e em diferentes paisagens subjetivas.

A área de Política, Planejamento e Gestão potencializa o desenvolvimento de estudos que vão, também, investigar os modos de acontecimento das políticas, em diálogo com as experimentações do que se põe no real. O cotidiano do SUS é o exercício da política, do planejamento e da gestão, portanto, constituindo-se como objeto de estudo e de intervenção reais.

⁵¹A Comissão de Política, Planejamento e Gestão da ABRASCO, como forma de impulsionar a produção de conhecimento em sua área em relação com o SUS, realizou dois Congressos Brasileiros. O primeiro em Salvador, Bahia, no ano de 2010, com o tema “*Caminhos e descaminhos da política de saúde brasileira*”. O segundo, em Belo Horizonte, Minas Gerais, em 2013, tematizando a “*Universalidade, Igualdade e Integralidade: Um projeto possível*”. Sob a atual coordenação colegiada do Professor Alcides Miranda, a Comissão está organizando, para maio de 2017, o seu terceiro Congresso, na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte. Tratam-se de movimentos que fortalecem a institucionalização da área de Política, Planejamento e Gestão, na Saúde Coletiva e no entremeio do SUS. Reiterando tal perspectiva, no II Congresso Brasileiro, apresentei em formato de Painel Oral, o trabalho “Modelo de Regionalização e de Redes de Atenção à Saúde no Ceará” (Pontes *et al*, 2013), fruto da Pesquisa do PPSUS, já referida nesta Tese.

Então, ao situar a problemática da regionalização da saúde no campo da Saúde Coletiva, na área de estudos de Política, Planejamento e Gestão, a intenção declarada é a de vincular a produção de saberes e práticas em saúde à sua relevância político-social, porque potente para instrumentalizar *os confrontos de subjetividades*, em relações de saber-poder, no fazer do SUS.

Uma vez posto tal entendimento, passo a discorrer, ainda que brevemente, sobre a produção científica na área de Política, Planejamento e Gestão, pondo-a em relação com a temática da regionalização da saúde.

Segundo Teixeira (2015), no período de 1975-2010, houve uma acentuada realização de estudos sobre a descentralização, com ênfase na municipalização; e dos anos 90 até 2010, na regionalização. De fato, a discursividade normativa e prática da descentralização da saúde foi intensificada pós 1988, daí sua forte influência na produção acadêmico-científica nas áreas de Política e de Gestão.

Na área de Política, Teixeira (2015, p. 91) informa que na

[...] década de 90 surge a discussão sobre o neoliberalismo e a reforma do Estado, o que abriu espaços à contribuição de autores norte-americanos para o estudo das políticas de saúde [...] Essa tendência se consolidou na década seguinte, quando se deslocou a reflexão acerca da problemática do Estado capitalista, em crise e reformas, para a problemática do governo, desdobrada em vários aspectos do processo político governamental.

No tocante a área de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Teixeira (2015) destaca que a ênfase em estudos sobre municipalização e regionalização da saúde, entre os anos 90 e 2010, deve-se à priorização que o Ministério da Saúde deu a essas estratégias para organização e funcionamento do Sistema.

Para melhor explicitar as produções tematizadas pela descentralização da política de saúde, tanto com ênfase na municipalização como na regionalização, percorrendo as áreas de planejamento e programação da saúde; gestão da saúde e modelos de atenção à saúde, apresento o quadro abaixo.

Quadro 1 – Temas abordados na área de política, planejamento e gestão.

Área	Período	
	1991 - 2002	2003 - 2010
Planejamento e programação em saúde	estudos sobre regionalização do sistema de saúde e organização de redes integradas de serviços	----
	realização de pesquisas avaliativas dos processos de descentralização, regionalização de ações e serviços de saúde	
Gestão da saúde	experiência sobre municipalização	multiplicação de estudos sobre municipalização da gestão (pactos pela saúde nas três esferas de governo)
	regionalização dos serviços de saúde	organização e gestão de redes regionalizadas de serviços de saúde (macrorregiões e microrregiões)
	fortalecimento e continuidade do processo de descentralização e organização do SUS	novas modalidade de gestão da saúde (contratualização, regulação e controle, experiências de organizações sociais e formação de consórcios intermunicipais)
	alternativas de gestão de serviços de saúde (organizações sociais - OS)	---
Modelos de atenção à saúde	municipalização das ações e serviços de saúde	---
	organização de redes regionalizadas de serviços de saúde	

Fonte: Teixeira, 2015.

Trata-se, assim, de uma produção acadêmico-científica bastante recente, marcada pelo efeito da aplicação da diretriz da descentralização da saúde no âmbito do SUS. Apesar de preconizada, normativamente, a potência da regionalização, os desafios para a garantia do direito à saúde, ainda, estão postos.

Uma conquista-produção não realizada, requerendo contribuições que apontem outras possibilidades de se gerar vida-saúde no SUS, dito regional, especialmente após a intensificação normativa da adoção dessa estratégia, nos anos que se seguiram a 2010, como veremos na sequência desta Tese.

2.3 Tensões constituintes do Sistema Único de Saúde: a positividade das relações de poder no esboço e na relevância do objeto de pesquisa

A problemática da regionalização da saúde constitui-se no entremeio da produção do SUS. Uma *produção maquínica* permeada por linhas e forças que atuam, em tensionamento, constituindo os rumos político-técnicos do Sistema. Acoplando à ideia das linhas, conforme

Deleuze; Parnet (1998); Deleuze e Guattari (2011), trago a perspectiva, também, do conceito de força.

O conceito de força é, portanto, em Nietzsche, o de uma força que se relaciona com uma outra força. Sob este aspecto, a força é denominada uma vontade. A vontade (vontade de poder) é o elemento diferencial da força. Daí resulta uma nova concepção de filosofia da vontade, pois a vontade não se exerce misteriosamente sobre músculos ou sobre nervos, menos ainda sobre uma matéria em geral, ela se exerce sobre uma outra vontade. (DELEUZE, 1976 *apud* ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 70).

Trata-se, assim, de tomar a *máquina* do SUS como um campo de batalhas, travadas por forças que encarnam diferentes *vontades de poder*. *Vontades de poder* que iluminam e incorporam projetos políticos, também, em torno da produção do SUS.

Se, universal e integral, conforme proposição constitucional, ou se, de cobertura universal, forjada por um padrão de oferta, que especifica o quê e o quanto cobrir, mediante programações específicas de ações e serviços de saúde, de modo a restringir aquilo que deveria ser de acesso universal e integral. Ou, ainda, se público e de comando único, porém em modulações ‘quase-privadas’, encarnadas em institucionalidades jurídicas diversas, inscritas no âmbito do Direito Privado, incumbidas e financiadas pelo próprio Estado para a gestão de equipamentos públicos de saúde em modos empresariais, como já sinalizados nesta Tese.

Esses tensionamentos, entre linhas e forças – linhas de força, que *atualizam* e *virtualizam* a produção do SUS, são reais. São jogos de poder com expressão midiática em jornais escritos e televisionados, em redes sociais; acontecem em encontros alegres ou tristes, nos percursos das pessoas em busca de atendimento e cuidado em saúde; manifestam-se em leis, que normalizam e regulamentam o Sistema; concretizam-se em discursos e práticas de organização, gestão e cuidado, na processualidade da regionalização da saúde.

Nesse sentido, o poder, exercido por forças distintas, produz uma engrenagem institucional e social, que perpassa a sociedade. Deleuze (2013, p. 37), em “*Foucault*”, indica que “[...] o poder não tem essência, ele é operatório. Não é atribuído, mas relação: a relação de poder é o conjunto das relações de forças, que passa tanto pelas forças dominadas quanto dominantes, ambas constituindo singularidades”.

As relações de poder produzem positividade na construção do SUS, fomentando sua discursividade normativa e prática; sua organização e funcionamento; sua regulação e seu controle. Pelo exercício do poder, discursos e práticas são fabricados, aceitos e tomados como verdadeiros. Segundo Foucault (1999, p. 28-29),

[...] numa sociedade como a nossa - mas, afinal de contas, em qualquer sociedade - múltiplas relações de poder perpassam, caracterizam, constituem o corpo social; elas não podem dissociar-se, nem se estabelecer, nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação, um funcionamento do *discurso verdadeiro*. *Não há exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcionam nesse poder, a partir e através dele. Somos submetidos pelo poder a produção da verdade e só podemos exercer o poder mediante a produção da verdade. (Grifos meus).*

O poder, então, produz verdades e saberes, que constituem o *discurso verdadeiro*, operado por subjetividades, também, fabricadas em conformidade com Guattari e Rolnik (2007), Miranda (2005) e Mansano (2009).

A rede produtiva, que engata saber e poder em produção de verdades, é acionada e potencializada pelos processos de subjetivação. Sendo o poder relacional, há que se ter subjetividades para exercê-lo, operando e reverberando as verdades constituídas, institucionalizadas e naturalizadas socialmente, mediante o uso de tecnologias, procedimentos, técnicas, estratégias, táticas, práticas, discursos.

A estrutura do Estado, no que ela tem de geral, de abstrato, mesmo de violento, não chegaria a manter assim, contínua e cautelosamente, todos os indivíduos, se ela não enraizasse, não utilizasse, como uma espécie de grande estratégia, todas as pequenas táticas locais e individuais que encerram cada um entre nós. É isso. Eu queria fazer aparecer um pouquinho esse fundo das relações de poder [...] Por outro lado, eu queria fazer aparecer também que essas relações de poder utilizam métodos e técnicas muito, muito diferentes umas das outras, segundo as épocas e segundo os níveis. (FOUCAULT, 2006a, p. 231-232).

Nessa perspectiva, o SUS, como um solo de tensionamento de forças pelo exercício de relações de saber-poder, entre sujeitos e instituições, produz realidade e efeitos na cotidianidade da vida, onde a saúde se inscreve.

Não encontramos uma realidade fora das condições concretas dos sujeitos, os discursos não são falsos ou verdadeiros, não representam a realidade, mas constituem-na. O poder, na dimensão foucaultiana, circula e não está nas mãos de uma determinada classe social, nem nas dos intelectuais. (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 69).

O confronto entre forças pressupõe, assim, que não há uma dominação que se perpetue entre quem exerce o poder e quem está a ele submetido. Ambos os sujeitos são dotados de potência para agir, inclusive, aquele que está sob os efeitos do poder. “Reconhecer o sujeito sobre quem o poder se exerce como sujeito de ação é valorizar a capacidade de resistência do ser humano [...]”. (FERIGATO; CARVALHO, 2009, p. 57).

Olhar, portanto, a *maquínica* do SUS e as relações de poder que o perpassam, sinaliza a possibilidade de captura dos modos e dos contextos de dominação, mas, também, de resistência, que são operados em sua engrenagem. São contextos em coexistência, muitas vezes, paradoxais, possibilitando o exercício de problematização da atualidade, do cotidiano da gestão e do cuidado em saúde.

O cotidiano entra em cena, como espaço/tempo privilegiado ao exercício de articulação das análises micro e macropolíticas. Facultar formas singulares de participação em que se estabeleçam o confronto de subjetividades, a intensificação das relações de poder e a abertura de espaços polêmicos para o exercício da cidadania⁵² torna-se hoje imperativo [...] (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 69).

Dessa forma, há que se ter engajamento e implicação política para

[...] construir conhecimento a partir do investimento e da luta dos atores que já viveram em tempos de inexistência de um sistema único de saúde, *a partir da vivência de usuários, trabalhadores, gestões e pesquisadores que se mobilizaram para a construção de um sistema de saúde mais democrático e participativo. Instigar novas práticas para a produção de vida, sem ignorar as linhas de força, os jogos de saber-poder que afetam e são afetados pelos processos de saúde-doença-intervenção.* (CARVALHO; FERIGATO; BARROS, p. 19, *grifos meus*).

Daí a relevância político-social de adentrar as problematizações engendradas na *produção maquínica* do SUS, no solo da regionalização da saúde, hoje, desenvolvida com centralidade na política pública de saúde. Um dos objetivos da regionalização da saúde é o de orientar a organização e o funcionamento do Sistema, em uma base territorial regionalizada, a Região de Saúde.

Uma decisão, que passa pelos gestores do SUS, com efeitos na produção do cuidado em saúde. Isto é, são decisões do campo da gestão, que organizam, regulam e controlam: onde os serviços públicos de saúde devem funcionar e ser instalados; quais os serviços privados de saúde devem ser contratados, compondo a rede SUS; para onde as pessoas devem ir, afim de ter acesso aos serviços de saúde, quando não estão disponíveis no seu município de origem; como devem fazer para isto acontecer; quando isso irá acontecer; o que de fato estará acessível, sinalizando o que estará sendo financiado (priorizado) e como; entre outras questões.

⁵²As autoras incluem uma nota de rodapé sobre a noção de cidadania utilizada em seu texto: “O conceito de cidadania é aqui utilizado não no sentido tradicional do termo, que aponta para as garantias legais e para a submissão às prescrições, ou seja, como uma prática moral, mas sim enquanto conquista do espaço público, práticas éticas, onde as estratégias e a produção da realidade sócio-política é fruto de uma intervenção coletiva”. (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 69).

Trocando em miúdos, falar da regionalização da saúde é pousar o olhar e adentrar na *máquina* do SUS, dando conta das engrenagens, tecnologias, estratégias e operações de como a produção do cuidado e de gestão da saúde está acontecendo e se institucionalizando, portanto, constituindo práticas e discursos; quais são e como estão sendo atualizadas e virtualizadas as relações de poder, entre as forças, que produzem o SUS.

Em tempos de incertezas relativas ao SUS, que está sendo atualizado e moldado pelo neoliberalismo⁵³, como apontam Mendes e Louvison (2015, p. 393), abordar os modos de produção da regionalização do SUS é necessário.

Em um contexto de crise do capitalismo, no âmbito da sua nova fase sob a dominância financeira, a saúde tem sido um espaço cada vez mais propício para o interesse do grande capital em busca de valorização, provocando tempos turbulentos para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Debater a regionalização da saúde* significa reconhecer esse contexto amplo em que se insere o nosso sistema universal. Sabe-se que *o capital privado tem avançado no interior dos sistemas públicos de saúde no mundo, e tem ameaçado o caráter público e universal, fundamental às lutas sociais realizadas em cada país.* (Grifos meus).

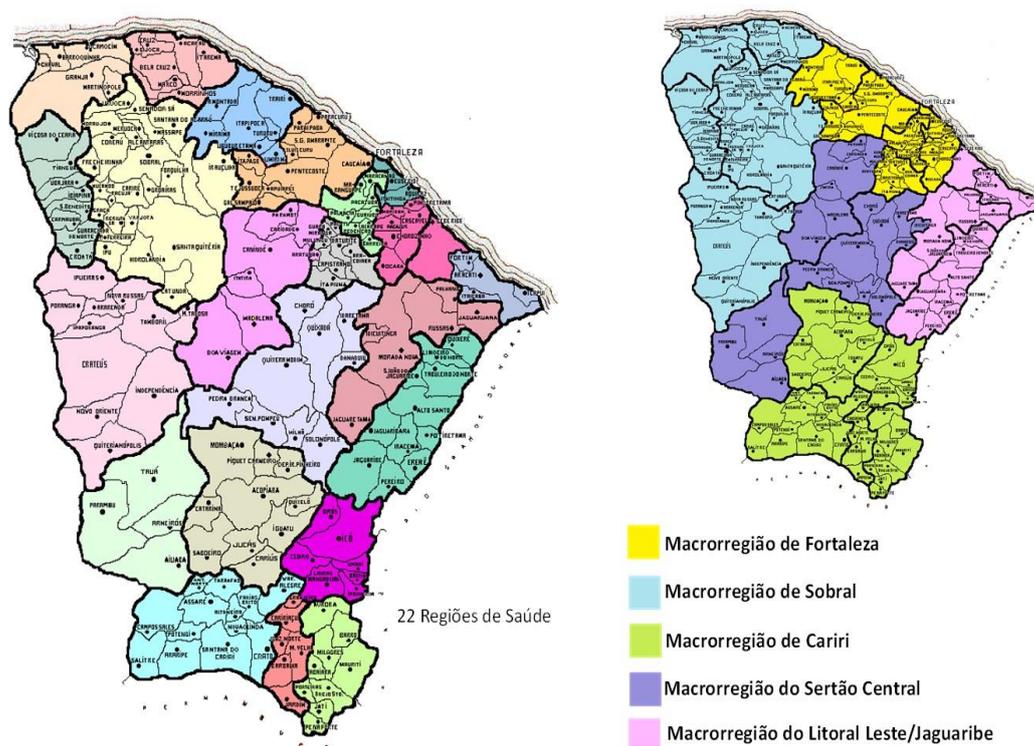
No Ceará, a regionalização saúde encontra-se institucionalizada. Autores apontam para uma forte tradição do Ceará na descentralização e regionalização do SUS (Lima e Viana, 2011), além de ser referido, também, como o primeiro estado brasileiro a promover a regionalização, com base na concepção de redes de atenção à saúde, conforme Mendes (2007).

De fato, a adoção de um modelo estadual regionalizado, composto, em 2016, por 22 Regiões e cinco Macrorregiões de Saúde, está em operação desde meados da década de 90, no Ceará. Antecedendo, inclusive, a instituição normativa do Ministério da Saúde que estabelece a organização regionalizada do Sistema, por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) nº 01/2001. (BRASIL, 2001).

A figura abaixo representa o mapa do Ceará, com as 22 Regiões e as cinco Macrorregiões de Saúde, cada uma sinalizada em cor diferente.

⁵³No decorrer desta Tese, farei uma discussão sobre os efeitos do neoliberalismo no SUS.

Figura 3 – Mapas das Regiões de Saúde e das Macrorregiões de Saúde do estado Ceará.



Fonte: Ceará, 2014a.

Entretanto, em que pese os investimentos político-técnicos desenvolvidos, o Sistema Estadual de Saúde do Ceará apresenta, ainda, uma rede de serviços de saúde fragmentada e gerida por vários tipos de modalidades de gestão. Portanto, a requerer visibilidade e dizibilidade do que está acontecendo no âmbito estadual e nos territórios regionalizados e locais de produção do cuidado e de gestão do SUS.

Goya *et al* (2015a; 2015b; 2016; 2017) apontaram para dois processos em ebulição na regionalização da saúde do Ceará: i) o percurso construtivo da regionalização da saúde no estado - como ele se deu e seus efeitos no SUS - com destaque para a constituição de institucionalidades para gerir equipamentos públicos de saúde, nas Regiões de Saúde, como os Consórcios Públicos de Saúde (CPS) e a Organização Social de Saúde (OSS); ii) a contratualização entre os gestores do SUS – federal, estadual e municipais – via adesão ao Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde⁵⁴ (COAP), instituído pelo Decreto 7.508/2011.

⁵⁴O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, um dos elementos inscritos no Decreto 7.508/2011, baseia-se na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados a partir do planejamento integrado das ações e serviços de saúde, nas Regiões de Saúde, devendo ser assinado pelos gestores das três esferas de governo. O COAP é um contrato que expressa, em seu conteúdo, processos e fluxos de organização e funcionamento do Sistema, compromissos e metas das esferas de gestão do SUS. (BRASIL, 2011).

Em âmbito nacional, o Ceará foi o primeiro estado brasileiro a formalizar a efetivação do COAP, com a adesão dos gestores, estadual e municipal, de todas as suas 22 Regiões de Saúde. Juntamente com o Ceará, as quatro Regiões de Saúde, existentes no Mato Grosso do Sul, também, aderiram ao COAP. Considerando ser essa uma orientação nacional, ambos os estados se diferenciaram dos demais, pondo tal processo em destaque não pela homogeneização no seu cumprimento, mas pela diferença na sua adesão.

No desenvolvimento da política pública de saúde, trata-se de uma situação não comum, onde as normativas e condutas orientadas pelo Ministério da Saúde, mesmo em caráter de adesão, são efetivadas e cumpridas. Especialmente, sendo o COAP um instrumento proposto por um Decreto Presidencial, em tese, imbuído de força legal e política, chama a atenção a não aceitação massiva dos gestores do SUS, com ênfase para os contextos que possibilitaram tal adesão.

A Região de Saúde Sobral, no Ceará, foi uma das primeiras a ter aderido ao COAP, em 2012. O município de Sobral constitui-se como uma referência regional há anos. Para se ter uma ideia, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral iniciou seu funcionamento em 1925, potencializando, ao longo dos anos, o fluxo assistencial dos municípios da região norte do estado até Sobral, em busca de acesso aos serviços de saúde especializados. Trata-se, então, de um município e de uma Região de Saúde, com uma acentuada institucionalidade das práticas e dos discursos de gestão e de cuidado em saúde regionalizados.

Além disso, na Região de Saúde de Sobral, foi instituído um CPS para a gestão de duas unidades ambulatoriais de referência regional, o Centro de Especialidade Odontológica Regional Reitor Ícaro de Sousa Moreira e a Policlínica Bernardo Félix da Silva. A gestão do Hospital Regional Norte é feita por uma OSS, o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). São equipamentos de saúde, recém implantados, cuja escolha de sua gestão, pelo governo estadual, foi a de uso dessas institucionalidades.

Nessa perspectiva, a processualidade da regionalização da saúde, tanto no estado do Ceará como na Região de Sobral, apresentam potência e positividade à realização de estudos e pesquisas, voltadas à esta temática, nos contextos, aqui, delineados. O esforço desta Tese implica em analisar as relações de saber-poder, que perpassam a institucionalização da regionalização da saúde, tomando como referência as experimentações subjetivas construídas, e em construção, por seus sujeitos, gestores, profissionais e usuários do SUS.

Há que se ter esforços no sentido de escavar, mapear e atualizar aquilo que se põe em virtualidade, pelas e nas relações de saber-poder e dos modos de governar a regionalização da saúde, ou seja, de orientar, controlar e regular as condutas dos sujeitos e das instituições.

Entender como o mundo está se constituindo e permanentemente se reconstituindo, *como os modos de governar os outros e a si mesmo estão se modificando*, me parece ser de grande relevância para (re)pensarmos tanto as práticas escolares quanto as teorizações educacionais a ela relacionadas. (VEIGA-NETO, 2013, p. 51, *grifos meus*).

Mas, também, as práticas de cuidado e de gestão da saúde, tendo como horizonte a captura de pistas potentes ao fortalecimento do SUS, enquanto Sistema Nacional de Saúde, público, universal e integral. Conforme Campos (2007, p.302),

[...] as forças interessadas no avanço do SUS estão, pois, obrigadas a enfrentar estes obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde.

Trata-se, assim, de uma Tese que afirma um posicionamento ético, estético e político, onde

[...] a Ética está referida ao exercício do pensamento que avalia situações e acontecimentos como potencializadores ou não de vida; a Estética traz a dimensão de criação, articulando os diferentes campos do pensamento, da ação e da sensibilidade; a Política implica a responsabilização frente aos efeitos produzidos, ou seja, sobre os sentidos que vão ganhando forma através das ações individuais e coletivas. (GUATTARI, 1992 *apud* ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 67).

Espero, dessa forma, nas palavras de Baptista e Mattos (2011, p. 65),

[...] contribuir para um pensamento político crítico onde a análise de uma política valorize os processos e sujeitos (portadores de saber e poder) envolvidos na construção da ação política governamental e não-governamental e que produzem efeitos na sociedade, não se restringindo aos enunciados oficiais ou instituições formais [...] *reconhecer os caminhos específicos e dar visibilidade aos processos políticos concretos que dão sentido ao enunciado ou prática de uma política, pois é na prática política cotidiana das instituições e das relações sociais que podemos reconhecer elementos do nosso modo de constituir as políticas de Estado.* (*Grifos meus*)

Reitero que: “Não basta observar evoluções históricas, que já são efeitos de formalização de poder ou atualização de potência, mas identificarmos fluxos e agenciamentos. Cartografia da máquina abstrata, fazer rizomas.” (MASSARO, 2009, p. 202).

Nesse sentido, destaco a relevância de estudos, como é a pretensão deste, que atualizem a produção do SUS, mapeando as formas de expressão e de conteúdo, postas em virtualidades à espera de aparecimento, de visibilidade e de dizibilidade. Portanto, estudos que reconheçam a produção do SUS em um plano de imanência; estudos que se ancorem em uma

ontologia do presente, porque problematizado, atravessado e produzido por acontecimentos⁵⁵ reais, pela e na atualidade, em valoração da experiência empírica.

Ao abafarmos o acontecimento e nos fixarmos nos fatos, ao nos ligarmos em demasia ao estratificado e nos desligarmos do *continuum* de intensidade, perdemos o campo de imanência, onde o virtual, que não é menos real, produz vida. Como diz Luiz Fugati, “é necessária a prática do abstrato, é necessário ocupar esta dimensão, a dimensão da realidade virtual, onde a prática do concreto é efeito desta prática do abstrato. (MASSARO, 2009, p. 201, *grifo* e aspas do autor).

Daí o sentido de mapear os jogos de poder das forças que atuam e perpassam a regionalização da saúde. *Poder que se desenha, nesta Tese, pela tríplice produção de: institucionalidade, subjetividade e saber, com ênfase nos discursos e nas práticas utilizadas para conduzir condutas, ou seja, governar o SUS em modo regionalizado.*

Portanto, o solo-objeto da Tese ancora-se na temática da regionalização da saúde, no duplo, gestão e cuidado em saúde, costurados em duas camadas: i) estadual, constituída pela produção da regionalização da saúde do Ceará; ii) regional em habitação da Região de Saúde de Sobral. Ambos os processos, gestão e cuidado em saúde, perpassados por relações de poder, produtoras de institucionalidade, subjetividade e saber.

Como problematizações, que fertilizam o objeto de pesquisa, adoto as seguintes questões de investigação, as quais perpassam a camada estadual e a regional, constituintes desta Tese: *Como se compõe a formação discursiva e não discursiva da regionalização da saúde? Como se produzem as relações de saber-poder e as condutas para o cuidado e a gestão do SUS em perspectiva regionalizada? Como o CPS e a OSS atuam na produção do SUS regionalizado? Como acontece a produção de subjetividades e de verdades para a institucionalização do SUS? Como acontecem os efeitos da regionalização na produção do direito à saúde?*

Constituo, assim, como objetivo geral: mapear as relações de saber-poder, que perpassam os modos de produção do cuidado e da gestão do Sistema Único de Saúde, no contexto da regionalização da saúde.

E como objetivos específicos:

- i) problematizar a formação discursiva e não-discursiva da regionalização da saúde;
- ii) analisar a regionalização da saúde do Ceará em seu desenvolvimento histórico e institucional;

⁵⁵Tomando, aqui, acontecimento conforme produção foucaultiana, explicitada por Castro (2016).

- iii) mapear a regionalização da saúde, na Região de Sobral, em diálogo com as experimentações subjetivas de gestores, profissionais e usuários, nos processos de cuidado e de gestão da saúde;
- iv) analisar os efeitos das relações de poder, na tríplice produção de institucionalidades, subjetividades e saberes, para a constituição do direito à saúde.

Uma vez tecidos e compostos, o solo e o objeto do estudo, solo-objeto, e seus objetivos, no capítulo seguinte, adentro, ainda mais, nos conceitos-ferramentas da Tese, desta vez, pautados na arqueogenealogia foucaultiana, pondo em diálogo as temáticas da saúde e do exercício de cidadania, que permeiam a *produção maquínica* do SUS.

3 OS JOGOS DE PODER NA MAQUÍNICA DO SUS: A TRÍPLICE PRODUÇÃO DE INSTITUCIONALIDADE, SUBJETIVIDADE E SABER

A Constituição Federal Brasileira de 1988 instala uma nova institucionalidade política, jurídica e social, afirmando a saúde como um direito de cidadania, que deve ser garantido, universal e igualitariamente, por meio de políticas sociais e econômicas, portanto, como um dever do Estado. (BRASIL, 1988). Em seu artigo 198, afirma que

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

A idealização do SUS aponta, assim, para a formação de um regime de cidadania constitucional, composto pelos seguintes enunciados: i) a produção do direito social à saúde de acesso universal, como dever do Estado; ii) a produção de um sujeito de direito e de um Estado protetor e provedor de bens e serviços públicos de saúde; iii) a ampliação do conceito de saúde; iv) a descentralização, a integralidade e a participação comunitária como diretrizes; vi) o fortalecimento da noção territorial, pela constituição de uma rede regionalizada de serviços de saúde.

São enunciados que articulam o regime de cidadania à produção da saúde, encarnada no SUS, cujas práticas de gestão e de cuidado constituem-se como construções e efeitos das relações de poder que permeiam esta articulação. São efeitos de poder, que atravessam o SUS em produção de institucionalidade, subjetividade e saber.

No caso da institucionalidade, tomo como referência duas perspectivas que se engatam e coexistem no desenvolvimento do SUS. A primeira, refere-se a ideia de que a produção do SUS está institucionalizada, perpassando diferentes instituições não somente do campo da saúde, mas de outros que compõem a sociedade, portanto, em constituição de um feixe de relações institucionais.

Ferigato e Carvalho (2009, p.53-54) sinalizam que

Benevides (2003) aponta uma distinção entre organização e instituição. A organização é definida por seu caráter normativo, regulador, legislativo. Já a instituição indica caráter produtivo e denota, no humano, a maneira oblíqua de satisfação das necessidades e desejos, pois, ao se satisfazer, também constringe, sabota, sublima.

Nesse sentido, os discursos e as práticas de gestão e de cuidado em saúde constituem-se por relações de poder. Satisfazem necessidades e desejos, mas também constroem e sabotam direitos e sujeitos. Um exercício de governar condutas pela produção e direção de saberes, verdades e subjetividades, que extrapolam o âmbito do Estado, ganhando corpo social pela ramificação de relações e de instituições diversas. Operam

[...] como uma espécie de fazer-poder-saber posto em circulação pelas técnicas, arranjos e dispositivos presentes em aparelhos institucionais. *Essas técnicas possibilitam diferentes processos de produção de poder e de subjetividade, pois o campo de enunciados e práticas que emanam delas é capaz de produzir um modelo de usuário, de trabalhador, um significado para as ações de tratar e um sentido para os processos de adoecer* [...] as questões voltadas ao poder constituem elementos próprios da atuação do gestor, das relações entre a equipe, da prática clínica com os usuários e com as intervenções no território. *O poder atravessa todos os atores, espaços e práticas dos serviços de saúde.* (FERIGATO; CARVALHO, 2009, p. 62-63, grifos meus).

Conforme Castelo Branco (2013b, p. 10), em “*Os nexos entre subjetividade e política*”, Apresentação 1, de “*Foucault: filosofia e política*”:

A prática efetiva do poder, desde o começo do século XX, não se limita ao âmbito do Estado; o poder está articulado a uma série de parceiros e instituições que compartilham, como numa gigantesca rede, todo o domínio que parte das grandes instituições até os pequenos acontecimentos das relações interpessoais.

Uma segunda perspectiva, relacionada à noção de institucionalidade, que tomo nesta Tese, refere-se à criação de instituições destinadas à gestão de equipamentos públicos de saúde, como as Organizações Sociais (OS) e os CPS. Tratam-se de instituições, ou institucionalidades, que atuam, também, satisfazendo e sabotando desejos em torno da produção da saúde, portanto, com efeitos no regime de cidadania constitucional.

Dessa forma, ver-dizer-mapear a *produção maquínica do SUS*, pelas lentes que capturam as relações de saber-poder, requer uma imersão conceitual, levando-me a constituir este capítulo mediado por quatro diálogos, os quais estão perpassados pelas perspectivas de institucionalidade acima referidas e adotadas.

O primeiro, que permeia os termos *subjetividade, modos de subjetivação e sujeito*, uma conversação estratégica à composição desta Tese, considerando a produção de subjetividades nas relações de poder que constituem o SUS. Para isso, ponho em discussão as produções de: Deleuze (1992); Guattari e Rolnik (2007); Foucault (2010). No caso deste último, também, intermediado por Castro (2016). Acrescento, ainda, elaborações de Mansano (2009) e Miranda (2005). Ao me utilizar das ferramentas conceituais desses autores, explico os acentos filosófico-teóricos âncoras da produção e da analítica que compõem esta Tese.

Na sequência, no segundo diálogo, ensaio as noções foucaultianas sobre saber-poder. Trata-se de uma apresentação conceitual da arqueogenealogia em articulação com o regime de cidadania constitucional do SUS.

No terceiro momento dialógico, atualizo a produção do SUS pela arte de governar em tempos e efeitos neoliberais. Finalizo o capítulo, acenando a possibilidade de resistência e rompimento das fronteiras da governamentalidade neoliberal, pela positividade de outros modos de subjetivação, delineando outros encontros entre sujeitos.

3.1 Subjetividade, modos de subjetivação e sujeito: atos de serialização e de produção de singularidades desejantes

Em relação à subjetividade, Guattari e Rolnik (2007, p. 33) indicam a ideia de uma *produção de subjetividade*, portanto, “[...] de natureza industrial, maquinica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida”. Não se trata de uma subjetividade instalada em um ‘espaço interior’, intrínseco à natureza humana. “Não existe uma subjetividade do tipo “recipiente” onde se colocariam coisas essencialmente exteriores, que seriam “interiorizadas”.” (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 43, aspas dos autores). Interiorizadas para, assim, gerar o agir, o sentir e o pensar.

Estes autores problematizam o ‘olhar marxista’, que não teria dimensionado a importância estratégica da subjetividade na produção da *sociedade capitalística*⁵⁶. Processo, este, que não passou despercebido ou desvalorizado pelas forças sociais que administram a *sociedade capitalística*. Estas forças, dizem os autores referidos (2007, p. 34), reconhecem a produção de subjetividades como se pondo mais importante do que “*o petróleo e as energias*”.

Nesse sentido, Guattari e Rolnik (2007) indicam que os “*modos de produção capitalísticos*” não operam apenas com valores de troca, da ordem do capital, das “[...] semióticas monetárias ou dos modos de financiamento. Eles funcionam, também, através de um modo de controle da subjetivação [...]” (p. 21). Nessa perspectiva, apontam que “*É a própria essência do lucro capitalista que não se reduz ao campo da mais valia econômica ela está também na tomada de poder da subjetividade.*” (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 21, grifo dos autores).

⁵⁶“Guattari acrescenta o sufixo “ístico” a “capitalista” por lhe parecer necessário criar um termo que possa designar não apenas as sociedades qualificadas como capitalistas, mas também setores do assim chamado “Terceiro Mundo” ou capitalismo “periférico”, assim como as economias ditas socialistas dos países do leste, que vivem numa espécie de dependência e contradependência do capitalismo. Tais sociedades, segundo Guattari, funcionariam com uma mesma política do desejo no campo social, em outras palavras, com um mesmo modo de produção da subjetividade e da relação com o outro [...]” (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 413)

A vida, em modos capitalísticos, requer, então, ‘tomar de assalto’ a produção de subjetividade, exercendo um controle sobre os *modos de subjetivação* e, não somente, dos meios de produção do capital conforme indica o marxismo tradicional.

Discutindo a produção de Foucault sobre *os modos de subjetivação*, Castro (2016), em seu “*Vocabulário de Foucault – Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*”, argumenta que:

Foucault é conduzido a uma história das práticas nas quais o sujeito aparece não como instância de fundação, *mas como efeito de uma constituição*. Os *modos de subjetivação* são, precisamente, *as práticas de constituição do sujeito*. Pode-se distinguir dois sentidos da expressão “modos de subjetivação” [...] Um sentido amplo [...] e um mais restrito em relação ao conceito foucaultiano de ética. (CASTRO, 2016, p. 408, *grifos meus*).

No primeiro sentido, o mais amplo, “[...] os modos de subjetivação são tratados como os modos de objetivação do sujeito, isto é, modos em que o sujeito aparece como objeto de uma determinada relação de conhecimento e de poder.” (CASTRO, 2016, p. 408, referindo-se a Foucault, 1994, em *Ditos e Escritos IV*, p. 223). Neste sentido, Castro (2016) aponta que a produção dos modos de subjetivação, as “práticas de constituição do sujeito”, para Foucault, refere-se às condições de possibilidade, que produzem as relações entre sujeito e objeto para formar um saber, uma história do pensamento.

Não se tratam de condições formais ou empíricas, mas, sim, de jogos de verdade que estabelecem “[...] as regras segundo as quais o que um sujeito pode dizer inscreve-se no campo do verdadeiro e do falso”. Regras a que deve se submeter para se colocar como “sujeito legítimo do conhecimento”, falando de como algo pode se cambiar para ser um “objeto do conhecimento”. (CASTRO, 2016, p. 408). Seria, assim, uma “história dos jogos de verdade”, onde o sujeito passa a ocupar, também, a condição de produto, objeto do conhecimento, portanto, de estudo, especialmente quando do fenômeno das ciências humanas.

No sentido mais restrito dos “modos de subjetivação”, Castro (2016) refere-se à relação com o conceito foucaultiano de ética, no plano onde o sujeito estabelece uma relação consigo mesmo, em “formas de atividades sobre si mesmo”, as práticas sobre e de si.

Ao problematizar os “os modos de subjetivação”, Foucault põe em discussão a constituição do “sujeito moral e do sujeito ético”. Para isso, discute a produção da moral grega da época clássica, aportando o ético pela ruptura com a moral cristã e articulando a noção do “Cuidado de si” em tempo Antigo e o “Conhece-te a ti mesmo” em tempo Moderno. (FOUCAULT, 2010).

Estendendo o diálogo às contribuições de Deleuze (1992), em “*Conversações*”, entrevista com Claire Parnet, “*Um retrato de Foucault*”, o autor acresce que para Foucault a subjetivação “[...] se distingue de toda moral, de todo código moral: ela é ética e estética, por oposição à moral que participa do saber e do poder. Por isso há uma moral cristã, mas também uma ética-estética cristã, e entre as duas⁵⁷ todo o tipo de lutas e compromissos.” (DELEUZE, 1992, p. 142).

Ainda em “*Conversações*”, na entrevista à Robert Maggionri, “*Rachar as coisas, rachar as palavras*”, Deleuze (1992, p. 116) aponta que o termo *subjetivação* é encarnado em Foucault como os processos de constituição de si, em uma relação da força consigo mesmo e não entre forças como nas relações de poder. Ao falar sobre subjetivação, Foucault não está se referindo ao sujeito

[...] como pessoa ou forma de identidade, mas os termos “subjetivação”, no sentido de processo, e “Si” no sentido de relação (relação a si). E do que se trata? Trata-se de uma relação da força consigo (ao passo que o poder era uma relação da força com outras forças) trata-se de uma “dobra” da força. Segundo a maneira de dobrar a linha da força, *trata-se da constituição de modos de existência ou da invenção de possibilidades de vida que também dizem respeito a morte, a nossas relações com a morte: não a existência como sujeito, mas como obra de arte. Trata-se de inventar modos de existência, segundo regras facultativas, capazes de resistir ao poder bem como se furtar ao saber, mesmo se o saber tenta penetrá-los e o poder tenta apropriar-se deles. Mas os modos de existência ou possibilidades de vida não cessam de se recriar, e surgem novos.* (DELEUZE, 1992, p. 116, *grifos meus*, aspas do autor).

Em outra entrevista, com Didier Eribon, “*A vida como obra de arte*”, também em “*Conversações*”, Deleuze (1992, p. 120), ao falar do que seria pensar para Foucault, discorre a descoberta de um pensamento como “processo de subjetivação”, “[...] trata-se da constituição de modos de existência ou como dizia Nietzsche, a invenção de novas possibilidades de vida. A existência não como sujeito, mas como obra de arte, esta última fase é o pensamento-artista”. Continuando, aponta que

[...] esses processos de subjetivação são inteiramente variáveis, conforme, as épocas, e se fazem segundo regras muito diferentes. *Eles são tanto mais variáveis já que a todo momento o poder não para de recuperá-los e de submetê-los às relações de força, a menos que renasçam inventando novos modos [...] uma produção de modo de existência [...] é um modo intensivo e não um sujeito pessoal.* (DELEUZE, 1992, p. 123, *grifos meus*).

⁵⁷Tomo a ideia de ética e moral, construída por Deleuze (1992, p. 125), segundo seu entendimento do pensamento de Foucault, “[...] a moral se apresenta como um conjunto de regras coercitivas de um tipo especial, que consiste em julgar ações e intenções, referindo-as a valores transcendentais (é certo, é errado...); a ética é um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso implica”.

A partir desses diálogos, adoto a ideia de que os modos de subjetivação se constituem em processualidade. Em mutação e em inscrição histórica, conformando condições de possibilidades para a efetuação de “jogos de verdade” e composição de “modos de existência”.

Deslocando-se do campo moral, que se produz com regras e condutas a serem adotadas, há “modos de existência”, embates de força em relação a si, que possibilitam resistência em “[...] individuação, pessoal ou coletiva, de um ou de vários. Ora, existem muitos tipos de individuações. Há individuações do tipo “sujeito” (é você..., sou eu...) mas há também individuações de tipo acontecimento, sem sujeito [...]”. (DELEUZE, 1992, p. 143).

Não há, assim, processos de subjetivação pelo *continuum* linear, progressivo e evolucionista das subjetividades e das sociedades. Há *produções maquínicas*: lutas; confrontos, resistências; submissões. Há movimentos que tensionam as constituições de si, do outro e da sociedade, em modos ético-estético e moral, apoiados por tecnologias e estratégias que positivam sua produção e fortalecimento.

Nessa perspectiva, penso eu, é que Guattari e Rolnik (2007, p. 22) apontam a “*cultura de massa*” como um elemento estratégico de uma “*subjetividade capitalística*”, por produzir “[...] indivíduos normalizados, articulados uns aos outros segundo sistemas hierárquicos, sistemas de valores, sistemas de submissão [...]”. Uma produção serializada de indivíduos.

Todavia, não se trata, tão somente, de um processo a formar indivíduos, mas, também, de uma produção de “[...] subjetividade social que se pode encontrar em todos os níveis da produção e do consumo”, indicando que a subjetividade “[...] é fabricada e modelada no registro social.” (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 22; 40).

Tudo o que é produzido pela subjetivação capitalística - tudo o que nos chega pela linguagem, pela família e pelos equipamentos que nos rodeiam - não é apenas uma questão de ideia, ou de significação por meio de enunciados significantes. Tampouco se reduz a modelos de identidade, ou a identificações com polos maternos, paternos. Trata-se de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social, e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo. (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 36).

Continuando (p.25-26), estes autores afirmam que “[...] produção da subjetividade capitalística gera uma cultura com vocação universal”, que se faz em duas dobras: *apoiando a confecção da força coletiva de trabalho e da força coletiva de controle social*.

Quando uma potência como os Estados Unidos quer implantar suas possibilidades de expansão econômica num país do assim chamado Terceiro Mundo, *ela começa, antes de mais nada, a trabalhar os processos de subjetivação. Sem um trabalho de todos os meios de semiotização econômica, comercial, industrial, as realidades sociais locais não podem ser controladas [...] Todos os fenômenos importantes da atualidade*

envolvem dimensões de desejo e da subjetividade.” (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 36, *grifos meus*).

Nesse processo, os autores referidos fazem uma ressalva fundamental quanto ao engendramento de uma “*cultura geral*” de ordem capitalística. A produção da *subjetividade capitalística*, nas últimas décadas,

[...] se empenhou, ela própria, *em produzir suas margens e de algum modo equipou novos territórios subjetivos*: os indivíduos, as famílias, os grupos sociais, as minorias, e por aí vai [...] formas de cultura particularizadas, a fim de que as pessoas se sintam de algum modo numa espécie de território e não fiquem perdidas num mundo abstrato. (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 26, *grifos meus*).

As “*margens*” produzidas tecem uma certa ampliação da “*lógica de controle social*”, incorporando mecanismos e tecnologias, por exemplo, que se desenham em tolerância, em democracia, em liberdade. Há, assim, a formação de territórios confortáveis para ‘acolher’ e ‘fazer calar’, muitas vezes, movimentos de resistência aos modos capitalísticos de subjetividade, de produção da sociedade e às tentativas de controle social.

Maurício Lissovski, em Guattari e Rolnik (2007, p. 39), quando do debate promovido por um diretório do Partido dos Trabalhadores, do Rio de Janeiro, afirma a necessidade de uma prática política

[...] que persiga a *subversão da subjetividade* de modo a permitir um *agenciamento de singularidades desejantes* deve investir o próprio coração da subjetividade dominante, *produzindo um jogo que a revela, ao invés de denunciá-la*. Isso quer dizer que, ao invés de pretendermos a liberdade (noção indissolivelmente ligada à de consciência), *temos de retornar o espaço da farsa, produzindo, inventando subjetividades delirantes que, num embate com a subjetividade capitalística, a façam desmoronar.* (*Grifo meus*)

Portanto, há que se ocupar “*os espaços da farsa*”, ali mesmo onde os modos de subjetivação estão a inscrever novos referentes sociais, ético-estéticos, ou a fabricar indivíduos em série, domesticados por estratégias e tecnologias de *controle social*. Há que se entrar no jogo e inventar “*subjetividades delirantes*”.

Mansano (2009, p.111), ao discutir “*Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade*”, sugere que a

[...] dinâmica mutante que os processos de subjetivação vão tomando forma, contando com a participação das instituições, da linguagem, da tecnologia, da ciência, da mídia, do trabalho, do capital, da informação, enfim, de uma lista vasta *que tem como principal característica o fato de ser permanentemente reinventada e posta em circulação na vida social*. Assim, esses componentes ganham importância coletiva e são atualizados de diferentes maneiras no cotidiano de cada vivente. *Por isso mesmo,*

eles podem ser abandonados, modificados e reinventados em um movimento de misturas e conexões que não cessa. (Grifos meus).

A possibilidade de mudança dos processos de subjetivação reverbera a ideia de um *sujeito que se constitui em efeitos provisórios*, sinalizando que brechas e fraturas podem ser instaladas em terrenos de subjetividades, supostamente, cristalizados.

O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila em dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma *relação de expressão e criação*, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um *processo que eu chamaria de singularização*. (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 42, *grifos meus*).

Há, desse modo, a produção de uma “subjetividade assujeitada”, “[...] marcada pela conformidade, pela reprodução do idêntico, o achatamento da heterogeneidade, das diferenças, enfim a massificação do cotidiano [...]”, e de uma “subjetividade singularizada”. Sendo, esta, referida pela “[...] criação de novos processos múltiplos e heterogêneos, que engendram relações livres e criativas, onde indivíduos e grupos assumem suas existências de modo singular, criando outros valores, novas formas de pensar e de agir [...]”. (MIRANDA, 2005, p. 41).

Os processos de singularização podem, então, “[...] ser compreendidos como uma espécie de desvio, de escapatória frente às tentativas de traduzir a existência pelo crivo dominante do capital”. (MANSANO, 2009, p. 112). Guattari e Rolnik (2007, p. 56, *grifos meus*), indicam que os diferentes processos de singularização trazem como traço comum o

[...] devir diferencial que recusa a subjetivação capitalística. Isso se sente por um calor nas relações, por determinada maneira de desejar, por uma afirmação positiva da criatividade, por uma vontade de amar, por uma vontade de simplesmente viver ou sobreviver, pela multiplicidade dessas vontades. É preciso espaço para que isso aconteça. O desejo só pode ser vivido por vetores de singularidade.

Além disso, são processos que produzem e capturam o que se põe em diferenciação, heterogeneidade, variação e, assim, potencializam a constituição de sujeitos singulares que rompam com a serialização de subjetividades e assujeitamentos. Desse modo, o “[...] sujeito se constitui no dado”, conforme aponta Deleuze (2001, p. 118 *apud* Mansano, 2009, p. 115).

Pode-se notar que essa consideração de Deleuze também *rompe com a noção de uma unidade evidente atribuída ao sujeito*, ou seja, com a noção de um ser prévio que permanece. Para ele, *o sujeito não está dado, mas se constitui nos dados da experiência, no contato com os acontecimentos*. (MANSANO, 2010, p. 115, *grifos meus*).

A constituição de subjetividades atravessa o cotidiano em perspectiva social, institucional e subjetiva, pondo sua produção como estratégica, principalmente, considerando as possibilidades de ruptura de assujeitamentos fabricados em série.

O que queremos ressaltar é que a força emancipatória na base do SUS só se sustenta quando tomamos como inseparáveis o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades protagonistas e autônomas que se engajam na reprodução e/ou na invenção dos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho no campo da saúde. *Neste sentido, é preciso avançar, como indica Gastão Wagner (Campos, 2000), a discussão no campo da saúde coletiva propondo esta relação entre produção de saúde e produção de sujeitos, entre atenção, gestão e subjetividade.* (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 566, *grifos meus*).

Dessa forma, a produção de modos de existência e de subjetividades singulares requerem a problematização da institucionalização do regime de cidadania constitucional, em diálogo com a produção da saúde e o exercício do saber-poder. Na sequência, passo a discutir a arqueogenealogia foucaultiana.

3.2 Arqueogenealogia: o saber-poder em potência para ver-dizer-mapear a produção maquínica do SUS

“[...] não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento”.
Michel Foucault⁵⁸

O diálogo em seguimento compõe-se pela bricolagem de camadas que mantêm entre si uma liga, uma articulação. Não se trata, aqui, de uma apresentação discursiva sobre o saber e o poder, pressupondo, entre um e o outro, um certo evolucionismo no pensamento de Michel Foucault.

Evolucionismo no sentido de tomar suas obras e vê-las em uma linearidade progressiva. Como afirma Machado (2006, p. 11), em *“Foucault, a ciência e o saber”*:

Não há em Michel Foucault uma unidade metodológica como a que encontramos em Georges Canguilhem: qualquer livro seu é, do ponto de vista metodológico, sempre diferente do anterior, o que nos leva a falar da existência de uma trajetória da arqueologia.

⁵⁸FOUCAULT, 2014b, p. 31.

Assim, nesta Tese, adoto a perspectiva que engata uma coisa com a outra: saber com poder; poder com saber; saber-poder; poder-saber. Deleuze (2013), em “*Foucault*”, ao indagar sobre a “*A arqueologia do saber*”, Foucault (2008c) e o “*Vigiar e Punir*”, Foucault (2014b), duas grandes obras que trazem a discussão do saber e do poder, sendo esta última, o engate saber-poder, aponta que:

A arqueologia não era apenas um livro de reflexão ou de método geral, era uma orientação nova, como uma dobra reagindo aos livros anteriores. A arqueologia propunha a distinção entre duas espécies de formações políticas: as “discursivas”, ou de enunciados, e as “não-discursivas”, ou de meios. Por exemplo, a medicina clínica no fim do século XVIII é uma formação discursiva: mas ela o é em uma relação às massas e às populações que dependem de outro tipo de formação, e implicam meio não-discursivos “instituições, acontecimentos políticos, práticas e processos econômicos” [...] A Arqueologia tinha então um papel de charneira: ela colocava a firme distinção das duas formas, mas como se propunha a definir a forma dos enunciados, contentava-se em indicar a outra forma, negativamente, como o “não-discursivo”. (DELEUZE, 2013, p. 40 – 41, grifos meus, aspas do autor).

Em relação ao “*Vigiar e Punir*”, Deleuze (2013, p. 42) indica que Foucault dá um outro passo.

O que *Arqueologia* reconhecia, mas ainda designava apenas negativamente como *meios não-discursivos*, encontra em *Vigiar e Punir*, sua forma positiva, que obcecava Foucault em todas as suas obras: a forma do visível, em contraste com a forma do enunciável. Por exemplo, no começo do século XIX, as massas e as populações se tornam visíveis, vêm a luz, ao mesmo tempo que os enunciados médicos conquistam novos enunciáveis (lesões de tecidos orgânicos e correlações anatomofisiológicas ...).

Trata-se, segundo Deleuze (2013, p. 42), de “*um regime de luz e de um regime de linguagem*” que não apresentam a mesma forma e formação. Mas que dialogam entre si. Não param de entrar em contato, embora entre eles não haja conformidade.

A prisão representa o visível, *um regime de luz, uma formação de meio, uma forma de conteúdo* que se define pelo “Panoptismo”, isto é, “[...] por um agenciamento visual e um meio luminoso do qual o vigia pode ver tudo sem ser visto, no qual os detidos podem ser vistos, a cada instante, sem verem a si próprios [...]” (DELEUZE, 2013, p. 42).

Já o *direito penal*, traz em si, *a forma de expressão, a formação de enunciado*, “[...] a enunciar os crimes e os castigos em função da defesa da sociedade [...]: signos que se dirigem à alma ou ao espírito e estabelecem associações de ideias entre a infração e a punição (código)”. (DELEUZE, 2013, p. 41).

Entretanto, entre esses objetos, a prisão e o direito penal, há uma correspondência da forma de conteúdo com a forma de expressão que cada um irradia. Assim, enquanto forma de conteúdo, a prisão apresenta, também, seus enunciados, seus regulamentos. E, o direito penal, como forma de expressão,

[...] enunciados de delinquência, tem seus conteúdos: nem que fossem apenas um novo tipo de infrações, atentados à propriedade mais que agressões às pessoas. E as duas formas não param de entrar em contato, insinuando-se uma dentro da outra: *o direito penal não para de remeter à prisão, de fornecer presos, enquanto a prisão não para de reproduzir a delinquência, de fazer dela um “objeto” de realizar os objetivos que o direito penal concebia de uma outra forma* (defesa da sociedade, transformação do condenado, modulação da pena, individualização. Há preposição recíproca entre as duas formas. (DELEUZE, 2013, p. 42, *grifos meus*, aspas do autor).

Embora haja a correspondência entre estas formas, cada uma mantém sua irreducibilidade. Mas pelo agenciamento, acontece uma penetração mútua, tornando visível e dizível o duplo sentido da forma:

[...] *ela forma ou organiza matérias; ela forma e finaliza funções, dá a elas objetivos. Não só a prisão, mas também o hospital, a escola, o quartel, a oficina são matérias formadas. Punir é uma função formalizada, assim como cuidar, educar, disciplinar, fazer trabalhar [...].* (DELEUZE, 2013, p. 43, *grifos meus*).

Deleuze (2013) indica, assim, que Foucault, no *Vigiar e Punir*, explicita a possibilidade de se ter puras matérias e puras funções abstraindo as formas encarnadas. Nessa perspectiva, o “Panoptismo”, abstratamente, coloca-se como uma “[...] máquina que não apenas se aplica a uma matéria visível em geral (oficina, quartel, escola, hospital, tanto quanto a prisão), mas atravessa geralmente todas as funções enunciáveis”. (DELEUZE, 2013, p. 43).

Então, o panóptico, em sua proposição abstrata, não se refere apenas ao “ver sem ser visto”, mas ao “[...] *impor uma conduta qualquer a uma multiplicidade humana qualquer.*” (DELEUZE, 2013, p. 43). Ou seja, a *função enunciativa* do panóptico é passível de exercício (de saber-poder) em espaços variados e restritos, dada a sua possibilidade de especificação pela disciplina e repartição do tempo-espço, na constituição e no exercício do poder disciplinar, conforme Foucault (2014b).

Mas o Panóptico não deve ser compreendido como um edifício onírico: é o diagrama de um mecanismo de poder levado à sua forma ideal; seu funcionamento, abstraindo-se de qualquer obstáculo, resistência ou desgaste, pode ser bem representado como um puro sistema arquitetural e óptico: é na realidade uma figura de tecnologia política que se pode e se deve destacar de qualquer uso específico (FOUCAULT, 2014b, p.199, *grifos meus*).

Há, assim, a produção de uma “*dimensão informe*”, que segundo Deleuze (2013), Foucault nomeia de “diagrama”, isto é,

[...] um funcionamento que se abstrai de qualquer obstáculo ou atrito ... e que se deve destacar de qualquer uso específico. *O diagrama não é mais o arquivo, auditivo ou visual, é o mapa, a cartografia, co-extensiva a todo campo social. É uma máquina abstrata. Definindo-se por meio de funções e matérias informes, ele ignora toda a distinção de forma entre um conteúdo e uma expressão, entre uma formação discursiva e uma formação não-discursiva. É uma máquina quase muda e cega, embora seja ela que faça ver e falar.* (DELEUZE, 2013, p. 46, grifos meus).

Trata-se de *uma máquina abstrata, diagrama informe, mapa*, atravessada por forças em relações de poder-saber. O poder-saber fabricando *enunciados discursivos e não discursivos*, os quais perpassam o corpo social, penetrando instituições e sujeitos; modelando pensamentos; instituindo comportamentos e modos de existência; ajustando, dirigindo e governando condutas. São efeitos de poder-saber em produção de verdades e de subjetividades.

Vigiar e Punir é o livro em que Foucault ultrapassa expressamente o dualismo aparente dos livros precedentes (já havia uma tendência a ultrapassar esse dualismo em direção a uma teoria das multiplicidades). *Se o saber consiste em entretecer o visível e o enunciável, o poder é sua causa pressuposta, mas inversamente, o poder implica saber como a bifurcação, a diferenciação sem a qual ele não passaria a ato.*” ((DELEUZE, 2013, p. 48, grifos meus).

Ou, conforme indica Foucault (2014b, p. 31):

Temos antes que admitir que *o poder produz saber* (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que *não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder*. Essas relações de “poder-saber” não devem então ser analisadas a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema do poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimentos são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas. (*Grifos meus*).

Nessa perspectiva, é o encontro, é o *entre* das formas de conteúdo com as de expressão, dos enunciados com as visibilidades, que possibilitam a fabricação de matérias e de funções informes. Possibilitam a produção do *diagrama informe*, transversalizado por relações de forças em exercício de poder-saber.

Em entrevista a Robert Maggiori, “*Rachar as coisas, Rachar as palavras*”, registrada em “*Conversações*”, Deleuze (1992, p. 115), afirma que o

[...] *Poder delinea uma segunda dimensão irreduzível à do Saber, embora ambos constituam mistos concretamente indivisíveis; mas o saber é feito de formas, o Visível, o Enunciável, em suma, o arquivo, enquanto o poder é feito de forças, relações de força, o diagrama.* Por que Foucault passa do saber ao poder? É possível responder, desde que se entenda que essa passagem não é apenas uma mudança de tema. *Foucault parte de uma concepção original que ele faz do saber, para inventar uma nova concepção do poder.* (Grifos meus)

E o que diz Foucault acerca do engate poder-saber?

Em entrevista para S. Hasumi, “*Poder e Saber*”, Foucault (2006a) retrata um fio condutor em torno da sua produção, “*História da Loucura*” em 1961; “*Nascimento da Clínica*” em 1963; “*As palavras e as Coisas*” em 1966, indicando que o problema que ele corria atrás, durante muito tempo, acreditava ser o de

[...] uma espécie de análise dos saberes e dos conhecimentos, tais como podem existir em uma sociedade como a nossa: o que se sabe da loucura, o que se sabe da doença, o que se sabe do mundo, da vida? Ora, não creio que esse era meu problema. *Meu verdadeiro problema é aquele que, aliás, atualmente, é o problema de todo mundo: o poder.* (FOUCAULT, 2006a, p. 224-225, grifos meus).

Foucault (2006a) indica, portanto, que seu interesse em toda uma série de análises dos saberes constituía-se no poder, em sua relação com o poder. Pela entrevista em “*Poder e Saber*”, Foucault (2006a) aponta que foi um pouco disto que pretendeu fazer, em “*As palavras e as coisas*”,

[...] *o balizamento dos mecanismos de poder no interior dos próprios discursos científicos: a qual regra somos obrigados a obedecer, em uma certa época, quando se quer ter um discurso científico sobre a vida, sobre história natural, sobre a economia política? A que se deve obedecer, a que coação estamos submetidos, como, de um discurso a outro, de um modelo a outro, se produzem efeitos de poder? Então, é toda essa ligação do saber e do poder, mas tomando como ponte central os mecanismos de poder, é isso, no fundo o que constitui o essencial do que eu quis fazer [...] uma história dos mecanismos de poder e da maneira como eles se engrenaram.* (p. 226 - 227, grifos meus).

Ocupo-me, assim, nesta Tese, a trabalhar as noções em torno do saber articuladas às relações de poder, apropriando-me do interesse e da perspectiva de Foucault (2006a. p. 229) pela “[...] interface do saber e do poder, da verdade e do poder”, no tocante à *produção maquínica* do SUS.

Nesta perspectiva, na sequência, proponho-me a: i) um diálogo sobre a arqueologia; ii) uma discussão do abandono de alguns postulados, tomados como referência na discussão do poder, adentrando no percurso genealógico de Foucault; iii) uma interface do poder com o

direito à saúde e o sujeito de direito; iv) uma produção do saber-poder disciplinar e do biopoder em dobras de produção da biopolítica e da governamentalidade em lentes foucaultiana.

Reitero, dessa forma, o percurso filosófico e teórico-metodológico pautado na arqueogenealogia foucaultiana, que tem constituído o rumo político-analítico desta Tese e as problematizações de ver-dizer-mapear o SUS.

3.2.1 Arqueologia: roubando do arquivo os acontecimentos discursivos em produção de saber

*“O novo arquivista anuncia que só vai se ocupar dos enunciados.
Ele não vai tratar daquilo que era, de mil maneiras,
a preocupação dos arquivistas anteriores:
as proposições e as frases”.*
Gilles Deleuze⁵⁹.

Ao discorrer sobre os saberes, parto do pressuposto de que o saber é constituído, há uma *produção* de saber, de saberes. Uma produção na medida em que os elementos que o constituem não se encontram na condição de inatos, existentes *a priori* e seguindo uma lógica de progressão técnica. Mas se orientam por um regime de positividade histórica, que possibilita sua produção e seu aparecimento, não se confundindo com uma suposta história da cientificidade da verdade.

Foucault não faz história das ideias nem história das ciências, e sim a análise da possibilidade da ordem, da positividade histórica, a partir da qual um saber pode se constituir, a partir do qual teorias e conhecimentos, reflexões e ideias são possíveis. E é nesse espaço de ordem que o saber se constitui [...] uma história que não é da verdade cada vez mais próxima do real, cada vez mais aperfeiçoada pelo progresso técnico e científico, *mas a história das condições de possibilidade e de uso de verdade, de saber, que Foucault chama de solo positivo.* (ARAÚJO, 2007, p. 4-5, *grifos meus*).

Machado (2006), em “*Foucault, a ciência e o saber*”, fala da *trajetória da arqueologia*, operada por Foucault, referindo ao deslocamento da região do conhecimento para a produção dos saberes. Assim, um dos objetivos deste livro seria o de

[...] estudar esse *deslocamento produzido pela arqueologia em relação à epistemologia para dar conta de sua especificidade como história dos saberes* [...] enquanto a epistemologia, pretendendo estar à altura das ciências, postula que a ciência ordena a filosofia, como diz Bachelard, a arqueologia, reivindicando sua independência em relação a qualquer ciência, pretende ser uma crítica da própria ideia de racionalidade; *enquanto a história epistemológica, situada basicamente no nível dos conceitos científicos, investiga a produção de verdade na ciência*, que ela

⁵⁹DELEUZE (2013, p. 13).

considera como processo histórico que define e aperfeiçoa a própria racionalidade, a *história arqueológica, que estabelece inter-relações conceituais no nível do saber, nem privilegia a questão normativa da verdade, nem estabelece uma ordem temporal de recorrências a partir da racionalidade científica atual. Abandonando a questão da cientificidade — que define o projeto epistemológico —, a arqueologia realiza uma história dos saberes de onde desaparece qualquer traço de uma história do progresso da razão.* (MACHADO, 2006, p. 9, grifos meus).

Nessa perspectiva, a *produção do saber, em trajetória arqueológica*, desloca-se da perspectiva epistemológica, a qual investiga a verdade, vinculando-a, necessariamente, à ciência, aos conhecimentos científicos. A produção do saber não está centrada na “*questão normativa da verdade*” e na sua cientificidade.

Trata-se de uma produção tecida por um conjunto de relações entre sujeitos e instituições, mediadas por jogos conceituais, estratégias e regramentos diversos, ditando o que falar, o que não falar, o que fazer e não fazer, como e porque fazer, enfim, conformando uma *formação discursiva*.

Em “*Arqueologia do Saber*”, Foucault (2008c, p. 50) destaca que uma “*formação discursiva*” se

[...] define (pelo menos quanto a seus objetos) se se puder estabelecer um conjunto semelhante; se se puder mostrar como qualquer objeto do discurso em questão aí encontra seu lugar e sua lei de aparecimento; se se puder mostrar que ele pode dar origem, simultânea ou sucessivamente, a objetos que se excluem, sem que ele próprio tenha de se modificar.

Ao adotar tal perspectiva, Foucault (2008c, p. 50) observa que as possibilidades históricas de aparecimento de um objeto de discurso se produz em “[...] condições positivas de um feixe completo de relações” - relações discursivas. Positivas, porque se o objeto não está dado a *priori*, preexistindo a si mesmo, isso não implica em uma condição negativa, dadas as possíveis dificuldades de descobri-lo, indicando a necessidade de investigação das suas relações discursivas.

Trata-se de um feixe de relações que “*não se produz no interior do discurso*”, imprimindo-lhe uma constituição racional ao ligar conceitos e palavras. Refere-se, outrossim, às relações que “[...] são estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamentos, sistemas de normas, técnicas, tipos de classificação, modos de caracterização [...]” (FOUCAULT, 2008c, p. 50).

As relações discursivas são as que possibilitam o aparecimento do objeto do discurso, o “[...] justapor-se a outros objetos, situar-se em relação a eles, definir sua diferença,

sua irredutibilidade e, eventualmente, sua heterogeneidade; enfim, ser colocado em um campo de exterioridade.” (FOUCAULT, 2008c, p. 50). Nesse sentido, as relações discursivas

[...] determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou tais objetos, para poder abordá-los, nomeá-los, analisá-los, classificá-los, explicá-los etc. Essas relações caracterizam não a língua que o discurso utiliza, não as circunstâncias em que ele se desenvolve, *mas o próprio discurso enquanto prática*. (FOUCAULT, 2008c, p. 51, *grifos meus*).

Ao assumir o *discurso como prática*, Foucault (2008c) produz um deslocamento conceitual importante, onde o discurso se põe para além de uma estrutura lógica de signos, em uma analítica de significados e de significantes. Ele assinala que a tarefa de “*As palavras e as coisas*” foi exatamente essa, a de

[...] não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), *mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam*. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem *é mais* que utilizar esses signos para designar coisas. *É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse "mais" que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever*. (FOUCAULT, 2008c, p. 55, *grifos meus*).

O discurso é apresentando com um *mais*, que é preciso fazer aparecer, como uma *prática discursiva*, referida por “[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa.” (FOUCAULT, 2008c, p. 133). *As práticas discursivas*

[...] não são pura e simplesmente modos de fabricação de discursos. Elas tomam corpo no conjunto das técnicas, das instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e de difusão, nas formas pedagógicas que, por sua vez, as impõem e as mantêm. (FOUCAULT, 1994 *apud* CASTRO 2014, p. 119)

Em “*A Ordem do Discurso*”, Foucault (2014c, p. 8), ao discorrer sobre o perigo das pessoas falarem, proferirem seus discursos, supõe que “[...] em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos [...]”. Tratam-se dos procedimentos exercidos em exterioridade ao próprio discurso, aqueles que põem em jogo o desejo e o poder. Assim, o discurso não se reduz somente ao “[...] que traduz as lutas ou os sistemas de comunicação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos apoderar.” (FOUCAULT, 2014c, p. 10).

Esses procedimentos são denominados por Foucault (2014c) como de exclusão: a interdição, a “*palavra proibida*” o que pode ser dito ou não dito; a separação e a rejeição, a exemplo da “*segregação da loucura*”; e a oposição do verdadeiro e do falso. Sobre o último procedimento, há o reconhecimento de que a verdade é historicamente produzida por uma “*vontade de verdade*”. (p. 9-13).

Uma *vontade de verdade* que acaba por orientar uma *vontade de saber*, o que se deve saber, qual o caminho a ser percorrido para se constituir a verdade, portanto, produzindo uma verdade que seja aceitável, comparável, mensurável, classificável, impondo “[...] ao sujeito cognoscente (*e de certa forma antes de qualquer experiência*) certa posição, certo olhar, certa função [...].” (FOUCAULT, 2014c, p. 16, *grifos meus*).

Produz-se, então, uma *vontade de verdade* alicerçada em um aparato institucional, que reverbera e (re)produz o discurso dito verdadeiro, aquele que forja uma verdade em normas, regras e padrões, (im)pondo-a na sociedade, garantindo sua circularidade e ‘suposta’ universalidade, desprovida de interesses e de relações de poder.

Cabe, portanto, à *vontade de verdade*, como uma “*prodigiosa maquinaria*” (Foucault, 2014c, p. 19), o papel de fundamentar, justificar os procedimentos de interdição e de separação, neutralizando-os, tornando-os invisíveis e, mais do que isso, produzindo o discurso, os enunciados ditos verdadeiros.

Daí Foucault (2008c) chamar a atenção para o “*mais*” do discurso em sua *prática*, sendo fundamental não mais relacionar “[...] o discurso ao solo inicial de uma experiência nem à instância *a priori* de um conhecimento; *mas que nele mesmo o interroguemos sobre as regras de sua formação.*” (FOUCAULT, 2008c, p. 89, *grifos meus*).

Um conjunto de regras que fazem emergir *práticas discursivas*, que compõem os enunciados discursivos e que escapam de campos definidos e transbordam em áreas diversas, dada a *vontade de verdade* estar engendrada e ‘naturalizada’ na sociedade, por potentes subjetivações que produzem uma *vontade de saber*.

Foucault (2006a, p. 233) aponta a verdade como o “[...] conjunto de procedimentos que permitem a cada instante e a cada um pronunciar enunciados que serão considerados verdadeiros”. Para este autor,

[...] as produções de verdade não podem ser dissociadas do poder e de mecanismos de poder, ao mesmo tempo porque esses mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdades, e porque essas produções de verdade têm, elas próprias, efeitos de poder que nos unem, nos atam. São essas relações de verdade/poder, saber/poder que me preocupam. (FOUCAULT, 2006a, p. 229).

Nessa perspectiva, as *práticas discursivas* produzidas por *jogos de poder*, encarnando uma *vontade de saber*, podem se manifestar, por exemplo, em disciplinas específicas, mas também em outras abordagens e conceitos não referidos a elas, em domínios diversos como o jurídico, o administrativo, o literário, o filosófico, “[...] em decisões de ordem política, em propósitos cotidianos, em opiniões.” (FOUCAULT, 2008c, p. 200). Continuando, afirma que “[...] não há saber sem uma prática discursiva definida e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma.” (p. 203).

Desenha-se, assim, uma *prática discursiva* imbuída de regularidades e consistência, uma *formação discursiva* e uma *positividade histórica* que podem ser descritas. Analisar a produção de uma positividade histórica, para Foucault (2008c, p. 203),

[...] é mostrar segundo que regras uma prática discursiva pode formar grupos de objetos, conjuntos de enunciações, jogos de conceitos, séries de escolhas teóricas. Os elementos assim formados não constituem uma ciência, com uma estrutura de idealidade definida; seu sistema de relações é, certamente, menos estrito; mas não são, tampouco, conhecimentos acumulados uns ao lado dos outros, vindos de experiências, de tradições ou de descobertas heterogêneas e ligados somente pela identidade do sujeito que os detém. Eles são a base a partir da qual se constroem proposições coerentes (ou não), se desenvolvem descrições mais ou menos exatas, se efetuam verificações, se desdobram teorias.

Os elementos que constituem as *práticas discursivas* não necessariamente formam uma ciência, mas também, como assinala Foucault (2008c, p. 204), não se trata de “[...] um pré-conhecimento ou de um estágio arcaico no movimento que vai do conhecimento imediato à apoditicidade [...]”. A esse conjunto de elementos Foucault (2008c, p. 204) chamou de saber:

[...] o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um *status científico*; [...] o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (neste sentido, o saber da medicina clínica é o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico); um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam [...] um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (assim, o saber da economia política, na época clássica, não é a Tese das diferentes Teses sustentadas, mas o conjunto de seus pontos de articulação com outros discursos ou outras práticas que não são discursivas).

Assim, Foucault, na “*Arqueologia do Saber*”, ao propor a análise da positividade histórica da constituição e do aparecimento de um determinado domínio de saber, provoca um deslocamento da perspectiva de investigação no campo das ciências humanas. Aponta para a relevância da captura de elementos em torno do discurso que é proferido e das regras que o

constitui e o autoriza a ser dito, portanto, permeado por relações de poder. Para Foucault (2006c, p. 254)

[...] o poder não é o sentido do discurso. O discurso é uma série de elementos que operam no interior do mecanismo geral do poder. Consequentemente, *é preciso considerar o discurso como uma série de acontecimentos, como acontecimentos políticos através dos quais o poder é vinculado e orientado. (Grifos meus).*

Acontecimento⁶⁰, no caso, tomado como

[...] a função que se pode atribuir uma vez que essa coisa foi dita naquele momento. Isto é o que eu chamo de acontecimento. Para mim, *trata-se de considerar o discurso como uma série de acontecimentos, de estabelecer e descrever as relações que esses acontecimentos – que podemos chamar de acontecimentos discursivos – mantém com outros acontecimentos que pertencem ao sistema econômico, ou ao campo político, ou às instituições. Considerando sob esse ângulo, o discurso não é nada além de um acontecimento como os outros, mesmo se, e claro, os acontecimentos discursivos têm, em relação aos outros acontecimentos, sua função específica. (FOUCAULT, 2006c, p. 255-256, grifos meus).*

Então, Foucault propõe com a *arqueologia* o “[...] tipo de pesquisa que se dedica a extrair acontecimentos discursivos como se eles estivessem registrados em um arquivo”. (FOUCAULT, 2006c, p. 257).

Nessa perspectiva, há uma certa oposição às análises que constituem o discurso, considerando elementos do ponto de vista da língua ou do sentido, da estrutura ou do sujeito, substituindo as condições gramaticais ou as de significação, pelo *discurso formado por acontecimentos*. Trata-se, assim, de considerar na formação discursiva as condições de existência e materialidade própria do enunciado. (CASTRO, 2014).

O interesse de Foucault (2006c) não se refere a fazer o trabalho de um historiador, “[...] mas de descobrir por que e como se estabelecem relações entre os acontecimentos discursivos. Se faço isso, é com o objetivo de saber o que somos hoje”. (FOUCAULT, 2006c, p. 258).

Dessa forma, com base nas formulações de Foucault, tomo como pressuposto o fato de que a descentralização da saúde, em dobras políticas da municipalização e da regionalização, compõe uma *formação discursiva do SUS*, normatizando e conduzindo os modos de fazer e de pensar, em regime de saber-poder-verdade. Daí a importância de firmar nesta Tese o domínio e a perspectiva da arqueologia, mas em engate com a genealogia do poder.

⁶⁰Sobre acontecimento ver, também, a produção de Castro (2014), já referenciado nesta Tese.

3.2.2 Genealogia do poder: o abandono de postulados e o exercício da microfísica do poder

“As genealogias são, muito exatamente, anti-ciências [...] Trata-se da insurreição dos saberes. Não tanto contra os conteúdos, os métodos ou os conceitos de uma ciência, mas de uma insurreição sobretudo e acima de tudo contra os efeitos centralizadores de poder, que são vinculados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa. É exatamente contra os efeitos de poder próprios de um discurso considerado científico que a genealogia deve travar o combate”.

Michel Foucault⁶¹.

No curso em “*Defesa da sociedade*”⁶², aula de 07 de janeiro de 1976, entre outros aspectos, Foucault (1999) faz a discussão sobre o que está em jogo na genealogia do poder. Estabelece, assim, um diálogo com a concepção marxista do poder, indagando:

[...] o que é esse poder, cuja irrupção, cuja força, cuja contundência, cujo absurdo apareceram concretamente no decorrer destes últimos quarenta anos, ao mesmo tempo na linha de desmoronamento do nazismo e na linha de recuo do stalinismo? O que é o poder? Ou melhor - porque a pergunta: "O que é o poder?" (FOUCAULT, 1999, p. 19).

Para ele, o que se põe em jogo na *genealogia do poder* é a perspectiva de mapear quais são os seus mecanismos, seus efeitos, as suas relações, os dispositivos que são operados no campo social. “Grosso modo, acho que o que está em jogo em tudo isso e o seguinte: a análise do poder, ou a análise dos poderes, pode, de uma maneira ou de outra, ser deduzida da economia? (FOUCAULT, 1999, p. 19).

Este autor problematiza, assim, a questão da “funcionalidade econômica” do poder, cuja função primordial seria a de manter as relações de produção e fortalecer a dominação da classe burguesa sobre a proletária. O poder político estaria, dessa forma, concentrado na economia, sendo ela sua razão de ser histórica.

Como então proceder uma análise não econômica do poder?

Para responder a esta questão recorro as proposições feitas por Deleuze (2013), em “*Foucault*”, no capítulo “*Um novo cartógrafo*”. Nele, o autor indica ter sido Michel Foucault

⁶¹FOUCAULT, 1999, p. 13.

⁶²Curso ministrado no *Collège de France*, publicado posteriormente como “Em defesa da sociedade: Curso no *Collège de France* (1975-1976)”, 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

o primeiro a inventar uma nova concepção de poder, nos idos de 1975, quando da publicação de *“Vigiar e Punir”*.

Segundo Deleuze (2013), ainda que em poucas páginas, em *“Vigiar e Punir”*⁶³, e depois com um maior detalhamento, na *“História da sexualidade 1: A vontade de saber”*⁶⁴, Foucault sugere o “[...] o abandono de um certo número de postulados que marcaram a posição tradicional da esquerda”. (DELEUZE, 2013, p. 34).

Tratam-se de seis postulados, os quais passo a descrever abaixo, em conformidade com Deleuze (2013).

- i) *Postulado da propriedade: o poder seria “propriedade” de uma classe que o teria conquistado.* Entretanto, Foucault elabora a ideia de que o poder não se coloca como uma coisa a ser apropriada, mas como uma estratégia, um exercício relacional. Seus efeitos devem ser atribuídos a “[...] disposições, a manobras, táticas, técnicas, funcionamentos [...]”. (p. 35). O poder não se apresenta em homogeneidade, mas por singularidade, pelos pontos por onde passa, materializando uma *perspectiva funcionalista e relacional*;
- ii) *Postulado da localização: o poder seria de Estado, localizado no aparelho de Estado, onde mesmo os poderes ditos “privados”, dos proprietários dos meios de produção, por exemplo, estariam centrados em aparelhos de Estado especiais.* Foucault indica, porém, que “[...] o próprio Estado aparece como efeito de conjunto ou resultante de uma multiplicidade de engrenagens e de focos que se situam num nível bem diferente e que constituem por sua conta uma “microfísica do poder”.” (p. 35, aspas do autor). Assim, o *funcionalismo do poder* em Foucault, não vislumbra um lugar privilegiado *como fonte do poder*, assegurando que “[...] o poder é local porque nunca é global, mas ele não é local nem localizável porque é difuso.” (p. 36);
- iii) *Postulado da subordinação: o poder estaria subordinado a um modo de produção e, assim, a uma “infra-estrutura”.* Sobre isto, Foucault indica que as relações de poder, pelo uso de técnicas disciplinares, perpassam todos os espaços e sujeitos, não se colocando em uma posição de exterioridade a outras relações.

Toda a economia, a oficina, por exemplo, ou a fábrica, pressupõe esses mecanismos de poder agindo, de dentro, sobre os corpos e as almas, agindo no interior do campo econômico sobre as forças produtivas e as relações de produção. (p. 36)

⁶³FOUCAULT, 2014b.

⁶⁴*Id.*, 1999.

Ou seja, o processo de subjetivação é produzido não apenas pelos aparelhos ideológicos do Estado, situados no âmbito da “super-estrutura”. O poder pressupõe *um regime de imanência*, onde focos de poder e as técnicas disciplinares formam diferentes segmentos e micropoderes que não só coexistem, como atuam uns sobre os outros;

- iv) *Postulado da essência ou do atributo: pressupõe que o poder teria uma essência, qualificando os que o possuem, assim, há os dominantes, os que têm poder, e os dominados, os que não têm.* Contudo, Foucault afirma que o poder não se coloca como uma coisa, uma substância que tem essência. Ele é operatório. Não tem atributo, pois é relação. *Relação de forças* que investe e passa, tanto pelos dominados como pelos dominantes. Uma força atua sobre a outra e sofre reação de outras forças. O poder se coloca como exercício e se insere em todos os lugares, em todas as singularidades, sendo operado por todos, supostamente dominantes e dominados;
- v) *Postulado da modalidade: o poder agiria por violência ou por ideologia, ou seja, pela força da repressão e pela polícia, por exemplo, ou pela propaganda, iludindo pessoas.* Entretanto, o poder não se apresenta somente em sua face negativa pela repressão e pela violência junto aos corpos. Ao contrário, pelas disciplinas, o poder produz corpos dóceis sem, necessariamente, utilizar-se de mecanismos repressivos; pela norma, regula, adentra e controla, produzindo subjetividades assujeitadas. Da mesma forma, o poder não age por ideologia, pressupondo uma essência e uma verdade escondida e manipulada por mecanismos ideológicos, operando uma relação de exterioridade entre o saber e o poder. “Foucault não ignora de modo algum a repressão e a ideologia, mas, como Nietzsche já havia visto, elas não constituem o combate de forças, são apenas a poeira levantada pelo combate.” (p. 38 - 39);
- vi) *Postulado da legalidade: o poder de Estado exprimir-se-ia na lei, sendo esta concebida ora como um estado de paz, ora como resultado de guerra ou de uma luta ganha pelos mais fortes.* Para Foucault, a lei é a própria guerra e sua estratégia em ato.

A lei é uma gestão dos ilegalismos, permitindo uns, tornando-os possíveis ou inventando-os como privilégio da classe dominante, tolerando outros como compensação às classes dominadas, ou, mesmo, fazendo-os servir à classe dominante, finalmente, proibindo, isolando e tomando outros como objeto, mas também como meio de dominação. (p. 39).

Tomar tais postulados em perspectiva foucaultiana, sem dúvida alguma, produz outros sentidos e modos de ver-dizer-pensar o mundo e suas relações. Implica em sair de um terreno teórico-metodológico polarizado pelo olhar binário: burguesia e proletariado; infraestrutura e super-estrutura; poder no Estado e ideologia nos aparelhos do Estado; repressores e reprimidos; enfim, um conjunto de dualidades, cujas partes se prendem uma a outra, em causa e efeito, efeito e causa.

Pensar o SUS *como uma produção maquínica*, em conformidade com as argumentações em produção nesta Tese, requer um olhar que desnaturalize os regimes de luz e de linguagem postos em visibilidade e dizibilidade, dando passagem às relações de forças e de poder, pela constituição e captura dos seus mecanismos de operação e de exercício. Traçar o mapa do diagrama de forças em tecitura do real.

Assim, na sequência, avanço um pouco mais na genealogia do poder, estabelecendo, para isso, sua interface com o direito à saúde e o sujeito de direito, seguido do poder disciplinar e do biopoder, este último, destacando as noções de biopolítica e de governamentalidade.

3.2.3 Diálogos sobre o poder: uma interface possível para atualizar o direito à saúde e o sujeito de direito

O regime de cidadania constitucional configura-se como *um grande ideal* a ser não somente perseguido, como também, construído. *Supostamente*, algo que se põe na ordem do inquestionável. Afinal a saúde encarna-se como um *direito posto como universal*, verdadeiro e inerente à condição de existência dos sujeitos, constituindo, assim, o *sujeito de direito universal*, cuja materialidade deve ser assegurada pelo *Estado protetor e provedor de bens e serviços públicos*.

Desse modo, o regime de cidadania constitucional ancora-se no pensamento representacional da realidade, emprenhado por universais abstratos e totalizantes, em torno do ideário do direito e do sujeito universais. “A racionalidade moderna, através da universalidade, das categorizações dicotômicas, ocupou o centro das preocupações, descaracterizando a subjetividade na sua diferença”. (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 69).

Trata-se, portanto, de um pensamento que requer atenção, no sentido da não uniformização do *sujeito de direito*, suprimindo as diferenças de cada um e padronizando sua identidade pela fabricação de subjetividades serializadas. Subjetividades, estas, marcadas pela

identidade única do sujeito de direito, objeto das políticas públicas sociais à cargo do *Estado protetor e provedor*.

Há, assim, a institucionalização de processos de homogeneização e de constrangimento de uma produção de subjetividade singularizada, frente à um suposto olhar e constituição de um “sujeito coletivo de direitos”. Pela proposição e implementação de políticas públicas sociais, entre elas a da saúde, a fabricação de discursos e práticas de inclusão acaba por excluir, na medida em que lida com um sujeito massificado, extraído de sua produção singular.

Atualizar o olhar sobre o regime de cidadania constitucional, com a lente acima utilizada, não implica em um juízo moral do projeto político-social que o SUS encarna, se bom ou se ruim, se certo ou se errado. Não implica em uma oposição ao reconhecimento da positividade do direito à saúde e da configuração de um Estado protetor e provedor de bens e serviços públicos.

Trata-se, outrossim, de ver-dizer a produção da realidade como imanente à tecitura dos direitos constitucionais e de seus sujeitos de direito, em cenários de lutas e disputas de posições entre forças, traduzidos, por exemplo, no manejo de como desenvolver as políticas sociais de modo a problematizar as questões levantadas; de modo a potencializar a formação de sujeitos de direito singulares. Refere-se a ver-dizer a *produção maquínica* do SUS, atravessada por relações de *poder-saber*, em incessantes batalhas que constituem a sociedade em todas as suas dimensões, subjetividades e institucionalidades.

Dessa forma, reiterando os ditos e escritos de Foucault (1999), é preciso empreender uma *analítica do poder não restrita à dimensão econômica*, tomando-o como uma produção imanente, que perpassa todos os processos de constituição da realidade e que se tece por relações entre forças. Nessa perspectiva, ainda que em “guerras silenciosas”, as relações entre forças estão postas e inseridas “[...] nas instituições, nas desigualdades econômicas, na linguagem, até nos corpos de uns e de outros”. (FOUCAULT, 1999, p. 23).

Segundo este autor, são duas as hipóteses constituídas pela liberação do poder de sua *“funcionalidade econômica”*. A primeira, seria a de que o mecanismo de poder é a repressão. Esta hipótese, “comodamente”, Foucault (1999) chamou de *“Reich”*, *“hipótese repressiva”*⁶⁵. A segunda, que ele denominou de *“hipótese de Nietzsche”*, seria a de que o “[...] fundamento da relação de poder é o enfrentamento belicoso das forças.” (p. 24).

⁶⁵Ao discutir *“O problema de Foucault e o exame da hipótese repressiva”*, Gadelha (2009, p.43) aborda algumas indagações de Foucault em torno da *“hipótese repressiva”*, indicando que esta estaria vinculada “[...] à desconfiança de Foucault em se analisar a ação do poder a partir de uma perspectiva economicista e a partir do modelo jurídico-político da soberania”, fato que o instiga a pensar os modos de como o poder vem sendo operado para além dessas referências e limites.

Ao abordar estas hipóteses, Foucault (1999) põe em discussão dois grandes sistemas de análise do poder. O primeiro, constituindo o “*esquema contrato-opressão*”, delineado pelos filósofos do século XVIII, na marcação temporal da sociedade de soberania, que estabelece o poder político como

[...] direito original que se cede, *constitutivo da soberania*, e tendo o *contrato* como matriz do poder político. E haveria o risco de esse poder assim constituído, quando ultrapassa a si mesmo, ou seja, quando vai além dos próprios termos do contrato, tomar-se opressão. *Poder-contrato, tendo como limite, ou melhor, como ultrapassagem do limite, a opressão*. (FOUCAULT, 1999, p. 24, *grifos meus*).

O segundo, que analisa o poder político sob a perspectiva do “*esquema guerra-repressão*”. “A repressão nada mais seria que o emprego, no interior dessa pseudopaz solapada por uma guerra contínua, de uma relação de força perpétua”. (FOUCAULT, 1999, p. 25). Repressão como mecanismo de dominação, o qual pode ser manifesto de forma velada e até consentida, mediante processos de sujeição. Trata-se, então, *de não mais tomar o exercício do poder em seu abuso*, em seu limite de ultrapassagem, produzindo violência e opressão, *mas em seu efeito gerador de uma relação de dominação*.

Portanto, dois esquemas de análise do poder: o esquema contrato-opressão, que é, se vocês preferirem, o esquema jurídico, e o esquema guerra-repressão, ou dominação-repressão, no qual a oposição pertinente não é a do legítimo e do ilegítimo, como no esquema precedente, mas a oposição entre luta e submissão. (FOUCAULT, 1999, p. 24).

Em diálogo com estes esquemas, como forma de problematizar a produção da saúde pelo regime de cidadania constitucional, retomo, aqui, a análise que Foucault (2014a)⁶⁶ fez da seguridade social francesa, onde fala da constituição do duplo *infernal*, “segurança-dependência”. Como uma das faces perversas da dependência, aponta para a exclusão de pessoas ou grupos que não querem ou não podem se *submeter ao modo de vida imposto* para a sua inclusão no sistema de cobertura social.

Nesse sentido, o jogo institucional, constituído por este sistema de cobertura social, opera sob a lógica da “*guerra-repressão*” com efeitos de relações de dominação, onde os indivíduos para se sentirem assegurados devem, necessariamente, se *submeter ao modo, ou modos de vida*, dialogável com o conjunto de regras e normas estabelecidas. Há, dessa forma, *uma*

⁶⁶Refiro-me à entrevista “*Um sistema finito diante de um questionamento infinito*”, com discussão já iniciada nesta Tese.

submissão ao ato de dominação. De ‘extração consentida’ da autonomia e constituição da dependência. Um processo velado em modos de “*guerra-repressão*”.

Em que pesem as diferenças entre o Brasil e a França, penso ser possível e potente fazer tais intercessões foucaultianas. Na *produção maquínica* do SUS, perpassa a constituição de jogos institucionais e normativos que produzem o regime de cidadania constitucional e, nele, a garantia da seguridade social (Brasil, 1988), instituindo *o sujeito de direito e o direito universal à saúde*.

Não se tratam de jogos que utilizam de movimentos explícitos de opressão, indo ao limite da lei para assegurar os interesses do soberano. Mas, sim, de jogos de poder que constituem, ‘pacificamente’, subjetividades ‘cidadãs’ sujeitadas, submissas à dominação das regras institucionais, como forma de assegurar seu direito à saúde.

Dizem às pessoas: “Vocês não podem consumir indefinidamente” E quando a proclama: “Você não tem mais direito a isso”; ou então: “Para tais operações vocês não serão mais cobertos”; ou ainda: “Vocês pagarão uma parte das despesas de hospitalização”; e na pior das hipóteses: “Não servirá de nada prolongar sua vida em três meses: vamos deixá-lo morrer ...” então o indivíduo se pergunta sobre a natureza de sua relação com o Estado e começa a experimentar sua dependência diante de uma instituição, cujo poder de decisão ele havia até então avaliado mal. (FOUCAULT, 2014a, p. 126-127, aspas do autor).

Um processo velado de “*guerra-repressão*”, assegurado pelo regime de cidadania constitucional, interessando, então, *o como e com quais mecanismos operadores as relações de poder* produzem tal dependência, coagindo os sujeitos à modos de existência adequados aos jogos e às regras institucionais do SUS. Estas, são questões que reverberam as lentes da arqueogenealogia acopladas na produção desta Tese.

Considerando a importância de adentrar, um pouco mais, no deslocamento que Foucault (1999) provoca com sua genealogia do poder, indo para além da sua recusa à perspectiva analítica de viés economicista, faço uma breve abertura, na subseção a seguir, para abordar sua problematização dos fatores tradicionais utilizados na análise do poder. São eles: o “*triângulo poder, direito e verdade*” e a “*tríplice preliminar*”, envolvendo as *concepções de sujeito, de unidade e de lei*. Engrenados entre si, estes fatores formam a sociedade de soberania, cujo esquema de análise do poder está centrado na ideia do “*contrato-opressão*”. (FOUCAULT, 1999; GADELHA, 2009).

Tratam-se de construções teóricas que situam o leitor, potencializando sua compreensão em torno da genealogia do poder, produzida por Michel Foucault, que se nutre da lógica do esquema “*guerra-repressão*” e pelo engate com a arqueologia do saber. Portanto, em relações de poder-saber.

3.2.3.1 O deslocamento da analítica tradicional do poder, operada na sociedade de soberania, para ver-dizer a genealogia do poder por lentes foucaultianas

Gadelha (2009), ao escrever sobre a “*Soberania, Disciplinas e Dispositivo da Sexualidade*”⁶⁷, em diálogo com Foucault (1999), indica que

[...] o “projeto geral”⁶⁸ de Foucault supunha também um esforço em desembaraçar a análise política do poder de outros fatores, caros à tradição [...] Todos esses fatores articulados entre si, sustentam em maior ou menor medida uma sociedade concebida politicamente em termos de soberania. (GADELHA, 2009, p. 31, aspas do autor).

Fatores, esses, que se situam

[...] entre dois pontos de referência ou dois limites: de um lado, *as regras de direito* que delimitam formalmente o poder, de outro lado, a outra extremidade, o outro limite, seriam os *efeitos de verdade que esse poder produz, que esse poder conduz e que, por sua vez, reconduzem esse poder. Portanto, triângulo: poder, direito, verdade.* (FOUCAULT, 1999, p. 28, grifos meus).

O “*triângulo poder, direito e verdade*” remete a uma outra “*questão tradicional*”, vinculada à filosofia política e denominada por Foucault (1999, p. 51) como a “*tríplice preliminar*”, que envolve as *concepções de sujeito, de unidade e de lei*. Entretanto, abordando o “*triângulo poder, direito e verdade*”, Foucault (1999) não o indaga e o problematiza pelo conteúdo e expressão, tradicionalmente, constituído e operado pela sociedade de soberania, assim dito: “[...] como o discurso da verdade ou, pura e simplesmente, como a filosofia, entendida como o discurso por excelência da verdade, pode fixar os limites de direito do poder?” (p. 28).

Gadelha (2009, p. 32), referindo-se à esta indagação e problematizando sua constituição, assinala que “*discurso da verdade*”

[...] em causa é a filosofia jurídica, a teoria do direito, neste caso, o que se conhece por Jusnaturalismo ou Doutrina do Direito Natural. O “poder” em questão, por sua vez, é o poder régio (do Rei). A “verdade”, por fim, diz respeito à fixação da legitimação deste poder régio. Uma vez identificados os termos, *Foucault nos aponta que a forma como foi estabelecida a relação entre eles é justamente o que irá*

⁶⁷Este título refere-se ao Capítulo 2 do livro de sua autoria, “*Biopolítica, governamentalidade e educação: Introdução e conexões, a partir de Michel Foucault*”. (GADELHA, 2009).

⁶⁸Associado ao “projeto geral” há uma nota de rodapé que informa: “Apesar do termo, utilizado pelo próprio Foucault, ele mesmo faz questão de deixar claro que suas pesquisas, a partir do início dos anos 1970, mesmo que muito próximas umas das outras, e sem que visassem a um objetivo pré-determinado, caracterizavam-se pela fragmentação, descontinuidade e repetição. Cf. FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975/1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 6”. (GADELHA, 2009, p. 31).

posicionar o problema da soberania ou, em outras palavras, o modo como poder, direito e verdade se encontram agenciados nas sociedades de soberania [...]. (Aspas do autor e grifos meus).

Assim, Foucault (1999, p. 28), interessado em *problematizar a soberania*, acaba por fazer outros questionamentos:

[...] quais são as regras de direito de que lançam mão as relações de poder para produzir discursos de verdade? Ou ainda: qual é esse tipo de poder capaz de produzir discursos de verdade que são, numa sociedade como a nossa, dotados de efeitos tão potentes? (FOUCAULT, 1999, p. 28).

Com estas indagações, Foucault (1999) discorre que a edificação jurídica, construída e operada na Idade Média, nas sociedades ocidentais, tinha como centralidade o poder régio. Sua constituição destinava-se a justificação legal do exercício do poder do soberano. O monarca podia proferir sentenças inquestionáveis e verdadeiras sobre a vida e a morte de seus súditos.

Gadelha (2009) argumenta que, mais tarde, a necessidade presente foi a de limitar o poder régio. Dessa forma, “[...] os teóricos contratualistas do século XVIII (Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau) se empenharão em outra tarefa, isto é, a de *buscar fundamentar os limites desse poder, estabelecendo quais seriam suas prerrogativas de direito.* (p. 32, grifos meus).

Pondo em análise os modos de exercício do poder régio, antes e depois dos contratualistas, Gadelha (2009, p. 32-33) aponta que:

No primeiro caso, em que a afinidade e cumplicidade entre o direito e o poder régio aparecem de forma mais explícita, a verdade é produzida pelo primeiro para legitimar o segundo; no segundo caso, por seu turno, o “edifício jurídico”, como que fugindo ao poder régio, busca, através de uma variante desse primeiro tipo de produção de verdade (teorias do contrato social), estabelecer seus limites, prevenindo eventuais desmandos de sua parte – caso em que se configuraria a opressão. (Grifos meus, aspas do autor).

Esses modos de operar o poder indicam, que os juristas “[...] tenham sido os servidores do rei ou tenham sido seus adversários, de qualquer modo *sempre se trata do poder régio nesses grandes edifícios do pensamento e do saber jurídicos.*” (FOUCAULT, 1999, p. 30, grifos meus).

Daí, então, Foucault (1999) tomar tal perspectiva como constituinte do “*problema da soberania*”, buscando, em seu “projeto geral”, *desembaraçar a análise política do poder*

desses fatores tradicionais e, nesse sentido, propor um outro jeito de ver-dizer e proceder a analítica do poder pelo *problema da soberania*.

Dizer que o problema da soberania é o problema central do direito nas sociedades ocidentais significa que *o discurso e a técnica do direito tiveram essencialmente como função dissolver, no interior do poder, o fato da dominação, para fazer que aparecessem no lugar dessa dominação, que se queria reduzir ou mascarar, duas coisas: de um lado, os direitos legítimos da soberania, do outro, a obrigação legal da obediência*. O sistema do direito é inteiramente centrado no rei, o que quer dizer que é, em última análise, *a evicção do fato da dominação e de suas consequências*. (FOUCAULT, 1999, p. 31, *grifos meus*).

Nesse sentido, Foucault (1999) traça um caminho de discussão de *como o discurso do direito* foi utilizado como instrumento de dominação. Para além disso, “*como, até onde e sob que forma*” o direito mediou e viabilizou relações de dominação. Ao dizer direito, o autor pensa “[...] não somente na lei, mas no conjunto dos aparelhos, das instituições, regulamentos que aplicam o direito”. (p. 31).

Trata-se, assim, de ver-dizer e proceder uma analítica do poder, cujo exercício agenciou a institucionalização do direito e de seus mecanismos de fabricação e de operação da verdade, ramificando, extensiva e silenciosamente, seus efeitos de dominação na sociedade. Foucault (1999) se refere a constituição de múltiplas formas de dominação a permear o tecido social, não do “[...] rei em sua posição central, mas os súditos em suas relações recíprocas; não a soberania em seu edifício único, mas as múltiplas sujeições que ocorreram e funcionam no interior do corpo social.” (FOUCAULT, 1999, p. 32).

O sistema do direito e o campo judiciário são o veículo permanente de relações de dominação, de técnicas de sujeição polimorfos. O direito, é preciso examiná-lo, creio eu, não sob o aspecto de uma legitimidade a ser fixada, mas sob o aspecto dos procedimentos de sujeição que ele põe em prática. *Logo, a questão, para mim, é curto-circuitar ou evitar esse problema, central para o direito, da soberania e da obediência dos indivíduos submetidos a essa soberania, e fazer que apareça, no lugar da soberania e da obediência, o problema da dominação e da sujeição*. (FOUCAULT, 1999, p. 32, *grifos meus*).

Em relação a outra face da tradição filosófica, a “tríplice preliminar”, que envolve as *concepções de sujeito, de unidade e de lei*, também, perpassada pela crítica ao modelo jurídico da soberania, Gadelha (2009, p. 35) aponta que o incômodo de Foucault reside em três ideias questionáveis e incompatíveis com sua genealogia do poder.

Em primeiro lugar, a ideia de um ciclo que parte do sujeito - tomado aqui, em termos apriorísticos, como indivíduo naturalmente dotado de direitos, capacidades etc. - e que a ele não só pode como deve retornar, mas, então, entendendo-o como sujeito sujeitado

numa relação de poder (através, por exemplo, de uma relação contratual, que lhe conferiria o estatuto de cidadão). Em segundo lugar, a ideia de que haveria uma unidade fundamental, fundadora de poder (o monarca, o Estado), em torno da qual gravitariam outras “capacidades, possibilidades, potências”, passíveis de serem qualificadas como poderes - politicamente falando -, desde que submetidas a essa unidade ou dela derivadas. Em terceiro lugar, a ideia de que um poder político tem sua constituição assegurada, mais do que pela lei, por uma espécie de “legitimidade fundamental, mais fundamental do que todas as leis, e que é um tipo de lei geral de todas as leis” (aspas com referência à Foucault, 1999, p. 50). Nesses termos, diz Foucault, tudo se passa como se, para que seja possível entender e pensar o poder, fosse necessário partir de um “tríplice primitivismo”: de um sujeito que deve ser sujeitado, de uma unidade do poder que deve ser fundamentada e de uma legitimidade do poder que deve ser respeitada (citando Foucault, 1999, p. 50).

Assim, ao invés de destacar os elementos da “tríplice preliminar” em fortalecimento da soberania, Foucault (1999) concentra a análise do poder nas relações e nos mecanismos de dominação, operados pelo esquema “*guerra-repressão*”. Para isso, o autor aponta três questões, que traçam sua genealogia de poder. Questões, estas, correlacionadas às três ideias incompatíveis e interrogáveis postas anteriormente por Gadelha (2009), em diálogo com Foucault (1999).

A primeira, reporta-se à ideia de uma *teoria da dominação, ou dominações, em substituição a da soberania*. “Em vez de fazer os poderes derivarem da soberania, se trataria muito mais de extrair, histórica e empiricamente, das relações de poder, os operadores de dominação”. (FOUCAULT, 1999, p. 51). Assim, não se perguntaria mais aos sujeitos “[...] como, por que, em nome de que direito eles podem aceitar deixar-se sujeitar, *mas mostrar como são as relações de sujeição efetivas que fabricam sujeitos*”. (FOUCAULT, 1999, p. 51, *grifos meus*).

A segunda questão, refere-se ao fato de *ver-dizer às relações de dominação em sua multiplicidade, diferença, especificidade ou em sua reversibilidade*. Isto é, não olhar a soberania como o eixo originador de poderes, mas perceber as relações de derivação e de apoio que os operadores de poder mantêm entre si, remetendo-se uns aos outros. Não há uma unidade global – soberana - a emitir ondas de poderes, mas, sim, uma multiplicidade de sujeições que atravessam os sujeitos, em relações de dominação, socialmente, produzidas, portanto, perpassando às instituições. (FOUCAULT, 1999; GADELHA, 2009).

Por último, é preciso *procurar, descrever e analisar os “instrumentos técnicos”* por meio dos quais são operadas e garantidas as relações de dominação, e não mais, buscar na fonte do poder soberano aquilo que lhe confere legitimidade. (FOUCAULT, 1999; GADELHA, 2009).

Dessa forma, o que Foucault (1999) põe em engrenagem é a *maquinária do poder para a produção de dominação e de sujeição*, refutando a as lentes e o olhar utilizados pela filosofia política tradicional, operados pela “*tríplice preliminar*” e pelo “*triângulo poder, verdade, direito*”, os quais perpassam a lógica da soberania, no sistema “*contrato-opressão*”.

“A fabricação dos sujeitos muito mais do que a gênese do soberano: aí está o tema geral”, [que ele, Foucault, estaria se dedicando]. (FOUCAULT, 1999, p. 52, *grifos meus*). A fabricação dos sujeitos, no entre das relações de poder, que acontece perpassada pela *formação e institucionalização de verdades*, onde

[...] somos forçados a produzir a verdade pelo poder que exige essa verdade e que necessita dela para funcionar; *temos de dizer a verdade, somos coagidos, somos condenados a confessar a verdade ou a encontrá-la*. O poder não para de questionar, de nos questionar; não para de inquirir, de registrar; *ele institucionaliza a busca da verdade, ele a profissionaliza, ele a recompensa*. Temos de produzir a verdade como, afinal de contas, temos de produzir riquezas, e temos de produzir a verdade para poder produzir riquezas. *E, de outro lado, somos igualmente submetidos a verdade, no sentido de que a verdade é a norma; é o discurso verdadeiro que, ao menos em parte, decide; ele veicula, ele próprio propulsa efeitos de poder*. (FOUCAULT, 1999, p. 29, *grifos meus*).

O “*discurso verdadeiro*” encarna-se como um elemento estratégico no exercício do poder, uma vez que é ele “*quem decide, veicula e propulsa efeitos de poder*”, mas a sua produção, a do *discurso verdadeiro*, ela mesma, é efeito da mecânica de poder. O *discurso verdadeiro* que está autorizado a ser dito e praticado, fabricando as vozes e os atos dos sujeitos para a condução e a organização do SUS.

O discurso que produz um, ou mais, “*regime de verdade*” em torno de regras, normas, procedimentos e técnicas, que devem ser adotados pelos gestores do SUS, operados pelos profissionais de saúde e acatados pela sociedade. Afinal o “*discurso verdadeiro é a norma*” e, como tal, os sujeitos devem a ela, norma verdadeira, estarem em submissão, em relação de dominação e de sujeição – *esquema guerra-repressão*.

Assim, considerando que a produção do SUS acontece pela institucionalização do “*discurso verdadeiro*”, encarnado no regime de cidadania constitucional e nas *regras e normas* construídas para implementá-lo, penso ser oportuno o imbricamento do saber ao poder. Conforme Gadelha (2009, p. 31, *grifos meus*), “[...] não se pode pensar o exercício do poder como se dando desvinculado de certa economia de saber, e vice-versa. *Lembro que saber, aqui, deve ser entendido como um discurso que se propõe à produção de verdade, à veiculação de verdade*”.

A produção do SUS requer esse funcionamento do poder-saber. Esse engendramento de fabricação de verdades e de subjetividades que assegurem não só a sua circulação, como também, a sua aceitação e repetição.

Dando continuidade ao diálogo dos elementos, que compõem o regime de cidadania constitucional do SUS, discuto, a seguir, o conceito de saúde ampliado na perspectiva do cuidado integral; a universalidade e a participação comunitária; e o fortalecimento da noção territorial, pela constituição de uma rede regionalizada de serviços de saúde.

Para isso, ponho tais elementos, em articulação com os mecanismos de poder, que perpassam a produção da sociedade: *adestrando e normalizando* pelo exercício do poder disciplinar; *regulando e controlando* pelo exercício do biopoder. Ênfase nas relações de dominação e de sujeição, que operam pela microfísica do poder disciplinar no corpo de cada indivíduo; e pela macropolítica do biopoder no corpo-espécie da população, via o desenvolvimento de biopolíticas.

Assim, o esforço conceitual empreendido, na sequência deste capítulo da Tese, deve-se ao meu entendimento de que o poder disciplinar, como um exercício atuante nas sociedades modernas ocidentais, embora tecido nos séculos XVII e XVIII, tensionando a mecânica do poder soberano, permanece em atualização na sociedade contemporânea, coabitando com o exercício do biopoder, via biopolíticas, no contexto de uma governamentalidade neoliberal.

Tratam-se de mecânicas de poder, que coexistem e que operam na realidade, constituindo e institucionalizando *regimes de verdade* e produzindo subjetividades, ainda que por modos distintos. Portanto, engrenando a máquina de produção do SUS e, assim, nesta Tese, requerendo sua contextualização teórico-conceitual.

3.2.4 Disciplinas, biopolítica e governamentalidade: o poder sobre a vida em produção do cuidado e da gestão em saúde

*“O homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles:
um animal vivo e, além disso, capaz de existência política;
o homem moderno é um animal,
em cuja política,
sua vida de ser vivo está em questão”.*
Michel Foucault, 1988⁶⁹.

*“O poder já não conhece a morte.
No sentido estrito, o poder deixa a morte de lado”.*
Michel Foucault, 1999⁷⁰.

O regime de cidadania constitucional põe em visibilidade e dizibilidade a *produção de jogos de poder sobre a vida*, em esboço de “sociedade normalizadora”⁷¹, mas também de uma “sociedade de controle”⁷² em tempos contemporâneos. Tanto em uma perspectiva como

⁶⁹FOUCAULT, 1988, p. 134.

⁷⁰FOUCAULT, 1999, p. 296.

⁷¹“Sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação”. (FOUCAULT, 1999, p. 302).

⁷²Sociedade de controle em perspectiva deleuzeana.

em outra, o que está em questão é *como acontece a mecânica do poder*, quais as tecnologias e os procedimentos que são realizados para e no seu exercício; e como se dão e quais são seus efeitos na produção de verdades e de subjetividades.

No capítulo “*Direito de Morte e Poder sobre a Vida*”, na “*História da Sexualidade I: A vontade de saber*”⁷³, Foucault (1988, p. 126) aponta que o *poder de soberania*, a vontade do soberano, constitui-se pelo *poder sobre a morte*. É o poder sobre a morte quem impõe a vida do súdito. Um

[...] direito de espada. Não há, pois, simetria real nesse direito de vida e de morte. Não é o direito de fazer morrer ou de fazer viver. Não é tampouco o direito de deixar viver e de deixar morrer. É o direito de fazer morrer ou de deixar viver. O que, é claro, introduz urna dissimetria flagrante. (FOUCAULT, 1999, p. 287).

Deixar viver, no caso, não requer e não implica em uma intervenção do Estado sobre o modo de vida do súdito, não denotando o exercício de um poder com ingerência sobre o seu jeito de viver. Mas, no limite, de *fazer morrer*, ou seja, de tomar a vida para suprimi-la, pela vontade de poder do soberano condicionada à sua defesa e sobrevivência.

“O poder era, antes de tudo, nesse tipo de sociedade, direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la.” (FOUCAULT, 1988, p. 128).

Já no *poder sobre a vida*, no ato de *fazer viver* e deixar morrer, que percorre do homem-corpo ao homem-espécie, do corpo-organismo ao corpo-população, a morte, que simbolizava o poder soberano, é

[...] recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida. Desenvolvimento rápido, no decorrer da época clássica, das disciplinas diversas — escolas, colégios, casernas, ateliês; aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. (FOUCAULT, 1988, p. 131, grifo meu.).

⁷³“*Em defesa da sociedade*, Foucault apresenta, na abertura do curso, e em forma de balanço e de levantamento, os delineamentos gerais do poder “disciplinar” [...] e esboça no final do curso o perfil daquilo a que chama o “biopoder” [...] Foi na tentativa de estabelecer uma “genealogia” desse poder que Foucault se interrogou depois sobre a “governabilidade” [...] A questão das disciplinas Foucault havia consagrado o curso de 1972-1973 (*La sociere punitive* [A sociedade punitiva]), de 1973-1974 (*Le pouvoirpsychiatrique* [O poder psiquiátrico]), de 1974-1975 (*Les anormaux* [Os anormais]) e, enfim, a obra *Surveiller et punir*; à governabilidade e ao biopoder ele consagrará o primeiro volume de *Histoire de la sexualité* [História da sexualidade] (*La volante de savoir*, dezembro de 1976) e, em seguida, o curso de 1977-1978 (*Securite, territoire etpopulation* [Segurança, território, população]), de 1978-1979 (*Naissance de la biopolitique* [Nascimento da biopolítica]) e o início do curso de 1979-1980 (*Du gouvernement des vivants* [Do governo dos vivos])”. (FONTANA; BERTANI, 1999, p. 329-330).

Nessa perspectiva, o *poder sobre a vida, o fazer viver*, se desenvolveu em dois polos interligados. O primeiro, em operação no século XVII, início do século XVIII, e o segundo a partir de meados do século XVIII. (FOUCAULT, 1988).

Um dos polos, *o primeiro a ser formado*, ao que parece, *centrou-se no corpo como máquina*: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos — tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: *anátomo-política do corpo humano*. *O segundo*, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, *centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos*: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população*. *As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida*. A instalação — *durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces — anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida — caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo*. (FOUCAULT, 1988, p. 131, grifos meus).

Gadelha (2009, p. 77), ao escrever sobre “*Biopolítica: Dimensões e Interfaces*”⁷⁴, em diálogo com Foucault, indica que esses dois diferentes tipos de tecnologias políticas perfazem

[...] como que duas séries (“dois conjuntos de mecanismos”), *atuando em níveis distintos, uma no micro, outra no macro, mas sem que por isso se excluam mutuamente*. A primeira série tem a seguinte composição: *corpo - organismo - disciplina - instituições*; na segunda, por seu turno, encontramos: *população - processos biológicos - mecanismos regulamentadores (e/ou “previdenciários”) - Estado*.

Partindo desse duplo, que forma o *poder sobre a vida*, são exercidas as mecânicas do poder disciplinar, em operação pelas disciplinas, e do biopoder, em operação por biopolíticas.

⁷⁴Este título refere-se ao Capítulo III do livro de sua autoria, “*Biopolítica, governamentalidade e educação: Introdução e conexões, a partir de Michel Foucault*”. (GADELHA, 2009).

3.2.4.1 Saber-poder disciplinar: a subjetividade de corpos dóceis e úteis em tecitura das (e pelas) ciências humanas e da medicina

“As Ciências Humanas, que surgem a partir dessa época, decorrem do interesse em se conhecer o que se passa na cabeça das pessoas para melhor dominá-las.”
Guilherme Castelo Branco⁷⁵.

Para Foucault (1999), a mecânica do poder disciplinar começa a se ensaiar nos séculos XVII e XVIII, configurando uma aparelhagem diferenciada em relação às técnicas do poder soberano, aportando procedimentos e tecnologias bastante peculiares.

Essa nova mecânica de poder incide primeiro sobre os corpos e sobre o que eles fazem, mais do que sobre a terra e sobre o seu produto. *É um mecanismo de poder que permite extrair dos corpos tempo e trabalho, mais do que bens e riqueza.* É um tipo de poder que se exerce continuamente por vigilância e não de forma descontínua por sistemas de tributos e de obrigações crônicas. *É um tipo de poder que pressupõe muito mais uma trama cerrada de coerções materiais do que a existência física de um soberano,* e define uma nova economia de poder cujo princípio é o de que se deve ao mesmo tempo fazer que cresçam as forças sujeitadas e a força e a eficácia daquilo que as sujeita. (FOUCAULT, 1999, p. 42, grifos meus).

Trata-se de uma nova economia de poder que se esboça entre os limites do direito de soberania e da mecânica da disciplina, que atua sobre corpos. Nesse sentido, não há uma ‘substituição’ do exercício do poder de soberania pelo disciplinar, mas uma certa coexistência dos modos de operar de um e de outro.

Temos, pois, nas sociedades modernas, a partir do século XIX até os nossos dias, de um lado uma legislação, um discurso, uma organização do direito público articulados em torno do princípio da soberania do corpo social e da delegação, por cada qual, de sua soberania ao Estado; e depois temos, ao mesmo tempo, uma trama cerrada de coerções disciplinares que garante, de fato, a coesão desse mesmo corpo social. Ora, essa trama não pode de modo algum ser transcrita nesse direito, que é, porém, seu acompanhamento necessário. (FOUCAULT, 1999, p. 44-45).

O poder disciplinar é operado por múltiplas tecnologias que incidem sobre o corpo de forma sutil, vigilante, treinadora e normalizadora; e não mais em mecanismos de violência e opressão explícitos em práticas soberanas de suplícios, esarteamentos, aplicação de multas, decretação de morte e banimentos. *Vigiar mais e punir menos.* Docilizar o corpo para torná-lo mais útil, pela articulação *do tempo com o espaço.* Esta é a lógica de operação das disciplinas.

⁷⁵BRANCO, 2013b, p. 11.

“Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as “disciplinas”.” (FOUCAULT, 2014b, p. 135, aspas do autor).

Conforma-se, assim, uma “*anátomo-política do corpo humano*” dirigida ao seu adestramento, em perspectiva disciplinar individualizada e de encerramento institucionalizado, onde há um lugar especificado para todos: “[...] lugar de criança é na escola; lugar de louco é no hospício; lugar de doente é no hospital” (informação verbal⁷⁶).

No disciplinamento, são produzidas subjetividades individualizadas, obedientes e produtivas; maximizadas em sua utilidade; normalizadas pela moral que estabelece, a partir do anormal, o normal.

Num sistema de disciplina, a criança é mais individualizada que o adulto, o doente o é antes do homem são, o louco e delinquente mais que o normal e o não-delinquente. É em direção aos primeiros, em todo caso, que se voltam em nossa civilização todos os mecanismos individualizantes; e quando se quer individualizar o adulto são, normal e legalista, agora é sempre perguntando-lhe o que ainda há nele de criança, que loucura secreta o habita, que crime fundamental ele quis cometer. (FOUCAULT, 2014b, p. 188).

O desenvolvimento da perspectiva disciplinar aponta para o delineamento de um novo processo de individualização, tomando como referência o produzido no regime feudal. Nesse novo delineamento, Foucault (2014b) chama atenção para o papel desempenhado pelas ciências, análise ou práticas com radical “psico”.

O momento em que passamos de mecanismos histórico-rituais de formação da individualidade à mecanismos científico-disciplinares, em que o normal tomou o lugar do ancestral, e a medida o lugar do status, substituindo assim a individualidade do homem memorável pela do homem calculável, esse momento em que as ciências do homem se tornaram possíveis, é aquele em que foram postas em funcionamento uma nova tecnologia do poder e uma outra anatomia política do corpo. (FOUCAULT, 2014b, p. 188-189, grifos meus).

Nessa perspectiva, Foucault (2014b) sinaliza que é pela disciplina que se constitui as ciências humanas. É pelos mecanismos de poder, em sua perspectiva genealógica, que se produzem os saberes “psico”. “Se a investigação judicial, tal como se delineou no medievo, foi a matriz jurídico-política das ciências empíricas, *a disciplina foi a matriz política das ciências humanas*”. (CASTRO, 2016, p. 113, grifos meus).

⁷⁶Informação fornecida por Sylvio de Sousa Gadelha Costa, no Curso “*Michel Foucault: Arqueologia, Genealogia e Ética*”, realizado pelo INCERE, em Fortaleza, em 01 de julho de 2017.

Porém não somente delas, ciências humanas, mas também, apoiando e instruindo a constituição do saber e das práticas médicas, onde a produção do saber da medicina, perpassado pela instituição do hospital (Foucault, 1990c), pelas práticas médicas de controle dos corpos doentes, entre outros, aponta para o manuseio de muitas das técnicas e procedimentos disciplinares.

Há, assim, pelas disciplinas, pelo poder disciplinar, a normalização e a medicalização da sociedade. A constituição de saberes e práticas ‘médico-psi’, agenciados pelas ciências humanas e pela operando por relações de poder, efeitos de produção de verdades e de subjetividades

Mas, então, quais seriam os procedimentos disciplinares a subjetivar o adestramento e a modulação das condutas dos indivíduos? A formar subjetividades individualizadas?

Eram todos aqueles procedimentos pelos quais se assegurava a distribuição espacial dos corpos individuais (sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e em vigilância) e a organização, em torno desses corpos individuais, de todo um campo de visibilidade. Eram também as técnicas pelas quais se incumbiam desses corpos, tentavam aumentar-lhes a força útil através do exercício, do treinamento, etc. Eram igualmente técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que devia se exercer, da maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios: toda essa tecnologia, que podemos chamar de tecnologia disciplinar do trabalho. (FOUCAULT, 1999, p. 288).

Para adentrar um pouco mais nas tecnologias do poder disciplinar, estreito o diálogo com Foucault (2014b), pela terceira parte de “*Vigiar e Punir*”, “*Disciplina*”, onde ele aborda, em “*Corpos Dóceis*”, a arte da distribuição, o controle da atividade, a organização das gêneses e a composição das forças, utilizando-se, para isso, das práticas militares do Exército e dos processos educacionais da escola; em “*Os recursos para o bom adestramento*”, a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame; e, por fim, “*O panoptismo*”.

A “*arte das distribuições*” refere-se à distribuição dos indivíduos no espaço, sendo destacados, por Foucault (2014b), os procedimentos:

- i) *cerca*, apontando para a necessidade, às vezes, da constituição de um local que se diferencie de todos os outros e que seja fechado em si mesmo, dando como exemplo os colégios em modelo de convento e internato; e os quartéis;
- ii) *quadriculamento* ou *localização imediata*, indicando que cada indivíduo deve ter seu lugar e que cada lugar deve ter um indivíduo, onde o que importa é

[...] estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar. A disciplina organiza um espaço analítico. (FOUCAULT, 2014b, p. 140).

- iii) *localização funcional*, referindo à uma arquitetura que responda às necessidades funcionais, ultrapassando a perspectiva de vigiar e de romper comunicações que possam ser perigosas, à exemplo dos hospitais, cuja exigência de funcionalidade passa a requerer uma organização arquitetônica médico-espacial⁷⁷;
- iv) *serialização*, afirmando a possibilidade de intercâmbio entre os elementos, onde cada um se define pelo lugar que ocupa na série e pela distância que o separa dos outros, portanto, o que interessa é a posição *na fila*,

[...] o lugar que alguém ocupa numa classificação, o ponto em que se cruzam uma linha e uma coluna, o intervalo numa série de intervalos que se pode percorrer sucessivamente. A disciplina, arte de dispor em fila, e da técnica para a transformação dos arranjos. Ela individualiza os corpos por uma localização que não os implanta, mas os distribui e os faz circular numa rede de relações. (FOUCAULT, 2014b, p. 143).

Segundo Foucault (2014b), as disciplinas, pela “*arte da distribuição*”, criam *espaços complexos*, ao mesmo tempo: arquiteturais (permitem a fixação e a circulação); funcionais (recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias); e hierárquicos (marcam lugares e indicam valores). Referem-se a espaços que se constituem pelo duplo: real, na medida em que constituem a arquitetura de edificações e espaços em geral; e ideal, pela projeção de caracterizações, estimativas e hierarquias nessa organização.

Configuram, assim, a primeira operação da disciplina que é a constituição de “*quadros vivos*”, indicando, ao mesmo tempo, uma técnica de poder e um processo de saber. “Trata-se de organizar o múltiplo, de se obter um instrumento para percorrê-lo e dominá-lo; trata-se de lhe impor uma “*ordem*.” (FOUCAULT, 2014b, p. 145, aspas do autor). Uma microfísica de um poder que Foucault (2014b) chamou de “*celular*”.

Outras técnicas disciplinares destinam-se ao “*controle de atividades*” em interface com a *otimização do tempo*, o qual deve ter um uso integralmente útil e de boa qualidade, onde o corpo deve estar totalmente aplicado a seu exercício. Para além do disciplinamento do horário, “*uma velha herança*”, Foucault (2014b) descreve outros modos característicos das disciplinas relacionados ao tempo:

⁷⁷Para aprofundamento ver “*O nascimento do hospital*”. (FOUCAULT, 1990c).

- i) *a elaboração temporal do ato*, estabelecendo um “programa” que prescreve e controla o desenvolvimento dos atos e dos gestos, desenhando uma espécie de *esquema anátomo-cronológico do comportamento*, decompondo seus elementos e encadeando a ordem de sua realização pela definição da posição do corpo, determinação da direção, amplitude e duração dos movimentos; “[...] o tempo penetra o corpo, e com ele todos os controles minuciosos do poder”. (FOUCAULT, 2014b, p. 149);
- ii) *a correlação do corpo e do gesto*, requerendo a melhor relação entre um gesto e a atitude global do corpo, ou seja, é o corpo bem disciplinado, em sua totalidade, que possibilitará a realização de um gesto qualquer de forma eficiente e ágil;
- iii) *a articulação corpo-objeto*, dispondo todas as relações que o corpo deve manter com o objeto que manipula, descrevendo, para isso, todos os elementos do corpo e do objeto, bem como, prescrevendo explícita e coercitivamente os modos de contato entre um e outro em amarras de poder a definir o complexo corpo-objeto;
- iv) *a utilização exhaustiva*, preconizando uma economia positiva do tempo em uma organização detalhada de seu uso, que possibilite maior rapidez com o máximo de eficiência, evitando o desperdício de tempo entre uma atividade e outra e extraindo do tempo, a cada vez mais, instantes que produzam mais forças úteis.

O uso do tempo disciplinado produz outro efeito das técnicas disciplinares que é *a substituição do “corpo mecânico” pelo “corpo natural”*:

[...] portador de forças e sede de algo durável; é o corpo suscetível de operações especificadas, que têm sua ordem, seu tempo, suas condições internas, seus elementos constituintes. O corpo, tornando-se alvo dos novos mecanismos do poder, oferece-se a novas formas de saber. Corpo do exercício mais que da física especulativa; corpo manipulado pela autoridade mais que atravessado pelos espíritos animais; corpo do treinamento útil e não da mecânica racional, mas no qual por essa mesma razão se anunciará um certo número de exigências de natureza e de limitações funcionais [...] *O corpo, do qual se requer que seja dócil até em suas mínimas operações, opõe e mostra as condições de funcionamento próprias a um organismo. O poder disciplinar tem por correlato uma individualidade não só analítica e “celular”, mas também natural e “orgânica”*. (FOUCAULT, 2014b, p. 152 – 153, *grifos meus*).

Na continuidade da discussão da “*Disciplina*”, em “*Corpos Dóceis*”, são incluídas as técnicas disciplinares pertinentes à “*organização das gêneses e a composição das forças*”. Na primeira, o autor aponta a necessidade de as disciplinas serem, também, compreendidas como “[...] aparelhos para adicionar e capitalizar o tempo” (Foucault, 2014b, p. 155), tomando como exemplo a organização militar. Nessa operação, destaca:

- i) a *divisão do tempo em segmentos menores*, sucessivos ou paralelos, decompondo, assim, o tempo em sequências, separadas e ajustadas (o tempo de formação e o da prática);
- ii) a *organização das sequências* de forma combinada segundo uma complexidade crescente, em perspectiva progressiva;
- iii) a *aplicação, ao final do processo, de uma prova* para verificar se o indivíduo atingiu o nível exigido em correspondência à titulação requerida, se sua aprendizagem está em conformidade com a dos outros e identificar as capacidades de cada um;
- iv) o *estabelecimento de séries das séries*, indicando exercícios que sejam correspondentes ao nível, ao posto ocupado, enfim, à condição atual, mas em perspectiva de séries múltiplas e progressivas.

A serialização das atividades sucessivas permite um investimento na duração do poder em um controle detalhado e em intervenções pontuais para possíveis correção, punição, ajustamento e eliminação. Além disso, possibilita a ‘utilização’ do indivíduo, em conformidade com o nível que apresenta no percurso das séries programadas, extraindo de cada um sua potencialidade até chegar em sua capacidade máxima final.

Há, assim, “[...] a possibilidade de acumular o tempo e a atividade, de encontrá-los totalizados e utilizáveis num resultado último, que é capacidade final do indivíduo.” (FOUCAULT, 2014b, p. 157).

Nessa perspectiva, Foucault (2014b) atenta para a *prática de exercícios* como sendo

[...] a técnica pela qual se impõe aos corpos tarefas ao mesmo tempo repetitivas e diferentes, mas sempre graduadas. Dirigindo o comportamento para um estado terminal, o exercício permite uma perpétua caracterização do indivíduo seja em relação a esse termo, seja em relação aos outros indivíduos, seja em relação a um tipo de percurso. Assim, realiza, na forma da continuidade e da coerção, um crescimento, uma observação, uma qualificação [...] O exercício, transformado em elemento de uma tecnologia política do corpo e da duração, não culmina num mundo além; mas tende para uma sujeição que nunca terminou de se completar. (FOUCAULT, 2014b, p. 158-159)

Em relação a “*composição das forças*”, está posta a necessidade de a disciplina cumprir algumas exigências, não se limitando à arte de “[...] repartir os corpos, de extrair e acumular o tempo deles, *mas de compor forças para obter um aparelho eficiente*”. (FOUCAULT, 2014, p. 161, *grifos meus*). Esta exigência se traduz de várias formas:

- i) *na constituição do corpo singular em um elemento*, um “corpo-segmento” de uma “máquina multissegmentar”, ganhando mobilidade para poder se articular com outros e se inserir no conjunto com o qual se articula; as variáveis principais que passam a definir o corpo são “[...] o lugar que ele ocupa, o intervalo que cobre, a regularidade, a boa ordem segundo as quais opera seus deslocamentos”. (FOUCAULT, 2014b, p. 161);
- ii) *na formação de um tempo composto* pela combinação de *séries cronológicas*, onde o tempo “[...] de uns deve-se ajustar ao tempo de outros de maneira que se possa extrair a máxima quantidade de forças de cada um e combiná-la num resultado ótimo” (Foucault, 2014b, p. 162); durante todo o tempo, todos estariam ocupados de forma diferente segundo sua sequência genética, assim, há uma ocupação que atravessa o sujeito em todas as fases de sua vida, nos grupos e atividades a ele correspondentes;
- iii) *na precisão de comando nas combinações realizadas*, onde a ordem eficiente é aquela que é breve e clara, sem requerer explicações ou formulações extensivas; a relação entre o aprendiz e o mestre é com base em sinalizações, onde “[...] o que importa não é compreender a injunção, mas perceber o sinal, reagir logo a ele, de acordo com um código mais ou menos artificial estabelecido previamente”. (FOUCAULT, 2014b, p. 163).

O adestramento e o controle dos corpos, pela disciplina, conforme Foucault (2014b, p. 164), produz “[...] uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo da repartição espacial), é orgânica (pela codificação das atividades), é genética (pela acumulação do tempo) e é combinatória (pela composição das forças)”.

Entre as técnicas disciplinares utilizadas para tal formação, o autor (p. 164) destaca: a construção de quadros; a prescrição de manobras; a imposição de exercícios; e para fazer a combinação de forças procede a organização de táticas.

A tática, arte de construir, com os corpos localizados, atividades codificadas e as aptidões formadas, aparelhos em que o produto das diferentes forças se encontra majorado por sua combinação calculada é sem dúvida a forma mais elevada da prática disciplinar. Nesse saber, os teóricos do século XVIII viam o fundamento geral de toda a prática militar, desde o controle e exercício dos corpos individuais, até à utilização das forças específicas às multiplicidades mais complexas. Arquitetura, anatomia, mecânica, economia do corpo disciplinar. (FOUCAULT, 2014b, p. 165, *grifos meus*).

Há, assim, uma maquinaria de produção de subjetividades domesticadas, disciplinadas, ordenadas, producentes e eficientes, mediante a conjugação de tempo e espaço e pela composição de forças em séries cronológicas, que se desenham pelo treinamento durante toda a vida dos indivíduos. Um aproveitamento efetivo das diferentes forças pela “*combinação calculada*” desenvolvida pela prática disciplinar. Corpos dóceis e úteis. Obedientes e azeitados para fazer a máquina *capitalística* rodar.

Na engrenagem disciplinar de dominação e sujeição de corpos, o exercício do poder perpassa diferentes camadas institucionais, grupos e indivíduos, engatando-os às funções sociais como: nascer na família; educar nas escolas; curar nos hospitais; produzir nas fábricas e punir nas prisões. A lógica operativa relaciona para cada função um espaço-camada definido, seguindo uma categorização e classificação padronizadas, cujo não encaixe, de um grupo ou de um indivíduo, implica em uma ‘anormalidade’ que requer ajuste.

Há, então, a produção de um complexo localizado, com o exercício de uma microfísica do poder em consonância com uma economia calculada e permanente. Embora localizada, não se trata de uma produção aleatória, mas, sim, combinada e articulada pela produção de verdades e de saberes, que atravessam essas camadas e funções, configurando um corpo social ordenado e justificado por subjetividades individualizadas.

Nessa perspectiva, são constituídos e operados os “*recursos para o bom adestramento*”, com destaque para a *vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame*; e, por fim, o “*panoptismo*”. Gadelha (2009, p. 40) chama atenção de que

[...] esse processo de objetivação e individualização dos corpos se dá também pela *vigilância hierárquica, pela sanção normalizadora e pela prática recorrente do exame* [...] atravessando de uma ponta a outra todos esses mecanismos, procedimentos e técnicas, *funciona uma espécie de máquina abstrata, cuja lógica reside no estabelecimento de um dispositivo ótico de super-exposição e controle dos corpos-organismos (panoptismo)*, garantindo assim o ordenamento racional e disciplinar dos coletivos de indivíduos, em quaisquer organizações sociais em que eles se encontrem (escolas, hospitais, internatos, fábricas, academias militares, manicômios etc.). (*Grifos meus*).

O *panóptico*⁷⁸ de Jeremy Bentham é utilizado por Foucault como um “*dispositivo ótico de super-exposição*”, que estabelece uma organização e distribuição espacial que

⁷⁸Sobre o panóptico: “O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravessasse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre

possibilita tudo ver, sem, contudo, expor quem vigia, mas dando ciência ao vigiado que está sob vigilância contínua.

Nessa lógica, Foucault (2014b) sustenta a inversão do princípio da masmorra, ou de suas três funções – trancar, privar de luz e esconder -, onde é mantida apenas a primeira função. “A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegeia. *A visibilidade é uma armadilha*”. (p. 194, *grifos meus*).

O *olho panóptico*, pela positividade de sempre ver, produz como efeito um funcionamento automático do poder em relação com os indivíduos. O exercício do poder ocorre pelo simples fato do indivíduo saber que pode estar sendo vigiado, embora não o saiba por quem e quando isso está acontecendo. Trata-se de um estado de alerta permanente, produzindo condutas pela operação invisível do poder, porém presente.

Decorrente disso, Bentham fala sobre o princípio de que o poder poderia ser visível e inverificável. “Visível: sem cessar o detento terá diante dos olhos a alta silhueta da torre central de onde é espionado. Inverificável: o detento nunca deve saber se está sendo observado; mas deve ter certeza de que sempre pode sê-lo”. (FOUCAULT, 2014b, p. 195). Ocorre, dessa forma, pelo *dispositivo panóptico*, uma automatização e uma desindividualização do poder.

É um tipo de implantação dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos em relação mútua, de organização hierárquica, de disposição dos centros e dos canais de poder, de definição de seus instrumentos e de modos de intervenção, *que se podem utilizar nos hospitais, nas oficinas, nas escolas, nas prisões. Cada vez que se tratar de uma multiplicidade de indivíduos a que se deve impor uma tarefa ou um comportamento, o esquema panóptico poderá ser utilizado.* (FOUCAULT, 2014b, p. 199, *grifos meus*).

Essa perspectiva *panóptica* atravessa as tecnologias *da vigilância hierárquica, da sanção normalizadora e do exame*.

Na *vigilância hierárquica*, as relações de poder são exercidas pela distribuição do espaço e da possibilidade de ver, tornando o poder disciplinar um sistema “*integrado*” e de funcionamento maquínico, atravessado por um poder que se desenha múltiplo, automático e anônimo, dada a vigilância em uma rede de

[...] relações de alto a baixo, mas também até um certo ponto de baixo para cima e lateralmente; essa rede “sustenta” o conjunto, e o perpassa de efeitos de poder que se apoiam uns sobre os outros: fiscais perpetuamente fiscalizados. *O poder na vigilância hierarquizada das disciplinas não se detém como uma coisa, não se transfere como*

a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível”. (FOUCAULT, 2014b, p. 194).

uma propriedade; funciona como uma máquina. (FOUCAULT, 2014b, p. 173 – 174, *grifos meus*, aspas do autor).

A *sanção normalizadora* refere-se à proposição e aplicação de um conjunto de normas que estabelecem, *pelo anormal*, as condutas do que seria normal, enquadrando os sujeitos; homogeneizando-os em categorias e classificações; aplicando exercícios punitivos para correção e redução de desvios e adequação aos padrões de normalidade e de produtividade máxima.

A *sanção-gratificação* seria o duplo, ou o binarismo a reger o treinamento, onde, após a aplicação da pena corretiva, dar-se-ia ao ‘merecedores’ a gratificação correspondente. Em funcionamento, tem-se um “*pequeno mecanismo penal*”, exercício de uma microfísica do poder operado pelas disciplinas, as quais “[...] estabelecem uma “infra-penalidade”; quadriculam um espaço deixado vazio pelas leis; qualificam e reprimem um conjunto de comportamentos que escapava aos grandes sistemas de castigo por sua relativa indiferença”. (FOUCAULT, 2014b, p. 175, aspas do autor.).

Há, nesse sentido, na produção da norma, a instituição de um regime penal que se constitui não pela observância da lei, mas dos fenômenos que percorrem o indivíduo e esboçam seu comportamento. A norma apresenta uma

[...] discursividade própria, alheia e irredutível às leis e às regras do direito, derivadas da soberania. *Se há uma nova regra, melhor seria nomeá-la de norma*, ela é de uma natureza completamente diferente daquela, e *tem por referência não a teoria jurídica, mas sim o singular agenciamento das ciências humanas e das disciplinas clínicas* (anatomia, patologia, fisiologia, neurologia, psiquiatria, psicologia, psicanálise etc.). (GADELHA, 2009, p. 38).

A punição não visa a expiação ou a repressão, mas a normalização dos sujeitos e da sociedade em suas múltiplas relações. Para isso, procede operações de penalidades, pelo campo *psi e biomédico*, que “[...] atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares, compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma palavra, ela *normaliza*”. (FOUCAULT, 2014b, p. 179-180, *grifo do autor*). Impõe o normal.

O Normal se estabelece como princípio de coerção no ensino, com a instauração de uma educação estandardizada e a criação das escolas normais; estabelece-se no esforço para organizar um corpo médico e um quadro hospitalar da nação capazes de fazer funcionar normas gerais de saúde; estabelece-se na regularização dos processos e dos produtos industriais [...] Em certo sentido, o poder de regulamentação obriga à homogeneidade; mas individualiza, permitindo medir os desvios, determinar os níveis, fixar as especialidades e tornar úteis as diferenças, ajustando-as umas às outras. Compreende-se que o poder da norma funcione facilmente dentro de um sistema de igualdade formal, pois dentro de uma homogeneidade que é a regra, ele introduz,

como um imperativo útil e resultado de uma medida, toda a gradação das diferenças individuais. (FOUCAULT, 2014b, p. 180).

Sobre o *exame*, Foucault (2014b) aponta que é a partir dele, enquanto um *controle normalizante e uma vigilância* a qualificar, classificar e punir, que o indivíduo fica visível, possibilitando sua diferenciação pela captura do que se põe em anormalidade, portanto, sob sanção corretiva.

Desse modo, o exame combina “[...] as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza”. Na prática do exame, acontece a visibilidade da “[...] superposição das relações de poder e das de saber [...]”, colocando em funcionamento um mecanismo onde as relações de poder potencializam a produção de saber. Portanto, em uma positividade do poder que produz as condições para a constituição de um saber. O exame, guarda, assim, “[...] todo um campo de saber e todo um tipo de poder”. (FOUCAULT, 2014b, p. 181).

Para exemplificar, tomo, aqui, os *ditos e os escritos* por Foucault (2014b) em torno de uma das condições necessárias à *liberação epistemológica da medicina*, no final do século XVIII, que teria sido a organização do hospital como aparelho de “examinar”.

O ritual da visita é uma de suas formas mais evidentes. No século XVII, o médico, vindo de fora, juntava à sua inspeção vários outros controles - religiosos, administrativos; não participava absolutamente da gestão cotidiana do hospital. Pouco a pouco a visita tornou-se mais regular, mais rigorosa, principalmente mais extensa: ocupou uma parte cada vez mais importante do funcionamento hospitalar [...] A inspeção de antigamente, descontínua e rápida, se transforma em uma observação regular que coloca o doente em situação de exame quase perpétuo. *Com duas consequências: na hierarquia interna, o médico, elemento até então exterior, começa a suplantiar o pessoal religioso e a lhe confiar um papel determinado mas, subordinado, na técnica do exame; aparece então a categoria do “enfermeiro”; quanto ao próprio hospital, que era antes de tudo um local de assistência, vai tornar-se local de formação e aperfeiçoamento científico: viravolta das relações de poder e constituição de um saber.* O hospital “bem disciplinado” constituirá o local adequado da “disciplina” médica [...]. (FOUCAULT, 2014b, p. 181-182, *grifos meus*, aspas do autor).

Castro (2016, p. 112), em seu “*Vocabulário de Foucault*”, indica que na técnica disciplinar do exame

[...] se inverte a economia da visibilidade no exercício do poder, o indivíduo ingressa em um campo documental, cada indivíduo se converte em um caso (a individualidade tal como se pode descrevê-la). À diferença de outras técnicas de poder, encontramos uma individualização descendente. O exame é a forma ritual da disciplina.

Pela *inversão da economia da visibilidade no exercício do poder*, Foucault (2014b) se refere ao fato do poder disciplinar ser exercido em invisibilidade, pondo, porém, em

visibilidade os que por ele são subjugados. A transparência dos indivíduos possibilita ao poder operar, portanto, em sentido inverso ao poder soberano, o qual requeria a iluminação sobre seus atos para fazer valer sua força e potência de dominação.

Ingressar o indivíduo em um campo documental implica no exercício de práticas rotineiras de anotações e descrições, objetivando a identificação, a classificação, o controle detalhado dos fenômenos que percorrem cada um. Foucault (2014b, p. 185) diz tratar-se de um “*poder de escrita*”, que confere maior potência à constituição de uma cientificidade.

Era esse o problema do exército, ondeurgia encontrar os desertores, evitar as convocações repetidas, corrigir as listas fictícias apresentadas pelos oficiais, conhecer os serviços e o valor de cada um, estabelecer com segurança o balanço dos desaparecidos e mortos. Era esse o problema dos hospitais, onde era preciso reconhecer os doentes, expulsar os simuladores, acompanhar a evolução das doenças, verificar a eficácia dos tratamentos, descobrir os casos análogos e os começos de epidemias. Era o problema dos estabelecimentos de ensino, onde era forçoso caracterizar a aptidão de cada um, situar seu nível e capacidades, indicar a utilização eventual que se pode fazer dele. (FOUCAULT, 2014b, p. 185).

As formas escriturárias e documentárias invadem, então, os indivíduos e as instituições. Pelo “*poder de escrita*”, o exame opera duas possibilidades que são correlatas: i) constituir o indivíduo como objeto que pode ser descrito e analisado, mantendo suas características, evolução e capacidades singulares sob o controle de um saber contínuo; ii) constituir “[...] um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa “população”.” (FOUCAULT, 2014b, p. 186, aspas do autor).

Pelo ingresso do indivíduo no campo documental, conforme Foucault (2014b), são formadas as condições de possibilidade para “*liberação epistemológica das ciências do indivíduo*”, mediatizada pelas ciências humanas e médicas. Trata-se da *conversão do indivíduo em um caso*, pela possibilidade de sua descrição, mensuração, comparação em relação a si mesmo e ao grupo posto em homogeneização.

Além da instituição *do caso* potencializar os processos disciplinares, as possibilidades dos meios de controle e de métodos de dominação são ampliadas, inclusive, em modos individuais e grupais; de prescrição disciplinar e tratamentos especializados para cada tipo *de caso ou de casos*.

Finalmente, *o exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber. É ele que, combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza as grandes funções disciplinares de repartição e classificação, de extração máxima das forças e do tempo, de acumulação genética contínua, de composição ótima das aptidões.*

Portanto, de fabricação da individualidade celular, orgânica, genética e combinatória. Com ele se ritualizam aquelas disciplinas que se pode caracterizar com uma palavra dizendo que são uma modalidade de poder para o qual a diferença individual é pertinente. (FOUCAULT, 2014b, p. 188, grifos meus).

As técnicas, as funções e os procedimentos disciplinares, relatados e analisados, ainda hoje, em tempos contemporâneos, encontram-se em aplicação e em atualização, constituindo a positividade do poder disciplinar, que opera a mecânica de funcionamento da sociedade normalizadora.

Deslizando entre o campo da norma jurídica e o campo da produção social de determinado padrão de normalização, Foucault chama a atenção para o fato de que a normalização tem por foco a vida subjetiva dos indivíduos [...] *O problema central da normalização, em outras palavras, é o cuidado com a alma dos seres humanos, com o conhecimento possível da subjetividade humana e, por consequência, com a questão de como dominá-la.* A escola e a família seriam os agentes por excelência das técnicas de normalização. *O objetivo mais importante do procedimento normalizador é a produção de subjetividades assujeitadas, é a criação de trabalhadores honestos, de cidadão cumpridores de seus deveres, de bons pais de família, de pessoas feitas em série e mais ou menos padronizadas nos seus modos de viver, nos seus gostos e, até mesmo, no seu modo de morrer. (CASTELO BRANCO, 2013b, p. 10-11, grifos meus).*

Assim, pela *norma*, é exercido um duplo modo de operar o poder: *disciplinar e regulamentador*, ambos com efeitos de produção de verdades e de subjetividades serializadas, assujeitadas.

A norma é o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e a população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a "norma". A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. (FOUCAULT, 1999, p. 302).

Entre o disciplinar e o regulamentador, Foucault (1999) chama a atenção para o *domínio e o dispositivo da sexualidade*. “O sexo funciona como dobradiça das duas direções em que se desdobrou o biopoder: a disciplina e a biopolítica”. (CASTRO, 2016, p. 58).

Eu creio que, se a sexualidade foi importante, foi por uma porção de razões, mas em especial houve estas: de um lado, *a sexualidade, enquanto comportamento exatamente corporal, depende de um controle disciplinar, individualizante, em forma de vigilância permanente* (e os famosos controles, por exemplo, da masturbação que foram exercidos sobre as crianças desde o fim do século XVIII até o século XX, e isto no meio familiar, no meio escolar, etc., representam exatamente esse lado de controle disciplinar da sexualidade); e depois, por outro lado, *a sexualidade se insere e adquire efeito, por seus efeitos procriadores, em processos biológicos amplos que concernem não mais ao corpo do indivíduo mas a esse elemento, a essa unidade múltipla constituída pela população. A sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo*

e da população. Portanto, ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação. (FOUCAULT, 1999, p. 300, grifos meus).

A posição privilegiada da sexualidade *entre* o organismo e a população, *entre* o corpo e os fenômenos biológicos globais, segundo Foucault (1999), produz uma valorização acentuada de sua dimensão médica, vinculando as condutas morais à ocorrência de doenças sexuais.

Assim, quando do comportamento amoral, como a masturbação e a prática sexual ‘devassa’, há uma certa punição disciplinar sobre o corpo, que adoce e se contamina. Porém, há, também, uma repercussão na população, dados os efeitos de determinadas doenças que se põem no campo mesmo das relações pessoais, familiares e sociais, atravessando gerações.

E vocês compreendem então, nessas condições, por que e como um saber técnico como a medicina, ou melhor, o conjunto constituído por medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores. (FOUCAULT, 1999, p. 301–302, grifos meus).

Assim, no século XIX, o poder apodera-se do exercício sobre a vida – biopoder -, tomando-a como algo a ser preservado, por isso, controlado mediante o exercício disciplinar e o regulamentador, potencializado pela norma, que ganha *poder de verdade* no cotidiano individual e social.

O tempo de biopoder, que é por excelência o nosso tempo, caracteriza-se pela ampliação crescente das articulações entre os saberes biológicos e biomédicos e os dispositivos jurídico-institucionais, com grandes efeitos na macropolítica, seja nas relações entre os Estados, seja no interior de cada Estado, indo até mesmo à interferência micropolítica no modo de vida das pessoas, no interior de suas próprias casas [...] Na verdade, as relações de poder em prática nos tempos da biopolítica se fazem tanto sobre as populações como sobre os indivíduos e as lutas políticas se fazem seja em escala macropolítica, seja em micropolítica. (CASTELO BRANCO, 2013b, p. 11-12, grifos meus).

No fazer viver, o biopoder percorre o corpo-espécie, a população, e o corpo-organismo, o indivíduo, atravessando a máquina das sociedades normalizadoras e regulamentadoras, com ênfase no saber e nas práticas da medicina e biologia. Atravessando, portanto, o regime de cidadania constitucional.

Dessa forma, na subseção seguinte, discorro, em linhas gerais sobre a constituição da biopolítica e da governamentalidade neoliberal, ambos os conceitos-ferramentas potentes para ver-dizer-mapear a produção do SUS, em modo regionalizado.

Assumo, assim, como pressuposto, a ideia de que a política pública de saúde brasileira, encarnada no SUS, constitui-se e configura-se como uma biopolítica. Um exercício de biopoder para a normalização, a regulamentação e o controle da população, especialmente aquela mais pobre, cuja vida se apresenta desqualificada para o sistema capitalista. Uma vida deixada para morrer, muitas vezes. *Seria isso real?*

3.2.4.2 Biopolítica e governamentalidade: subjetivações do corpo-espécie da população em produção do fazer viver

O *poder sobre a vida*, o *biopoder*, conforme Foucault (1988), constitui-se como um exercício de poder indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, tanto pelo controle e adestramento dos corpos, nas relações de produção, como pela adequação dos fenômenos populacionais aos processos econômicos.

Para isso, os fenômenos relativos à vida são tomados como objeto de poder e de saber, considerando a necessidade de controlá-los e de modificá-los. Foucault (1988) destaca o fato do biológico, pela primeira vez na história, refletir no político, requerendo a produção de saberes sobre o homem em sua especificidade de vivente, de pertencente a uma espécie.

Trata-se de *constituir conhecimentos para manusear e controlar a vida e escapar da morte*, em exercício

[...] *de controle do saber e de intervenção do poder*. Este não estará mais somente a voltas com sujeitos de direito sobre os quais seu último acesso é a morte, porém com seres vivos, e o império que poderá exercer sobre eles deverá situar-se no nível da própria vida; *é o fato do poder encarregar-se da vida, mais do que a ameaça da morte, que lhe dá acesso ao corpo*. Se pudéssemos chamar "biohistória" as pressões por meio das quais os movimentos da vida e os processos da história interferem entre si, deveríamos falar de "*bio-política*" para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do saber-poder um agente de transformação da vida humana; não é que a vida tenha sido exaustivamente integrada em técnicas que a dominem e gerem; ela lhes escapa continuamente. (FOUCAULT, 1988, p. 134, *grifos meus*, aspas do autor).

Há, assim, a formação de um “[...] novo modo de relação entre a história e a vida: nesta posição dupla da vida, que a situa fora da história como suas imediações biológicas e, ao mesmo tempo, dentro da historicidade humana, infiltrada por suas técnicas de saber e de poder”. (FOUCAULT, 1988, p. 135).

Entretanto, o autor referido alerta que:

[...] longe do corpo ter de ser apagado, trata-se de fazê-lo aparecer numa análise em que o biológico e o histórico não constituam sequência, como no evolucionismo dos antigos sociólogos, mas se liguem de acordo com uma complexidade crescente à medida em que se desenvolvam as tecnologias modernas de poder que tomam por alvo a vida. Não uma "história das mentalidades", portanto, que só leve em conta os corpos pela maneira como foram percebidos ou receberam sentido e valor; mas "história dos corpos" e da maneira como se investiu sobre o que neles há de mais material, de mais vivo. (FOUCAULT, 1988, p. 142, aspas do autor).

As primeiras áreas de intervenção e exercício do biopoder, pelas práticas de biopolíticas, segundo Foucault (1999, p. 292), foram: “[...] da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio, é disso tudo que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder”.

Na constituição da biopolítica, Foucault (1999) destaca alguns elementos importantes relacionados à sua caracterização. O primeiro, refere-se a um “personagem novo”, nunca antes lido, tanto pela teoria do direito como pelas disciplinas. Trata-se do corpo múltiplo e numerável, que se encarna na população, como um problema, ao mesmo tempo econômico, político, social, científico e médico-biológico.

O segundo elemento, relaciona-se à natureza dos fenômenos considerados: são coletivos, tidos como pertinentes pelos seus efeitos de massificação, referindo-se à reprodução, natalidade, mortalidade e morbidade. Tomados individualmente, configuram-se como aleatórios e imprevisíveis, mas vistos como fenômenos coletivos apresentam características que podem ser estudadas e controladas.

O terceiro elemento, por conseguinte, tem relação com a natureza desses fenômenos, que guardam em si a necessidade de medidas de vigilância, controle e regulação de modo a reduzir sua imprevisibilidade e aleatoriedade, impondo processos preventivos e regulamentadores.

Assim, os mecanismos de previsão, de estimativa estatística e de mensuração dos fenômenos globais são fundamentais para a constituição de uma biopolítica. Não para modificar sua natureza, à princípio, mas para intervir nas determinações que os constituem, reduzindo seus efeitos de massa como: a probabilidade de ocorrência; a durabilidade; o quantitativo de pessoas e grupos afetados; o nível de morbidade e mortalidade; a contenção de riscos sociais, ambientais, biológicos, entre outros. (FOUCAULT, 1999).

Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encompridar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade. E trata-se sobretudo de estabelecer mecanismos reguladores que, nessa população global com seu campo aleatório, vão poder fixar um

equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações, em suma, de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se vocês preferirem, um estado de vida : mecanismos, como vocês veem, como os mecanismos disciplinares, destinados em suma a maximizar forças e a extrai-las, mas que passam por caminhos inteiramente diferentes. Pois aí não se trata, diferentemente das disciplinas, de um treinamento individual realizado por um trabalho no próprio corpo. Não se trata absolutamente de ficar ligado a um corpo individual, como faz a disciplina. *Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação.* (FOUCAULT, 1999, p. 293-294, grifos meus).

A vida da população passa a ser objeto de intervenção, controle e regulação e, para isso, são prescritos modos de existência que devem ser ‘naturalmente’ adotados. Portanto, em exercício de um biopoder, regulamentador e intervencionista, sobre *como a vida deve ser vivida* para que se chegue ao seu limite máximo, evitando, a todo custo, acidentes, eventualidades, deficiências, doenças.

Nesse sentido, *devem fazer viver e não mais deixar morrer*. A morte apresenta-se, assim, do lado de fora do poder. O que se põe fora do seu domínio. Atuando sobre a vida, o poder tem seu domínio no fenômeno da mortalidade e, não mais, no *fazer morrer*. Esticar a vida e distanciá-la da morte, eis uma das funções da biopolítica.

Entretanto, Foucault (1999) chama atenção para a prática do *racismo de Estado*. Aquele que autoriza o Estado, mesmo no âmbito do exercício do biopoder, a *deixar morrer*. No domínio da vida, desenha-se um corte entre o quê e quem deve viver; e o quê e quem deve morrer. “Essa é a primeira função do racismo: fragmentar, fazer censuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder”. (FOUCAULT, 1999, p. 305).

Como uma segunda função, dessa vez em relação de positividade, Foucault (1999) indica que quanto mais se deixar morrer, mais se pode viver, isto, em relação a algumas situações.

De uma parte, de fato, o racismo vai permitir estabelecer, entre a minha vida e a morte do outro, uma relação que não é uma relação militar e guerreira de enfrentamento, mas uma relação do tipo biológico: "quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu – não enquanto indivíduo, mas enquanto espécie - viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar". *A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura. Portanto, relação não militar, guerreira ou política, mas relação biológica.* (FOUCAULT, 1999, p. 305, aspas do autor, grifos meus).

O *deixar morrer* é cabível nesses termos. Não como uma “[...] vitória sobre os adversários políticos, mas à eliminação do perigo biológico e ao fortalecimento, diretamente ligado a essa eliminação da própria espécie ou da raça”. (FOUCAULT, 1999, p. 306). Para *fazer viver* há que se ter *normas e condutas*, para serem seguidas, aplicadas e reverberadas, social e institucionalmente, como forma de alcance do *status* de normalidade e de ausência de periculosidade.

Nesse sentido, a conformação das políticas públicas sociais e das formas de seu acesso, em contornos de biopolíticas, modula os modos de vida não somente do indivíduo, mas da população ou de grupos populacionais, conforme sua especificidade e classificação. Para cada ‘identidade grupal’, seja por tipo de agravo (evento de doença), situação social, econômica, escolha sexual, raça, enfim, e para cada desvio do padrão de normalidade produzido como verdade, elenca-se um rol de coisas a fazer, pensar e ser.

A medicina acoplada à higiene pública põe-se, assim, como um campo de saber bastante estratégico à gestão dos vivos, pela biopolítica, onde a *medicalização da sociedade e da vida* produz subjetividades ‘normais’ e potentes à melhoria da raça e da espécie. Ou seja, uma *medicalização* que normaliza e institui modos de existência, categorizando o ‘normal’, mas também o ‘anormal’.

De acordo com Foucault (2002), em todas as sociedades há pessoas que têm comportamentos diferentes de outras, escapando às regras comumente definidas no trabalho, na família, no discurso, etc., *e que acabam sendo excluídas de diversas maneiras de um domínio a outro, enquanto seus traços singulares não são assimilados numa conduta conhecida*. Ao atribuir-se um nome e um papel às anormalidades, essas pessoas se transformam em membros de uma categoria formalmente reconhecida. Entretanto, com o desenvolvimento do campo terapêutico por meio da medicalização do diagnóstico, aumentou o número dos que possuem essa categorização social a tal ponto que se tornaram exceção as pessoas que não entram em nenhuma categoria terapêutica. *Nesse processo a saúde adquiriu, paralelamente à doença, status clínico: ela se tornou ausência de sintomas clínicos. Ou seja, a boa saúde foi associada aos padrões clínicos da normalidade*. (MARTINS, 2009, p. 127-128, *grifos meus*).

Então, o discurso do objeto ‘saúde’, pela centralidade nos conhecimentos da medicina, produz a *medicalização da vida e dos espaços sociais* para o controle e a regulação de corpos, sãos e doentes.

Assim, a medicina, como um sistema de racionalização e de controle invadiu o campo da saúde, dilatando o da doença. Ao proclamar o desejo de gerir a população a medicina torna-se uma instância normativa, um componente do *biopoder*. *Em nome da saúde, constitui-se uma nova moral, uma nova economia e uma nova política do corpo*. (MARTINS, 2009, p. 128, *grifos meus*).

Foucault (1990b, p.46), em “ *O nascimento da medicina social*”, afirma a hipótese de que

[...] com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. *O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (Grifos meus).*

Dessa forma, em perspectiva restrita à biomedicina, a produção do cuidado em saúde é potente ao desenvolvimento de intervenções operadoras do corte entre o quê e quem deve viver e o quê e quem deve morrer, ao declarar o diagnóstico do normal e do patológico, sendo este último em variação de suas inúmeras classificações. O biopoder, em exercício de biopolíticas, como a política pública de saúde encarnada no SUS, seleciona as vidas dignas e as indignas de serem vividas.

Isso configura um conjunto de práticas que encontram no campo da saúde uma estratégia de governamentalidade por meio de políticas públicas. Essas estratégias levam em consideração os indivíduos no que tange aos acontecimentos de conjunto, como acidentes e desgraças – fome, mortalidade, epidemias – e também riqueza e prosperidade. *As práticas em saúde tornam-se um modo de governo das populações, de controle e investimento no indivíduo e suas relações em termos de formas de vida inscritas em processos biológicos.* (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010, p. 7)

“Agora é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenrolar que o poder estabelece seus pontos de fixação [...]” (FOUCAULT, 1988, p. 130). Trata-se, então, do exercício do biopoder em operação de biopolíticas, exercidas mediante a produção, o controle, a regulação e auto-regulação da vida em modulações prescritas por *normas* ditas verdadeiras.

Uma outra consequência deste desenvolvimento do bio-poder é a importância crescente assumida pela atuação da norma, às expensas do sistema jurídico da lei. A lei não pode deixar de ser armada e sua arma por excelência é a morte; aos que a transgridem, ela responde, pelo menos como último recurso, com esta ameaça absoluta. A lei sempre se refere ao gládio. *Mas um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida terá necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos [...] Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida.* (FOUCAULT, 1988, p. 134, grifo meu).

Nessa perspectiva, é preciso constituir uma *arte de governar* relacionada à população e às questões que emergem a partir dela, os problemas políticos da população. A

gestão do Estado, perpassada pela vida em sua face biológica, requer estratégias e mecanismos consubstanciados em *artes de governar*, compreendendo o ato de governar como o de conduzir condutas.

Assim, a aplicação de biopolíticas são estratégicas, especialmente porque produzidas e direcionadas para as camadas da população postas em regime de exclusão social, econômico, cultural, etc., entre outros. Uma população ‘pobre e marginal’ que requer ser conduzida, como forma de assegurar sua inserção e manutenção produtiva na organização e no funcionamento da sociedade. Trata-se da governamentalidade neoliberal e biopolítica⁷⁹.

Na aula do dia 01 de fevereiro de 1978, do Curso “*Segurança, território, população*”, tematizada como “*Governamentalidade*”, Foucault (2008a) destaca que a perspectiva de tomar a população, como problema político de governo, acabou por positivar uma outra *arte de governar*, produzindo-a como uma gestão governamental, em diferença ao que vinha sendo desenvolvido pela sociedade de soberania e pela sociedade disciplinar.

Para este autor, não se trata de uma substituição de um modo pelo outro sucessivamente. Gadelha (2009, p. 95), reiterando o pensamento de Foucault (2008a), indica que

[...] não se deve incorrer no equívoco de se pensar que uma arte de governar baseada no modelo de soberania dá lugar a uma arte de governar assentada numa razão de Estado (em que as disciplinas, a normalização e a regulamentação já funcionam), e que esta, por sua vez, desaparece ou é desbloqueada em favor de uma sociedade governamentalizada (sociedade de governo); não se trata, com efeito, de substituir pura e simplesmente a soberania pela disciplina, e esta pelo governo: “*Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais*”⁸⁰. (*Grifos meus*).

Conforme a análise de Gadelha (2009) e de Duarte (2013), o *desbloqueio* da *arte de governar* em relação à soberania clássica foi positivado pela emergência dos dispositivos de segurança, entendidos como técnicas de governo para o controle dos fenômenos populacionais, identificados e mensurados pelo saber da ciência estatística.

^{79c}As últimas formulações mais ou menos sistemáticas de Foucault acerca da biopolítica são desenvolvidas, respectivamente, em “*Segurança, território, população*” e em “*Nascimento da biopolítica*”, dois cursos proferidos no *Collège de France*, entre 1977 e 1979. Em linhas gerais, no primeiro desses cursos (1977-1978), Foucault se inclina a ampliar a compreensão da biopolítica, reinscrevendo-a numa questão mais ampla, a da arte de governar; mais exatamente, reinscrevendo-a no que ele designou de governamentalidade. No segundo curso (1978-1979), por sua vez, dando prosseguimento ao exame da questão da governamentalidade, Foucault a aborda à luz de dois temas: de um lado, o tema do liberalismo, tomado não como ideologia, ou como representação social, senão como crítica estratégica de um tipo de arte de governar assentada numa Razão de Estado; de outro, o tema do neoliberalismo, sobretudo em suas versões alemã e norte-americana”. (GADELHA, 2009, p. 84).

⁸⁰Trecho entre aspas: FOUCAULT (2008a) *apud* GADELHA, 2009, p. 95.

Foucault (2008a), reiterado por Gadelha (2009), aponta três ordens de fatores que favoreceram o referido desbloqueio e a constituição de outros modos de gestão governamental, governamentalidade, oportunizando a produção de uma *ciência de governo*. A primeira, refere-se ao deslocamento da arte de governar centrada em uma administração e gerência da economia com base na família – modelo familiar -, decorrente das necessidades postas pelos problemas políticos advindos pela população. Ou seja, a necessidade de adentrar em outros campos de conhecimento relacionados aos fenômenos populacionais, favoreceu o deslocamento da centralidade econômica operada na família, a qual se constitui em um segmento da população.

Assim, da ocupação de um nível modelar, a família passou para um nível instrumental, em meados do século XVIII, onde é por ela que se operam as medidas governamentais de mudança de comportamento para o controle de natalidade, mortalidade e morbidade, entre outros.

O segundo fator, relaciona-se ao deslocamento da população no sentido de ser tomada como “[...] o fim e o instrumento do governo: sujeito de necessidades, de aspirações, mas também objeto nas mãos do governo. [Ela aparece] como consciente, diante do governo, do que ela quer, e também inconsciente do que a fazem fazer”. (FOUCAULT, 2008a, p. 140).

Tomar a população, nessa perspectiva, exige o uso de novas técnicas, táticas e estratégias de governar, fato que impõe a *produção de saberes de governo*, que perpassam o domínio de conhecimento dos processos populacionais, portanto, não cabem mais as relações de exterioridade entre o saber sobre a população e o saber de como governar.

A terceira ordem de fatores corresponde, exatamente, a esta produção de saberes engatados - governo e população -, configurando uma nova *arte de governar*. A dimensão técnica na constituição de saberes, para governar populações, torna-se mais robusta e imprescindível ao alcance das finalidades do governo.

Acentua-se, assim, na *arte de governar* uma nova ordem em torno da economia, decorrente da necessidade de seu uso enquanto um saber essencial à administração e gestão da população. Foucault (2008a) aponta para a constituição de uma ciência denominada de “economia política” constituída pela *tríade população, território e riqueza*. No esboço dessa ‘nova’ governamentalidade, desenha-se, uma outra ciência de governo, com outros modos de exercício de poder.

A constituição de um saber de governo é absolutamente indissociável da constituição de um saber de todos os processos que giram em torno da população no sentido lato, o que se chama precisamente "economia". Eu dizia a vocês na última vez que *a economia política pôde se constituir a partir do momento em que, entre os diferentes elementos da riqueza, apareceu um novo sujeito, que era a população*. Pois bem, é

apreendendo essa rede contínua e múltipla de relações entre a população, o território e a riqueza que se constituirá uma ciência chamada “economia política” e, ao mesmo tempo, um tipo de intervenção característica do governo, que vai ser a intervenção no campo da economia e da população. *Em suma, a passagem da arte de governar a uma ciência política, a passagem de um regime dominado pelas técnicas de governo se faz no século XVIII em torno da população e, por conseguinte, em torno do nascimento da economia política.* (FOUCAULT, 2008a, p. 140-141, *grifos meus*).

Duarte (2013) indica que Foucault apontava, em sentido amplo, o governo como a *arte de conduzir e comandar as condutas humanas*. E a noção de governamentalidade, referia-se às políticas administrativas estatais, sem, contudo, tomar o Estado e o poder estatal como algo onipresente e onipotente, reiterando a ideia de um poder operatório, em caráter relacional, exercido por “[...] técnicas difusas e discretas de governo dos indivíduos em diferentes domínios”. (DUARTE, 2013, p. 54).

Por esta palavra, “governamentalidade”, entendo o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade”, entendo a tendência, a linha de força, que em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros - soberania, disciplina - e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”. (FOUCAULT, 2008a, p. 143-144, *aspas do autor, grifos meus*).

O Estado governamentalizado constitui o Estado Moderno, caracterizando-se por tomar a população como objeto, e não o território; por governar através dos saberes como a economia, a medicina, a psiquiatria; por articular-se em torno de dispositivos de segurança. O Estado governamentalizado opera com a racionalidade dos problemas políticos da vida e, dessa forma, se inscreve no marco da razão do liberalismo. (FOUCAULT, 2008b; GADELHA, 2009; DUARTE, 2013; CASTRO, 2016).

O neologismo da governamentalidade opera, portanto, como instrumento heurístico para a investigação da racionalidade das práticas de controle, de vigilância e intervenção governamental sobre os fenômenos populacionais, funcionando, ademais, como recurso analítico, para discussão das práticas de governo de tipo especificamente liberal. (DUARTE, 2013, p. 55).

Objetivando não a uma descrição do liberalismo, como uma teoria ou como uma ideologia, e, sim, como uma prática, a instituir modos de governar, Foucault (2008b *apud*

Gadelha, 2009), no Curso “*Nascimento da biopolítica*”, problematiza a questão do Estado e aquelas relacionadas à governamentalidade e à biopolítica “[...] sob um novo ângulo, ou melhor, examinadas à luz de um “quadro de racionalidade política” mais amplo, o liberalismo, no interior do qual, inclusive, diz Foucault, não só surgiram como ganharam acuidade”. (GADELHA, 2009, p. 97, aspas do autor). Na perspectiva liberal,

[...] Foucault problematiza também os princípios e instrumentos dessa nova forma de governamentalidade. Os princípios referem-se ao “naturalismo governamental”, à produção da liberdade e ao problema da arbitragem liberal, ao passo que os instrumentos dizem respeito à gestão dos perigos e a instituição de mecanismos de seguridade, aos controles disciplinares e às políticas intervencionistas - às voltas com o problema da gestão da liberdade e suas crises. (GADELHA, 2009, p. 99).

Este autor, citando Natércia (2005), chama atenção para o fato do mercado ter se constituído como o lugar de formação de verdade (e não mais apenas como domínio de jurisdição).

É o mercado que deve revelar algo como uma verdade: os preços, conformes aos mecanismos naturais e espontâneos, proporcionarão o parâmetro para avaliar se as práticas governamentais vigentes são corretas ou errôneas. E, de lugar de justiça (jurisdição), passou a ser lugar de verdade (verificação), ou seja, verificação-falsificação para a prática governamental. Nesse contexto, surge um *Homo oeconomicus* que representava aquele que era intangível ao exercício do poder, sujeito ou objeto do *laissez-faire* que obedece a seu próprio interesse – e que somente obedecendo a seu próprio interesse consegue contribuir para o bem geral – e não deve ser tocado pela teoria do governo. (NATÉRCIA, 2005 *apud* GADELHA, 2009, p. 99, *grifos da autora*).

Além da racionalidade do liberalismo, Foucault (2008b) dedica-se ao tema do neoliberalismo, já no contexto do século XX, tomando como referência as três distintas versões - o modelo alemão (ordoliberalismo), o modelo francês e, por fim, o modelo norteamericano. (GADELHA, 2009).

Castro (2016, p. 244) afirma que em relação à racionalidade política no *ordoliberalismo*, o liberalismo alemão de 1848 a 1962, tratou-se de uma elaboração “[...] dentro de um marco institucional e jurídico que oferecesse as garantias e limitações da lei, isto é, que mantivesse a liberdade de mercado, mas sem produzir distorções sociais”.

Ao discorrer sobre o pensamento neoliberal estadunidense, Gadelha (2009) indica que este se distancia de questões e debates relativos à independência e à unidade das nações, ou ao Estado de direito, que perpassam a Europa e sua perspectiva neoliberal alemã:

[...] entre o tipo de neoliberalismo que se desenvolveu nos EUA e aquele que se constituiu na Alemanha (e na Europa), deve-se ao fato de que, enquanto no primeiro o liberalismo perfaz “toda uma maneira de ser e de pensar”, uma espécie de “reivindicação global”, partilhada tanto à direita quanto à esquerda, no segundo, por sua vez, ele aparece mais como uma espécie de opção, como uma alternativa “formada e formulada pelos governantes ou no meio governamental”. *Em suma, no primeiro caso, tem-se o liberalismo como uma “relação” entre governantes e governados, ao passo que no segundo tem-se uma (opção, alternativa) técnica dos governantes em relação aos governados.* (GADELHA, 2009, p. 100, aspas do autor, *grifos meus*).

Em relação ao neoliberalismo, Castro (2016) aponta para um movimento contrário ao liberalismo. “O neoliberalismo busca estender a racionalidade do mercado como critério para além do domínio da economia (à família, à natalidade, à delinquência ou à política penal)”. (CASTRO, 2016, p. 244).

No neoliberalismo, diferentemente do liberalismo, o essencial do mercado está na concorrência – é ela a base da racionalidade econômica [...] no neoliberalismo a economia de mercado é o indexador geral sob o qual se produzem as regras que definem todas as ações governamentais. *É necessário governar PARA o mercado e não por causa do mercado. E para isso é preciso produzir um Estado – não para interferir na economia, mas para fabricar certas dinâmicas sociais. O mais importante para esse Estado em fabricação é intervir sobre a população no sentido de que ela esteja melhor preparada para o empreendedorismo, para integrar ativamente o jogo da produção e do consumo.* E esse intervencionismo sobre a população é ativo, múltiplo, vigilante e onipresente. (FEUERWERKER, 2014, p. 72-73, *grifos meus*).

Veiga-Neto (2013), nessa mesma perspectiva, indica que uma diferença marcante entre o liberalismo e o neoliberalismo se coloca na seguinte ordem:

[...] enquanto no liberalismo a liberdade de mercado era entendida como algo natural, espontâneo, no sistema neoliberal a liberdade deve ser concomitantemente produzida e exercitada sob forma de competição [...] *Na medida em que, para o neoliberalismo, os processos econômicos não são naturais, eles não devem ser deixados livres, ao acaso, nas mãos de Deus, ao contrário, tais processos devem ser continuamente ensinados, governados, regulados, dirigidos, controlados.* (VEIGA-NETO, 2013, p. 38-39, *grifos meus*).

Esse deslocamento no modo de governamentalidade, da naturalidade de liberdade de mercado para a centralidade na competição, na concorrência, trouxe como efeito, segundo Veiga-Neto (2013) com base em Bauman (2008), a passagem de uma sociedade de produtores para uma sociedade de consumidores.

Houve, assim, uma mudança de ênfase. “Enquanto o foco esteve sobre a troca de mercadorias a ênfase esteve do lado da produção; quando o foco se desloca para a competição, a ênfase deixa de estar na produção de bens, passando para o consumo”. (VEIGA-NETO, 2013, p. 39). Ainda conforme este autor, com base em Lazzarato (2006),

[...] consumir não significa mais comprar e destruir, como rezava a cartilha da economia clássica, mas pertencer a um mundo, a um novo mundo. E esse pertencimento deve ser o mais fugaz possível, pois na sociedade de consumidores a concorrência para a captura da atenção é incessante. (VEIGA-NETO, 2013, p. 39).

Essa mudança de ênfase é fundamental para analisar a constituição e o desenvolvimento das políticas sociais em tempos neoliberais, onde os processos de subjetivação pautam-se pelo consumo não só de mercadorias, mas de produção de modos e de estilos de vida.

No caso do Brasil, mais fortemente após a década de 1990, as estacas neoliberais fincadas apoiaram-se fortemente no pensamento estadunidense.

O início da implantação do SUS coincidiu com o governo Collor e depois com o governo Fernando Henrique. Dois momentos em que a lógica neoliberal - numa versão mais próxima da americana - foi levada ao extremo. Estado mínimo e privatização de todas as esferas da vida. (FEUERWERKER, 2014, p. 76).

Nessa perspectiva, é fundamental o exercício de leitura, problematização e análise, pela lupa que contextualiza e lança os efeitos da governamentalidade neoliberal na produção da saúde, compreendendo ambos os processos em um plano de imanência. Proceder este exercício constitui-se como um caminho potente, para possibilitar o uso de ferramentas e de estratégias operadoras de resistência, no embate entre as forças que fabricam o SUS. Então, na seção seguinte, adentro na produção do SUS, no contexto da governamentalidade neoliberal.

3.3 SUS: uma governamentalidade em tempos e efeitos neoliberais

A regionalização da saúde me faz mergulhar nos compromissos políticos postos no ideário da Reforma Sanitária brasileira, provocando-me a problematizar tal movimento pelo mapeamento das forças que o perpassaram, quando de sua instituição, e que o percorrem e o constituem em seu desenvolvimento atual.

A proposição do SUS aconteceu entremeada à luta social e política pela redemocratização do país. Rolnik, ao falar sobre a vinda de Guattari ao Brasil em 1982, afirma que naquele momento o país vivia uma

[...] incontestável revitalização: eram as primeiras eleições diretas após quase duas décadas de ditadura militar. No processo de redemocratização, revitalizava-se não só as consciências social e política da sociedade brasileira, mas também o seu inconsciente, de diferentes modos e em diferentes graus. (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 15).

Assim, em meio aos “inconscientes que protestam”, o SUS se fez como uma *produção desejante* forjada por um contexto político, econômico e social, fermentado pela governamentalidade neoliberal. Como um dos efeitos do neoliberalismo, teve-se o incremento da reforma do Estado e das instituições, desencadeado nos anos 90, com repercussão nos sistemas de saúde.

O ‘discurso naturalizado’, em proliferação nacional e internacional, justificava a reforma pela crise do Estado e dos sistemas de proteção social frente à ineficácia e à ineficiência do próprio Estado e de suas instituições governamentais.

Do ponto de vista operacional, as mudanças institucionais desencadearam um conjunto amplo de reformas, voltadas para: (a) a emergência e o desenvolvimento de políticas de reformulação da administração pública, das relações trabalhistas, do judiciário, do legislativo e dos mecanismos regulatórios; (b) a modernização tributária; (c) os programas massivos de privatização; e (d) a revisão das relações entre governos centrais e subnacionais, especialmente em países organizados de forma federativa. (VIANA; MIRANDA; SILVA 2015, p. 7)

Segundo Paim *et al* (2011, p. 1784), nos marcos constitucionais de 1988, a reforma brasileira do setor da Saúde apresentou-se “[...] na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social”. Entretanto, os mesmos autores assinalam que a própria Constituição Federal teria sido

[...] proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado. (PAIM, *et al*, 2011, p. 1785).

Paim (2008 *apud* Escorel, 2012, p. 360) aponta que, da mesma forma, como havia ocorrido “[...] na experiência italiana, os partidos e grupos que se opuseram à Reforma Sanitária, por ironia da história, passaram a ser os responsáveis pela implantação do SUS no Brasil”.

A realidade não se colocou à época em composição homogênea de forças e, ainda, não se coloca, hoje, constituindo-se por múltiplos interesses e jogos de poder que perpassam as instituições e os sujeitos, operando discursos e práticas que se (re)atualizam pela ampliação da privatização do Sistema e produção de modos empresariais para a gestão e o cuidado em saúde.

Escorel (2012), pela fala de Rodriguez Neto (2003), aborda a articulação de quatro tendências principais relacionadas às concepções do sistema de saúde e suas estratégias organizativas, que atuavam no Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP⁸¹), quando da Reforma Sanitária. Tratavam-se de forças em posicionamento e embate.

A 'conservadora privatista', representada pela Confederação Nacional do Comércio, à qual estava filiada à Federação Brasileira de Hospitais (FBH), defendia a manutenção do modelo assistencial vigente, ampliando os recursos e melhorando a fiscalização. A segunda tendência, 'modernizante-privatista', representada pela Secretaria de Planejamento da República, defendia a organização do sistema nacional de saúde com base na medicina de grupo e pagamento direto dos usuários. Ao setor público caberia a responsabilidade da atenção à saúde das populações marginalizadas e ações específicas de saúde pública. O representante do Ministério da Saúde e os técnicos da Secretaria Executiva do Conasp apresentavam uma terceira tendência, de 'perspectiva estatizante', que defendia a responsabilidade estatal pela execução dos serviços de saúde. A quarta tendência, majoritária, tinha um caráter 'liberal': defendia a primazia do setor público e o controle do setor privado, mas buscava formas harmoniosas e eficientes de convívio dos dois setores ao interior do sistema nacional de saúde, combatendo o mercantilismo. Essa era a tendência do próprio presidente do Conasp, assim como do MEC, CFM, Confederação Nacional da Agricultura (CNA), Confederação Nacional da Indústria (CNI), Confederação Nacional de Trabalhadores da Indústria (CNTI), Confederação Nacional de Trabalhadores da Agricultura (CNTA), e Confederação Nacional de Trabalhadores do Comércio (CNTC). (ESCOREL, 2012, p. 350-351, grifos meus).

Na quebra de braços, as forças privatizantes do projeto político do SUS, imbricado em intenções (neo)liberais, acabou por prevalecer, fazendo valer a expressão e o conteúdo do artigo 199, da Constituição Federal, assim escrito:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988, grifos meus).

Nesse sentido, ver hoje o SUS, em 2017, perpassado pelo capital estrangeiro, dada a instituição da Lei 13.097/2015, ou ainda, pelo Projeto de Emenda Constitucional nº241 (PEC 241)⁸², aprovado em dezembro de 2016, põe em intensidade o atravessamento da política

⁸¹O CONASP foi criado em 1981, compondo um conjunto de outras medidas para conter os gastos da previdência social à época. Era um órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social. (ESCOREL, 2012).

⁸²A PEC 241 foi aprovada pela Câmara Federal, em 26 de outubro de 2016, tramitou no Senado Federal como PEC 55, tendo sido aprovada, nesta Casa, em 13 de dezembro de 2016. Quando estava produzindo esta Tese, a PEC 241 encontrava-se, ainda, em trâmite. Considerando a importância do registro e da problematização desta discussão, inclusive como elemento histórico na produção do SUS, resolvi mantê-la.

neoliberal no SUS, provocando rompimentos em suas fronteiras constitucionais, especialmente no que se refere ao seu caráter de Sistema público, universal e integral.

Segundo Nota do CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)⁸³, entidades que agregam os secretários municipais e os estaduais de saúde, respectivamente, a PEC 241

[...] tem por objetivo alterar a Constituição Federal no sentido de *instituir um novo Regime Fiscal para os Poderes da União e os órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, com vigência por 20 anos*. Tal instrumento prevê a *limitação do crescimento dos gastos públicos na gestão Federal, com perdas consideráveis de recursos destinados as áreas sociais especialmente aos gastos com ações e serviços públicos em saúde - ASPS*, produzindo efeitos desastrosos nas esferas de gestão municipal e estadual da saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016).

Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), órgão vinculado ao Ministério do Planejamento, calcula que o SUS perderá até R\$ 743 bilhões caso a PEC 241 seja efetivada. Conforme matéria⁸⁴ da ABRASCO, com base no referido estudo,

[...] *o gasto com saúde no Brasil é de 4 a 7 vezes menor do que o de países que têm sistema universal de saúde, como Reino Unido e França, e inferior ao de países da América do Sul nos quais o direito à saúde não é universal (Argentina e Chile)*. Enquanto no Brasil o gasto com saúde em 2013 foi de US\$ 591 per capita, no Reino Unido foi de US\$ 2.766 e na França, US\$ 3.360. Na América do Sul, a Argentina gastou US\$ 1.167 e o Chile, US\$ 795. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2016, *grifos meus*).

Nessa perspectiva, a matéria aponta para o “equivoco” em tomar os gastos atuais feito pelo governo brasileiro como postos em níveis adequados. Na verdade, o investimento financeiro do governo brasileiro está aquém para garantir as promessas constitucionais da universalidade do acesso e da integralidade do cuidado em saúde.

A implementação da PEC 241 potencializará a desconstrução do SUS. Apesar do SUS operar a ‘parceria complementar’ do setor privado e estar sendo atravessado por modos de gestão privatizantes e empresariais, não é possível deixar de reconhecer os sentidos de resistência e de conquista assegurados na expressão constitucional do direito social à saúde.

⁸³Disponível em: <<http://www.conass.org.br/nota-sobre-proposta-de-emenda-constitucional-n-2412016/>>. Acesso em: 14 out de 2016.

⁸⁴“Saúde pode perder até R\$ 743 bilhões em 20 anos de PEC do Teto, dizem pesquisadores do Ipea”. ABRASCO, Rio de Janeiro, 12 de outubro de 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/10/saude-pode-perder-ate-r-743-bilhoes-em-20-anos-de-pec-do-teto-dizem-pesquisadores-do-ipea/>>. Acesso em 14 out 2016.

Retroagir ao que se põe na lei constitucional, à exemplo da PEC 241 e de seus efeitos, implica o risco iminente, de quem sabe, atualizar a proposição expressa na “segunda tendência”, a “modernizante-privatista”, que indica um sistema nacional de saúde com base na medicina de grupo e no pagamento direto dos usuários, restando à ‘população pobre’ o acesso à pacotes básicos de procedimentos de saúde e ações específicas de saúde pública. (RODRIGUES NETO, 2003 *apud* ESCOREL, 2012).

Ou, segundo Viana, Miranda e Silva (2015, p. 17), seria fazer prevalecer o que apontaram como o “terceiro cenário”, ao analisarem as trajetórias tendenciais dos segmentos institucionais de gestão da saúde no Brasil (2005-2013).

O terceiro cenário, pluralismo mercantil, de institucionalidade privada lucrativa, apresenta como tendência projetada a privatização preponderante para o conjunto do sistema de saúde, com subvenções estatais para oligopólios mercantis, de operadoras de planos de saúde, com regulação agenciada. O setor privado, filantrópico e lucrativo, além de manter a maior quantidade de estabelecimentos e serviços de saúde, obteria maior incremento proporcional, notadamente nas regiões metropolitanas do país. A característica mais significativa nesse cenário seria a inversão do sentido de complementaridade do setor privado ao setor público, de modo que os segmentos institucionais públicos serviriam de suporte e complemento dos privados. A focalização dos serviços públicos em estratos populacionais de maiores riscos e vulnerabilidades seria outra característica marcante desse cenário. (Grifos meus).

Para da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil⁸⁵, pela Pastoral da Saúde,

[...] a descontinuação do SUS se apoia na ideologia do Estado Mínimo e no retorno a uma Democracia restringida, tutelada, com os direitos sociais à minguar [...] Em compensação não há medidas para penalizar os mais ricos, achatar as desonerações fiscais, ou para reduzir os juros: o ajuste acaba se concentrando nas despesas que garantem os direitos sociais como meio de criar superávits primários crescentes, visando a diminuição da dívida pública, de acordo com o economista e doutor em saúde coletiva do IMS-UERJ [Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro], Carlos Otávio Ocké-Reis. Na prática, assistiremos ao desmonte do SUS e a privatização do sistema de saúde, onde todo esforço para melhorar as condições de saúde das famílias brasileiras ficará à deriva, prejudicando os recentes avanços obtidos no combate à desigualdade e acesso universal à saúde coletiva. (Grifos meus).

Conforme Carvalho (2009, p. 24), para os neoliberais,

[...] as políticas sociais igualitárias (por exemplo, o projeto de implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil) caracterizam-se por retirarem recursos de áreas

⁸⁵ Igreja Católica manifesta repúdio à PEC 241: “Os pobres serão as vítimas principais desta política contra a vida”. Debate Progressista, 11 de outubro de 2016. Disponível em: <<http://www.debateprogressista.com.br/igreja-catolica-manifesta-repudio-a-pec-241-os-pobres-serao-as-vitimas-principais-desta-politica-contra-a-vida/>>. Acesso em 14 out 2016.

produtivas para subsidiar bens e serviços que o mercado poderia prover. Entende que tais gastos, desnecessários, produziram déficit fiscal e prejudicariam a “saúde da economia” ao diminuírem a capacidade competitiva das economias nacionais. (Aspas do autor).

Para isso, articulam um novo modo de organização do Estado, propondo políticas fiscais que limitam os gastos públicos nas áreas sociais, configurando um “Estado-empresário”, conforme Fiori (1994 *apud* Carvalho, 2009); competente, flexível, eficiente, “[...] enxuto, eficaz, livre das amarras da prestação de serviços e do peso das burocracias”. (CARVALHO, 2009, p. 24).

Paralelo a essas medidas *o projeto neoliberal manifesta a intenção de corrigir o que ele denomina de disfunções burocráticas propondo, para tanto, a implementação de um modelo de administração gerencial em que busca transpor para o setor público práticas bem-sucedidas da administração de empresas. A venda do patrimônio público e a concessão de serviços à iniciativa privada são, igualmente, estratégias centrais desse projeto.* (CARVALHO, 2009, p. 24, *grifos meus*).

O incremento da lógica neoliberal produz, assim, um Estado ‘extrator de direitos’ quando do exercício de seus propósitos e funções públicas. O *modelo administrativo gerencial* é operado por modos empresariais de gestão, aplicados às instituições públicas de saúde, por exemplo, como forma de substituir práticas governamentais avaliadas como ineficazes e ineficientes.

Veiga-Neto (2013), abordando a transição do liberalismo para o neoliberalismo, com base em Lazzarato (2006), aponta para a mudança de uma sociedade de produção para uma sociedade de consumo. Como efeito desta mudança, tem-se o deslocamento da fábrica, voltada para a produção de mercadorias, para a *empresa que se encarna como produtora de mundos*. “A empresa é catalizadora da inovação, da invenção.” (VEIGA-NETO, 201, p. 40).

Nas empresas, esse cenário muda muito. O número de trabalhadores é drasticamente reduzido e o regime de trabalho é bastante heterogêneo: trabalhadores formais, prestadores de serviço, terceirizados, sócios minoritários, etc. *Cada um parece constituir-se em um caso particular, com uma forma de contrato, carga horária e funções diferenciadas, dificultando organizações trabalhistas (como os sindicatos). Está-se diante de um trabalho que já não prioriza o corpo e seus movimentos mecânicos, mas a alma e seu poder criativo.* Este tipo de trabalho – que cada vez ocupa mais destaque e se torna um modelo desejável – é aquilo que Lazzarato e Negri (2001) chamaram de *trabalho imaterial*. Trata-se de um trabalho inatingível que já não pode ser mensurado em termos de hora-homem que já não está limitado ao espaço da empresa e a jornada de trabalho. (VEIGA-NETO, 201, p. 41, *grifos meus*).

A valoração crescente é a de constituição de um sujeito empreendedor, inovador, criativo, flexível, plasmado em uma sociedade não somente de consumo, mas concorrencial, de

normalização, de regulamentação e de controle, ditando os modos de vida e de gestão de si, do Estado, das instituições, das múltiplas relações sociais.

Os efeitos da política neoliberal são visíveis na conformação do SUS, apontando para a coexistência de modos de gestão e de cuidado em saúde: centrados na linha de força doença-saúde; operados por linhas voltadas à produção de vida-saúde. Apostas na fabricação da saúde pelo olhar e foco na doença; e apostas pelo olhar e foco na vida.

As relações, os encontros que experimentamos na gestão em saúde se misturam com as apostas de cuidado desenhadas pelas equipes [...] No cotidiano dos serviços a produção intensa por modos de aliviar a dor, de construir com o usuário ferramentas com potencialidade de ampliar a vida e projetos terapêuticos, *se misturam com propostas de melhor desempenho do serviço, planejamento e indicadores de saúde, ou seja, diferentes regimes de produção de verdades*⁸⁶ se apresentam em um mesmo cenário que convoca gestor e trabalhador a compartilhar da vida do usuário, exercendo nessa tecedura arranjos que ponham ou não em evidência multiplicidades de existência. (ABRAHÃO, 2013, p. 315, *grifos meus*).

Assim, tanto no exercício da macropolítica como da micropolítica do cuidado e de gestão da saúde, põe-se à galope a ampliação do projeto neoliberal, impondo uma

[...] agenda de desestatização, desregulamentação e desuniversalização dos direitos, ampliando a desigualdade e exclusão social [...] Do ponto de vista social esse projeto ampliou, nas últimas décadas, a brecha entre os incluídos e excluídos dificultando a implementação de práticas democráticas efetivas [...]. (CARVALHO, 2009, p. 25).

Para isso, há uma *produção de subjetividade* (Guattari e Rolnik, 2007) necessária à sustentação e produção do regime *capitalístico*, também, em perspectiva neoliberal. Nesse processo, Carvalho (2009, p. 25) aponta para um modo de subjetivação que “[...] produz um “cidadão” que é, antes de tudo, um consumidor”.

“No campo da saúde de forma hegemônica se estruturam cenários de um devir capitalístico⁸⁷ da produção do cuidado, marcado por um modelo tecnoassistencial centrado em procedimentos e alto consumo de insumos”. (FRANCO *et al*, 2009, p. 33, grifo meu).

São discursos e práticas tecidos por subjetividades, disputando e operando a organização e o funcionamento do SUS, nos jogos de sua institucionalização; em atos de

⁸⁶Como nota de rodapé a autora destaca: “Foucault (2004) aponta que o estabelecimento do sentido de verdade é fruto de um processo coercitivo e produtor de efeitos regulamentos por lei”. (ABRAHÃO, 2013, p. 315).

⁸⁷Nota de rodapé dos autores: “Diferentemente de capitalista que diz respeito a um sistema econômico; *capitalístico significa um modo de vida, trabalho, existência, subjetivamente centrado em referências subjetivamente orientadas pela organização social de consumo*. Na produção do cuidado no campo da saúde pode-se dizer que o capitalístico se relaciona a um processo de trabalho altamente consumidor de procedimentos, em detrimento de processos mais relacionais, o centramento em territórios existenciais que trazem lógicas próprias da subjetividade capitalística [...]”. (FRANCO *et al*, 2009, p. 33, *grifos meus*).

governo para conduzir a vida seja do corpo-organismo ou do corpo-espécie. Tratando-se de batalhas entre forças, há que se registrar a possibilidade de rupturas. Como afirma Foucault (2006a, p. 232), “[...] as relações de poder suscitam necessariamente, apelam a cada instante, abrem a possibilidade a uma resistência [...]”.

Nesse sentido, na próxima seção, e última deste capítulo da Tese, detenho-me à discussão das perspectivas de produção do SUS frente à proposição constitucional que amplia o conceito da saúde. Uma discussão que permeia o regime de cidadania do SUS, cuja sinalização constitucional não garante, efetivamente, sua materialização.

A seção seguinte, busca, então, ver-dizer as perspectivas operadas pelo e no discurso ampliado da saúde, como forma de anunciar as possibilidades de produção potentes à resistência, à luta e ao engendramento de rupturas na máquina do SUS em tempos neoliberais.

3.4 Positividade na produção de vida-saúde: rupturas na máquina do SUS pela potência do encontro

*“Dizer “saúde” não é dizer o que é, mas dizer que é.
Saúde é um modo murmurante e fugaz de ser;
como tal, pode ser descrito por suas condições de possibilidade
e por sua caracterologia,
mas não pode ser enquadrado em nenhuma taxionomia conceitual”
Márcio Luís Costa; Anita Guazzelli Bernardes⁸⁸.*

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080, em seu artigo 3º, estabelece como determinantes e condicionantes da saúde elementos múltiplos que *ampliam seu conceito*, relacionando-o à fatores como: a alimentação; a moradia; o saneamento básico; o meio ambiente; o trabalho; a renda; a educação; a atividade física; o transporte; o lazer; e o acesso aos bens e serviços essenciais. Em seu parágrafo único, dispõe que estão relacionadas à produção da saúde as ações que se destinam a garantir, às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

O regime de cidadania constitucional incorpora, nesse sentido, um olhar ampliado do fenômeno da saúde, não mais inscrito na noção estrita da sua condição como ausência de doença, mas como uma produção vinculada aos determinantes sociais da saúde, sinalizados nos itens pontuados no artigo 3º da Lei 8.080.

Este olhar conceitual ampliado constitui um campo de possibilidades e de modos de operar o desenvolvimento do SUS, que não está dado *a priori*, considerando que este não é

⁸⁸COSTA; BERNARDES, 2012, p. 829.

uma abstração discursiva legal. Mas se constituiu, também, por práticas, de gestão e de cuidado em saúde, referenciadas nas possibilidades aportadas pela ampliação do conceito da saúde.

Nesta Tese, dedico-me à discussão de duas perspectivas, duas linhas de força coexistentes que travam, entre si, e outras não sinalizadas, disputas e batalhas constantes. A primeira, refere-se a linha de força que tensiona a produção do SUS pela perspectiva binária doença-saúde, ainda que pelo olhar dito ampliado da saúde. A segunda, constitui-se pela linha de força costurada pela produção da vida, vida-saúde, na qual os modos de existência são múltiplos e tecidos pela diferença. Assim, nesta possibilidade, o adoecer, e não a doença, configura-se como um processo que compõe com a vida, e não que a toma ou que a subtrai.

Adentrando um pouco mais, passo a discorrer sobre a linha de força doença-saúde, na qual a ampliação conceitual da saúde produz verdade e, assim, justifica a constituição de estratégias biopolíticas para a modulação de corpos, organismo e espécie, de forma a restringir, e controlar os riscos de *deixar morrer*, em potencialização *do fazer viver*. Um *fazer viver* que implica em atitudes e comportamentos estabelecidos por padrões de normalidade, ou do que é preciso ter para alcançar as condições necessárias à produção ‘saudável’ da saúde.

A ampliação do olhar sobre a saúde, dessa forma, expande, também, o leque de intervenção e de gestão de coisas que o Estado e a sociedade devem empreender para assegurar *o fazer viver* e evitar *o deixar morrer*. Um excesso do exercício de biopoder. Discursos e práticas para fazer a vida andar em longevidade, em combate aos eventos que provocam doença e ameaçam o corpo população.

Para isso, acontece uma sofisticação do diálogo e de intervenções sobre os elementos de determinação dos fenômenos populacionais, que por sua vez, atravessam a produção da saúde. Há, assim, um incremento de programas governamentais, especialmente no âmbito das (bio)políticas sociais, além de outros, que se põem no campo mental e psicológico. As intervenções não se destinam à mudança da natureza dos fenômenos, mas ao seu controle no que eles produzem e têm de global.

Ou seja, intervém-se, por exemplo, sobre os níveis de pobreza da população, como fenômeno global, porém com programas sociais específicos e setorizados, como por exemplo os de ‘distribuição de renda’, os ‘de habitação popular’, os ‘de saúde’ - Programa Saúde da Família, Programa Agentes Comunitários de Saúde -, com o intuito de *fazê-la viver*, ainda que em condições precárias e desqualificadas de vida. Não se tomam medidas efetivas de governo para a redução de iniquidades sociais, que atravessam a vida da população pobre, ampla parcela a quem se destina às (bio)políticas sociais.

Trata-se de uma gestão de governo que identifica a população, ou o grupo populacional, o local de moradia, a composição familiar, as condições de renda e trabalho, os riscos e as vulnerabilidades sociais, econômicas, culturais, ambientais, etc., para, dessa forma, decidir sobre quem, como, em quais condições e com quais tecnologias, instrumentos, procedimentos, técnicas, se deve governar-intervir, com maior ou menor probabilidade para fazer isso ou aquilo, para dirigir condutas e garantir a continuidade do jogo de produção *capitalística* da sociedade.

Há, então, pelas biopolíticas, pelas políticas públicas, em contexto neoliberal, uma *gestão da pobreza*, e não o propósito de acabar com ela; *uma gestão da doença* e não a efetiva produção de vida-saúde. Assim, se os níveis de pobreza influenciam as condições de saúde de uma dada população, em sua perspectiva ampliada, a intenção em curso é a de regular e de controlar a pobreza e os níveis de doença que elas produzem. Gestão da pobreza e da doença, atravessadas por fenômenos globais, cuja intervenção governamental não modifica sua natureza, mas conduz os modos de como lidar com eles.

Tomar o olhar ampliado da saúde como conceito-ferramenta, na perspectiva acima esboçada, implica no exercício do biopoder e de suas biopolíticas, que transitam, ainda, nos limites do normal e do patológico, sem rupturas na base da ciência moderna, que instrui o campo da biomedicina, ainda, hegemônico na produção da saúde.

A partir do desenvolvimento das ciências básicas positivas, sobre as quais a medicina se estruturou, as determinações extrabiológicas das necessidades passaram a ser abstraídas e a medicina transformou-se na única prática capaz de definir por meio de seu saber - científico - o que é ou não legítimo enquanto normal e patológico. (FEUERWERKER, 2014, p. 27).

Os fenômenos saúde e doença, nesse diálogo ampliado, denotam um regime de “raiz fasciculada, ou sistema-radícula” (Deleuze e Guattari, 2011), onde as possíveis multiplicidades, encarnadas nos determinantes sociais da saúde (Whitehead e Dahlgren, 2000), mesmo no “aborto da raiz principal”, não deixam de ser operadas em dualismos, em complementariedade de um sujeito e de um objeto.

No desenvolvimento das práticas de saúde, a relação entre saúde e doença permanece sendo dual e auto referenciada entre si, onde a condição de ter saúde acontece pela ausência da doença. No diagnóstico médico proferido ou se tem um ou se tem o outro. A relação é de oposição e de negatividade, conforme indica Costa e Bernardes (2012, p. 824):

Ao se conferir *status* ontológico à saúde como sendo ausência de doença, esta termina por criar uma problemática situação de bipolaridade, em que doença e saúde estão numa relação de oposição. Essa oposição termina por afirmar a saúde pela negação da doença.

Na relação entre esses fenômenos – saúde e doença - a doença exerce o papel preponderante de ‘sujeito’, na medida em que é ela quem determina, qualifica e tematiza o ‘objeto’ saúde nos marcos da biomedicina, em sua exclusiva dimensão de corpo orgânico.

Nesse sentido, doença e saúde são inscrições históricas em um corpo. Na historiografia linear biomédica da saúde e doença, esses dois planos estão mutuamente vinculados de uma forma tal que saúde é o negativo de doença; os movimentos e velocidades possíveis são: progressão para mais saúde ou regressão para mais doença. (COSTA; BERNARDES, 2012, p. 831).

Há, assim, um reducionismo do fenômeno saúde em sua perspectiva ontológica, inviabilizando suas múltiplas existências e possibilidades de produção, situando-a como ‘objeto-conceito’ determinado pela negação e ausência da doença. Nesse campo de compreensão, Costa e Bernardes (201, p. 830) indicam que há dois caminhos:

[...] por um lado, a doença é posicionada como princípio, verdade, identidade positiva do corpo, ainda quando negativamente adjetivada (doença como falência da máquina), enquanto a saúde é diferença, cópia, negativo da doença, ainda que seja positivamente adjetivada (saúde como perfeição da máquina). Por outro lado, a saúde pode ser o ideal, a verdade, o princípio da identidade, enquanto que a doença é o real, a cópia, o que difere, o falso. Isso nos coloca diante da racionalidade identitária que opera binariamente e dialeticamente com semelhança e diferença; verdade e simulacro platônico.

Tal perspectiva institui um tipo de discurso que justifica e requer cientificidade. A formação de discursos e práticas que autoriza intervenções médicas e clínicas, inscritas no campo das ciências naturais, onde se insere a biomedicina. Uma expansão do olhar biomédico sobre o corpo, que universaliza e homogeniza, por sua lei científica geral, os processos de adoecimento e de sofrimento, onde tudo deriva e insinua uma doença.

Quando vemos um sofrimento como resultado de uma doença que atinge humanos e a clínica como um saber que nos permite vê-la, ali no corpo biológico genérico, passamos a olhar qualquer fenômeno de sofrimento como doença e, mais ainda, passamos a ver qualquer adoecimento como uma expressão particular das leis gerais científicas do processo saúde-doença. O olhar está dirigido à doença (disfunção do corpo biológico em suas regularidades) e não ao sujeito individual (em suas singularidades) (MERHY; FEUERWERKER, 2009 *apud* FEUERWERKER, 2014, p. 28, *grifos meus*).

Uma segunda perspectiva, em torno do olhar ampliado da saúde, como anunciado no início desta seção, refere-se ao caminho potente para fazer-ver-dizer o processo da saúde como uma produção social complexa. Uma tecitura social, institucional e subjetiva, que põe em construção a *linha de força vida-saúde*.

Não se trata, aqui, de uma produção formatada pela governamentalidade neoliberal do *fazer viver*. Refere-se, outrossim, às construções possíveis de resistência aos processos de normalização, de regulamentação e de controle, impressos pelo exercício do poder disciplinar acoplado ao biopoder. São construções que coexistem com a linha de força doença-saúde.

Na *linha de força vida-saúde*, é o adoecer, e não a doença, quem compõe sua produção. O adoecimento coloca-se como uma dimensão da vida, não se pondo em oposição à saúde. Pode se ter vida e saúde na experimentação do adoecimento, o qual não se restringe à lógica científica do discurso e da prática biomédica.

A saúde escapa à ordem do discurso científico quando se equaliza à vida como potência de permanente invenção de modos de existência; desse modo, a doença não é um impeditivo no sentido regulativo para as possibilidades de vida. Há formas de viver que insistem e resistem à doença. (COSTA; BERNARDES, 2012, p. 824).

Tomo como exemplo a narrativa de Moraes (2014, p. 135) sobre a experimentação de cegar, vivida por Roberto, um homem de 50 anos, em aprendizagem do uso da bengala, considerando que até então, pelo funcionamento perfeito de sua visão, não precisava a ela recorrer. Uma experiência de adoecer, onde Roberto constituiu para si um outro modo de existência, operado pela bengala, distanciando-se da dependência protetora da mãe que o guiava, quando de sua experimentação inicial de estar cego.

Há que se fazer um corpo capaz de ser afetado pela bengala. Um corpo que confia no tato, nos sons, nos odores, que se choca aqui e ali, com alguma coisa que a bengala não alcançou, que, aqui e ali, pergunta se o ônibus que parou no ponto é o mesmo o que se espera, enfim, um corpo que precisa ir mais longe do que o alcance do braço da mãe. (Grifos meus).

Então, a produção da saúde, frente ao diagnóstico de cegueira, constitui positividade para a criação de um outro modo de existir, não necessariamente, de confinamento da vida, mas de produção de um corpo que tateia, que sente o cheiro, que se choca e se levanta. Um corpo que dialoga com outros sentidos, os que lhe percorrem e os que lhe são exteriores. Estes últimos, mediados pela bengala que vê-diz-mapeia.

A produção da saúde requer operar, também, com aquilo que se põe em exterioridade, fazendo uso de estratégias e articulações, onde seus operadores saiam do ‘setor

da saúde' e se conectem com outros, como a educação, a assistência social, a cultura. Dialoguem com outras áreas de produção de saberes, outros territórios e sujeitos. Trata-se de uma nova racionalidade, onde a construção da saúde é, necessariamente, transversalizada por linhas oblíquas, incluindo outras perspectivas e componentes.

Andrade (2006, p. 29) afirma que um dos dilemas do SUS, em relação a ampliação do conceito da saúde, refere-se ao exercício de “[...] uma política necessariamente intersetorial explicitada num ambiente tradicionalmente setorial, implicando mediação com outros atores para a introdução de mudanças necessárias à viabilização da política”.

Trata-se de pensar e operar a saúde como um ato de vida e não de doença, constituída pelas dobras para fora do setor saúde e do conhecimento biomédico, em composição de multiplicidades, subjetividades e modos de existência, tecidos na, pela, com e através da realidade.

A multiplicidade é a própria realidade, e não supõem nenhuma unidade, não entram em nenhuma totalidade e tampouco remetem a um sujeito. As subjetivações, as totalizações, as unificações são, ao contrário, processos que se produzem e aparecem nas multiplicidades. (DELEUZE; GUATTARI, p. 10).

A *linha de força vida-saúde* corporifica-se, assim, como uma produção social em relação com a vida e suas múltiplas formas de existir, que ultrapassa os limites biológicos do corpo-organismo e do corpo-espécie, tomando-os como um *corpo político*. Conforme Bernardes, Pelliccioli e Guareschi (2010, p. 8):

As condições de vida referem-se à objetivação de corpos políticos, e não a corpos biológicos. Nesse sentido o reconhecimento do *trabalho na saúde* reside na possibilidade de operacionalizar essa *transformação do sujeito organismo em sujeito político, do indivíduo população em cidadão*. (*Grifos meus*).

Na condição e no exercício de *sujeito político*, opera-se com a perspectiva de um *trabalho vivo*, conforme sinalizado por Franco (2013, p. 228), ao discutir “*As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde*”, sinalizando-o

[...] como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. *O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos*

territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde. (Grifos meus).

A ideia-força de tomar o processo de *trabalho em saúde como vivo*, aberto para à composição de linhas de fuga, guiou a Pesquisa-Tese de Doutorado de Silva (2012), intitulada “*Linhas de Cristalização e de Fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família: uma cartografia da micropolítica*”.

A referida autora, mobilizada por suas andanças no Saúde da Família, propõe uma necessária problematização da produção do SUS, tensionada por linhas de força molar e molecular⁸⁹, encarnada na pergunta geradora: “[...] o que se passa na configuração desses territórios do Saúde da Família, onde a produção desejante é potencializada ou levada a se cristalizar numa massa amorfa e sem vida?” (SILVA, 2012, p. 11).

Uma *produção desejante*, forjada no entremeio do trabalho em saúde, que se dá no encontro dos usuários com os trabalhadores do SUS. O encontro que tece o *devoir* e que se passa *entre dois*,

[...] que não está nem em um nem em outro. Ora, geralmente não se encontra essa outra ideia sozinho é preciso um acaso, ou que alguém a dê a você. Não é preciso ser sábio, saber ou conhecer determinado domínio, mas aprender isso ou aquilo em domínios bem diferentes”. (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 18).

Considerando que os devires “[...] são geografia, são orientações, direções, entradas e saídas [...] não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, núpcias entre dois reinos” (Deleuze e Parnet, 1998, p. 10), sinalizo que é no processo de trabalho em saúde, onde está a possibilidade do *encontro da diferença* de cada um dos sujeitos que se relacionam - gestores, trabalhadores e usuários do SUS. O *entre dois* para a produção de atos cuidadores da saúde.

No contexto do trabalho em saúde, as cartografias do processo de trabalho buscam visibilizar por meio das relações que se constituem nesse território, as subjetividades que se atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e também de “não cuidado”, o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos, que traduzem o saber-fazer diante do mundo que produz o cuidado nos seus distintos cenários. (FEUERWERKER, 2014, p. 32).

⁸⁹Lembro ao leitor que a conceituação das linhas molar e molecular foi feita na Introdução desta Tese, adotando como referência Deleuze e Parnet (1998) e Deleuze e Guattari (2012).

Assim, em produção de diferenças, o trabalho em saúde se constitui como um solo tensional, atravessado por linhas de força, aportando diferentes subjetividades e formas de ver, sentir e fazer o mundo e fabricar saúde. Em encontro e conversa, onde:

Achar, encontrar, roubar, ao invés de regular, reconhecer e julgar. Pois reconhecer é o contrário do encontro. Julgar é a profissão de muita gente e não é uma boa profissão, mas é também o uso que muitos fazem da escritura. Antes ser um varredor do que um juiz. Quanto mais alguém se enganou em sua vida, mais ele dá lições; nada como um stalinista para dar lições de não-stalinismo e enunciar as "novas regras". (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 16, aspas dos autores, grifos meus).

Moraes (2014, p.134) afirma que “Não se movem as fronteiras com posições desengajadas. Ao contrário, elas são movidas quando nos engajamos, dia após dia, na tarefa de movê-las e problematiza-las”. Nesse sentido, o trabalho em saúde, sob certa hegemonia do *trabalho vivo* e engajado em fazer mover fronteiras, coloca-se como potência construtiva e processual quando *do encontro* entre os sujeitos que mobilizam e participam do Sistema.

O *encontro* entre os sujeitos, vinculados ao processo de gestão e de cuidado em saúde, pode desencadear afetos e desejos mobilizadores, que atuam com positividade na *linha de força vida-saúde*. São *encontros* que produzem análise e fraturam os modos de cuidar e de gerir o Sistema, pela linha doença-saúde. Daí sua potência em estabelecer relações de saber-poder não dominadoras e de sujeição. Mas interrogadoras, problematizadoras.

Há instantes nos quais *os encontros da dinâmica “da dobra do lado de fora” nos jogam para dentro, convocando movimentos de análise daquilo que estamos produzindo [...] Um abalo que vem com tanta força, que questiona as nossas certezas, que nos vemos dentro de uma grande onda com forças de todos os lados. Como uma pororoca⁹⁰, produzindo espaço onde antes não existia. São encontros que deixam marcas, não visíveis, mas profundas. Estes movimentos pororoca podem produzir espaços que aumentam a potência das ações produzidas nos serviços de saúde. Ações de gerar e de cuidar. Mas podem criar territórios com menos capacidade de comportar múltiplos movimentos comprometidos com a vida. (ABRAHÃO, 2013, p. 322-323).*

Na perspectiva de *encontros produtores de vida*, em efeitos pororoca, que cria no *entre* novos espaços, Silva, Pontes e Silveira (2012) destacam a relevância estratégica de um processo dialógico, problematizador e compartilhado com a comunidade, com os usuários do

⁹⁰A autora inclui uma nota de rodapé sobre a noção de pororoca: “Esse fenômeno ocorrido no encontro das águas de alguns rios do Amazonas é produtor de um espaço que se forma na contramão da correnteza. É uma dobra no próprio rio, produz um grande efeito no movimento do rio, modificando a sua correnteza. Na gestão presenciamos movimentos pororocas de dobras sobre si mesmo, conduzindo outros rumos no processo de cuidar e de gerir”. (ABRAHÃO, 2004 *apud* ABRAHÃO, 2013, p. 322).

SUS. Trata-se de um processo que abre possibilidades para um maior aporte de inventividade na resolução de problemas.

Pensar saúde a partir dos espaços de produção de vida, envolve uma outra lógica, em que o diálogo é uma ferramenta importante por dinamizar reflexões e revelar a criatividade para resolução de problemas da e com a própria comunidade. (SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012, p. 787).

Nessa mesma linha de abordagem, Goya e Andrade (2015) indicam a “*prática da alteridade dialógica do cuidado em saúde*” como aquela que (a)colhe as diferenças e as variações do outro, mergulhando o ato cuidador na produção de subjetividades singulares.

Tratam-se de modos de fazer que conferem positividade à produção de vida-saúde, em resistência à governamentalidade neoliberal, cuja processualidade acontece no exercício da micropolítica. Merhy (2002 *apud* Feuerwerker, 2014, p. 87) indica que

[...] os *espaços micropolíticos de encontro* (e disputa) podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. *A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas.* (Grifo meus).

O *encontro entre* sujeitos, pelo exercício de uma micropolítica, desenha-se, assim, como potência para a produção de subjetividades singulares, que desencadeiam acontecimentos-resistência com efeitos *pororoca*, produzindo dobras nos processos de trabalho em saúde - gestão e cuidado.

Trata-se de um percurso-movimento das linhas de força que se põem em luta e requerem ser mapeadas para serem enfrentadas, colocando, assim, a cartografia e a arqueogenealogia como conceitos-ferramentas potentes à produção desta Tese.

Considerando que a constituição conceitual da arqueogenealogia já foi traçada, juntamente com a problematização do regime de cidadania constitucional do SUS, no capítulo que se segue, dedico-me à abordagem teórico-metodológica da cartografia, para, então, descrever e compor o caminhar cartográfico que produz esta Tese. Ou seja, a narrativa dos processos metodológicos que foram realizados, quando do meu estudo de campo e habitação na Região de Saúde de Sobral.

4 CARTOGRAFIA E ARQUEOGENEALOGIA: [COM]POSIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

*“Você não é de bugre? - ele continuou. Que sim, eu respondi.
 Veja que bugre só pega por desvios,
 não anda em estradas - Pois é nos desvios que encontra as melhores surpresas
 e os ariticuns maduros.
 Há que apenas saber errar bem o seu idioma.
 Esse Padre Ezequiel foi o meu primeiro professor de agramática”.*
 Manoel de Barros⁹¹

A cartografia⁹² e a arqueogenealogia, esta última em produção foucaultiana, colocaram-se como solos teórico-metodológicos desta Tese. Ambas foram tomadas como ferramentas potentes para fecundar “*desvios*”, fornecendo pistas de como constituir a trajetória metodológica deste trabalho. Mas, também, ficando estacas de como pensar, de como analisar, de como e com quais lentes “*roubar da cana a doçura do mel*”⁹³, em perspectiva teórico-conceitual.

Dessa forma, a cartografia e a arqueogenealogia colocaram-se como *conceitos-ferramentas* potentes nesta Tese, instrumentalizando a caminhada e sua análise. Por meio das lentes cartográficas e arqueogenealógicas, adentrei os lugares da regionalização da saúde, atualizando a produção do real e capturando as virtualidades que lá estavam. Para isso, tive atenção aos mapas das linhas de força, constituídos por relações de saber-poder interinstitucionais e intersubjetivas, cristalizando posições, mas também, forjando linhas de fuga e fraturando o instituído.

Os caminhos teórico-metodológicos desta Tese foram dispostos em tecitura cotidiana, pelas experiências vividas a cada entrada no campo da pesquisa, onde as trajetórias não estavam *dadas a priori*, mas em produção implicada de Vida-Pesquisa-Tese.

Nessa perspectiva, este capítulo está constituído por cinco seções: a primeira, que traça a impossibilidade da neutralidade político-científica na produção de conhecimentos, mas também de saberes; a segunda, que faz uma discussão teórico-conceitual da cartografia como método de pesquisa em engate com a pesquisa-intervenção; a terceira, que descreve e analisa como o processo de pesquisar aconteceu, pelo engate de Dois Momentos metodológicos, desdobrando-se em várias subseções que relatam o passo-a-passo da pesquisa; a quarta, que

⁹¹BARROS, 1993, p. 22.

⁹²Cartografia que se põe em produção nos marcos filosóficos de Deleuze e Guattari (2011), como já exposto na Introdução desta Tese.

⁹³Utilizando aqui das palavras em poesia de Chico Buarque e Milton Nascimento em “Cio da Terra”.

sinaliza as lentes arqueogenealógicas utilizadas para a análise empreendida no estudo; e a quinta, que dispõe sobre as questões ética da pesquisa.

Na narrativa destas seções, acabei retomando algumas questões conceituais da cartografia e da arqueogenealogia, compondo-as com a processualidade da experiência do pesquisar e de constituir, metodologicamente, o percurso feito.

4.1 A (im)possibilidade da neutralidade científica⁹⁴ e a aposta na cartografia

*“Colocar lado a lado pesquisador e pesquisado,
sujeito e objeto, sujeito e sujeito, pesquisa e mundo
considerando a força da interpelação e perturbação
que esta atitude inclusiva provoca.
Fazer de tal lateralidade menos um antagonismo
do que a agonística que nos anima e força a pensar”.*
Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Sílvia Tedesco⁹⁵.

A ciência moderna assenta-se na separação entre o ‘sujeito dito cognoscente’ e o objeto de estudo, pressupondo entre ambos uma hierarquização e dominação do primeiro pelo segundo; uma relação que requer neutralidade - um despir-se de si - para que o sujeito-pesquisador possa demonstrar e validar seus ‘achados’, aproximando-os cada vez mais de leis e conceitos universais, comprovando, assim, sua veracidade científica. É a proposição do conhecimento como construção da verdade.

A neutralidade científica é cara ao positivismo, que toma em seus pressupostos a ideia apresentada por Francis Bacon, retomada por Pereira (2001), na *“Indução para o conhecimento e o conhecimento para a vida prática: Francis Bacon”*. Bacon (*apud* Pereira, 2001), ao falar sobre as noções falsas impeditivas do alcance da verdade e da produção de um conhecimento útil para o homem, caso ele se deixe levar por seu impulso natural, aponta para quatro tipos de erros, que ele denomina de ídolos, entre eles, o da caverna.

O ídolo da caverna refere-se aos erros decorrentes do uso de referenciais teóricos, culturais, crenças, valores, hábitos, enfim, a formação do estudioso e suas características pessoais, que influenciam na elaboração do conhecimento, quando da adoção de uma abordagem determinada sobre seu objeto de estudo.

⁹⁴Para abordar a neutralidade científica retorno às discussões propiciadas pela disciplina *“Fundamentos da Epistemologia da Saúde Coletiva”*, reverberando o percurso cartográfico vivenciado para e na produção desta Tese. Esta disciplina foi ofertada pelo Doutorando em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Ceará, ministrada pelo Professor Doutor Ricardo José Soares Pontes.

⁹⁵PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014b, p. 11.

Preconiza, então, a neutralidade científica, onde o pesquisador para a construção do conhecimento dito verdadeiro e útil deve se manter neutro, em hierarquia e mando sobre o seu objeto de estudo. Assim, a verdade, busca central e necessária à ciência moderna, impõe a condição da neutralidade científica, determinando a separação entre sujeito e objeto de estudo.

A dicotomia presente na relação sujeito-objeto é constituída pela tradição filosófica ocidental, cujo discurso é construído “[...] desde a supervalorização do sujeito, como no racionalismo de Descartes, até a objetivação característica do empirismo lógico”. (MIRANDA, 2005, p. 30).

Não seria o discurso da neutralidade científica uma certa norma para determinar ‘o justo e o correto’ caminho, a ser seguido na produção do conhecimento reconhecido como verdadeiro?

Stengers (1993 *apud* Barros e Kastrup, 2014, p. 54) aponta que

[...] a ciência moderna emerge como uma invenção singular, configurando-se de determinada maneira e portando como uma de suas principais características a separação entre o objeto científico e o cientista [...] a distinção entre sujeito e objeto existe para garantir que o saber produzido possa ser validado de modo coletivo pela comunidade científica.

Mais adiante, ainda com base em Stengers (1993), Barros e Kastrup (2014) destacam que “[...] o dispositivo experimental, concebido para realizar a separação entre sujeito e objeto, *surge como dispositivo político*, operando a hierarquização das invenções, ou, antes, convertendo uma delas na única representação legítima do fenômeno em questão” (p. 55, *grifos meus*).

A neutralidade e a separação entre sujeito e objeto de estudo são forjadas em um discurso, tornando-as condições *sine qua non* na construção do conhecimento dito e reconhecido cientificamente como verdadeiro. Araújo (2007, p. 9), discorrendo acerca do discurso, segundo abordagem foucaultina, registra não haver “[...] enunciado neutro, ele funciona e toma efeito numa prática discursiva que é prestigiada, em geral, pelo fato de produzir verdade. Verdade, por sua vez, especialmente na modernidade, é a da ciência”.

Porém, sendo o discurso da neutralidade científica uma produção, há que se reconhecer a possibilidade de outros enunciados, que rompam com esta lógica cristalizada e hegemônica, mediante tensionamentos constituídos por outras perspectivas teórico-metodológicas, como por exemplo, a cartografia.

Passos e Barros (2014, p. 30), ao construírem as pistas do método cartográfico, defendem que toda pesquisa é intervenção, apontando para a exigência de o cartógrafo mergulhar

[...] *no plano da experiência, lá onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade ou mesmo suposição de um sujeito e de um objeto cognoscentes prévios à relação que os liga. Lançados num plano implicacional, os termos da relação de produção de conhecimento, mais do que articulados, aí se constituem. Conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas.* (PASSOS; BARROS, 2014, p. 30, *grifos meus*)

Nessa mesma linha de discurso, Stengers (1993 *apud* Barros e Kastrup, 2014, p. 54, *grifos meus*), afirma que “[...] *a experimentação, enquanto prática singular, não pressupõe, mas cria a diferença entre sujeito e objeto. Trata-se, então, de uma distinção prática, e não filosófica. Sujeito e objeto não são categorias transcendentais, mas configurações históricas*”.

Nessa perspectiva, a cartografia se coloca como possibilidade conceitual e metodológica, provocando tensionamentos e linhas de fuga para novos modos de produção de saber, onde sujeito e objeto não estão dados *a priori*, mas se constituindo *em relação* quando da “*experimentação do real*”.

Na Apresentação do livro “*Pistas do Método da Cartografia - Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*”, Passos, Kastrup e Escóssia (2014b) indagam sobre *como conceber a direção metodológica em um sistema acêntrico, considerando que a cartografia, como um princípio rizomático (Deleuze e Guattari, 2011), coloca-se com múltiplas entradas?* A isto respondem que:

A metodologia, quando se impõe como palavra de ordem, define-se por regras previamente estabelecidas. Daí o sentido tradicional de metodologia que está impresso na própria etimologia da palavra: *metá-hódos*. Com essa direção, a pesquisa é definida como um caminho (*hódos*) predeterminado pelas metas dadas de partida. Por sua vez, a cartografia propõe uma reversão metodológica: transformar o *metá-hódos* em *hódos-metá*. Essa reversão consiste numa aposta na experimentação do pensamento – um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2014b, p. 10-11, *grifo dos autores*).

Apostar nesta experimentação do pensamento, leva-me a traçar as noções teórico-metodológicas do fazer-saber cartográfico em perspectiva de um *hódos-metá*.

4.2 O fazer-saber da cartografia: potência de invenção no ato de mapear relações de saber-poder na produção da regionalização da saúde

*“Desinventar objetos. O pente, por exemplo.
 Dar ao pente funções de não pentear.
 Até que ele fique à disposição de ser uma begônia.
 Ou uma gravanha.
 Usar algumas palavras que ainda não tenham idioma.”*
 Manoel de Barros⁹⁶

A produção desta Tese abriga-se em uma abordagem qualitativa, compreendendo o qualitativo como uma *análise dos sentidos que se produzem nas práticas*, em engendramento no plano comum da vida, no cotidiano da realidade.

O sentido é a virtualidade que pulsa nas ações, é processualização da vida e atravessa o significado, uma vez que está na ordem das intensidades. Desse modo, o desafio dos pesquisadores é ir além do reconhecimento das representações estabelecidas na comunidade investigada, dos consensos que dão forma e apresentam a vida como uma estrutura definida nos seus valores, produções e expectativas. O qualitativo refere-se, então, à possibilidade de recuperar as histórias dos movimentos dessa comunidade, sendo percebido no plano dos conflitos, nas divergências, nas ações que fazem diferença, que facultam a produção de sentidos outros, frente ao hegemônico, para um futuro indeterminado. (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 66, grifos meus).

Os sentidos são tomados “[...] como campos de força, enquanto os significados estão mais relacionados à forma, a um conjunto representacional.” (BARROS, 2014, p. 109). Daí a pertinência do uso da cartografia para guiar a produção desta Tese.

Diferente do método da ciência moderna, a cartografia não visa isolar o objeto de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo. Ao contrário, o objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente. (BARROS; KASTRUP, 2014, p. 57, grifos meus).

Martines, Machado e Colvero (2013) afirmam a cartografia como um método relativamente novo quanto ao seu uso na pesquisa qualitativa no Brasil, apontando-a como inovação para a produção de conhecimento na área da saúde.

Passos, Kastrup e Escóssia (2014b), ao traçarem alguns movimentos, como a elaboração de livros, os trabalhos de grupos de pesquisa, entre outros, mapeiam os processos experimentados em torno da cartografia, destacando a ampliação desse debate no campo da pesquisa sobre as práticas de gestão e de cuidado em saúde. Esses autores apontam que o

⁹⁶BARROS, 1993, p. 3.

método da cartografia se apresenta “[...] como alternativa importante para acompanhar o movimento da reforma sanitária brasileira e as lutas macro e micropolíticas para a produção de políticas públicas no Brasil”. (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2014b, p. 12).

Além de possibilitar a produção de saberes e práticas no campo da Saúde Coletiva, a cartografia é adotada como um método não restrito a um fazer metodológico, mas que se desenha em atos e posicionamentos no plano cotidiano de produção da vida, pela experimentação do real. Segundo Passos, Kastrup e Tedesco (2014b, p. 9),

[...] o método da cartografia se ancora em uma compreensão da cognição inventiva e em uma política cognitiva criadora, reafirmando seu afastamento da abordagem teórica e da política cognitiva da representação de um mundo supostamente dado. *Nesta direção, o método cartográfico não se define pelos procedimentos que adota, mas é uma atividade orientada por uma diretriz de natureza não propriamente epistemológica, mas ético-estético-político. (Grifos meus).*

Portanto, em abandono de qualquer perspectiva de neutralidade acadêmico-científica. Trata-se, para mim, de um certo modo de existência, de compor e de me relacionar com os sujeitos, as instituições, os processos em curso, por isso, também, teórico-metodológico em produção da vida e, nela, o ato de pesquisar.

Novos modos de pesquisar, possibilitando outras formas não só de ver-dizer, mas de se inventar, de se inovar, de se constituir. Nas palavras em poesia de Barros (1993), *dar ao pente funções de não pentear, até que ele vire begônia; usar palavras que ainda não tenham idiomas*. Um processo de produção de si, de diferenciação de si, pela potência de mutações constantes nas experiências reais.

Como método, a cartografia “[...] visa acompanhar um processo e não representar um objeto [...] trata-se sempre de investigar um processo em produção”. (KASTRUP, 2014, p. 32, *grifos meus*).

Trago de novo para a cena a produção de Deleuze e Guattari e a perspectiva da cartografia como possibilidade de aproximação analítica aos espaços concretos de produção. Isso se faz a partir de um trabalho cartógrafo, que busca produzir mapas, busca seguir as linhas e as conexões, para permitir ampliar a visibilização dos territórios existentes, procurando ao mesmo tempo escapar deles. Os mapas que o cartógrafo rabisca nesse caso pretendem produzir visibilidade às expressões de ações e manifestações da subjetividade interrogada. (FEUERWERKER, 2014, p. 31-32).

Ora, para traçar os mapas, as cartografias, o *diagrama das forças* que atuam nos espaços concretos da regionalização da saúde, no duplo gestão e cuidado, como pretendido neste estudo, era necessário mergulhar e experimentar a produção regionalizada do SUS,

delineando o acompanhamento de sua processualidade. “Conhecer o caminho de constituição de um dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção.” (PASSOS; BARROS, 2014, p. 31).

Concordamos com Kastrup (2008) ao afirmar que *o método cartográfico é um método geográfico e transversal. A ideia de uma pesquisa-intervenção associada a uma cartografia traz consigo a noção de território como algo movente*, permanente tornar-se e desfazer-se pontuado por Haesbaert (2006). Esse deslocamento assíduo entre territorializar, desterritorializar e reterritorializar não se coloca em oposição binária ou em uma lógica contraditória, mas são modos contínuos de se estabelecer, de funcionar. *É preciso salientar que a desterritorialização não é o ponto de chegada, mas faz parte de um processo de criação de novos territórios.* Nesse sentido, o transversal corresponde ao atravessamento de linhas, forças, vetores, que desestabilizam determinado território e podem derivar em agenciamentos coletivos. (PAULON; ROMAGNOLI, 2010, p. 96-97, *grifos meus*)

Dessa forma, aliada a cartografia, a perspectiva da pesquisa-intervenção mostrou-se potente às questões como: a experimentação do território em sua qualidade real, movente e processual; a possibilidade de afetação pela realidade em engendramento, pelos sujeitos que a constituem e são por ela constituídos em relação; a interrogação das instituições, suas tecnologias, estratégias, procedimentos e instrumentos em operação; a problematização das relações de saber-poder em exercício e das práticas discursivas e não discursivas na produção real do SUS.

Como prática desnaturalizadora, o que inclui a própria instituição da análise e da pesquisa, as estratégias de intervenção terão como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas. Procedemos, desse modo, à crítica ao estatuto da Verdade, interpelando o poder das teorias, das organizações e das formas constituídas no que tange ao conhecimento e às relações sócio-institucionais, frente à realidade complexa e diferenciada. (ROCHA; AGUIAR, 2003, p.71, *grifos meus*).

Assim, o desafio posto era o de traçar os mapas das (in)visibilidades que se punham nas linhas de forças, em atuação e atravessamentos nos territórios percorridos, nos lugares da regionalização da saúde habitados. *Como desnaturalizar os modos instituídos e tomados como verdadeiros nos processos de gestão e de cuidado em saúde regionalizados?*

Uma das pistas cartográficas é a de tomar a experiência como

[...] como um saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer. *Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer para o fazer-saber, do saber na experiência a experiência do saber.* (PASSOS; BARROS, 2014, p.18, *grifos meus*).

Rocha e Aguiar (2003, p. 71), ao destacarem alguns aspectos centrais que vêm orientando o desenvolvimento da pesquisa-intervenção, indicam a

[...] mudança de parâmetros de investigação no que tange à neutralidade e à objetividade do pesquisador, acentuando-se o vínculo entre gênese teórica e social, assim como a produção concomitante do sujeito e do objeto, questionamento dos especialismos instituídos, ampliando as análises do nível psicológico ao microsocial [...] ênfase na *análise da implicação*, acentuando-se que, para além dos vínculos afetivos, profissionais ou políticos, *a análise se realiza com as instituições que atravessam o processo de formação*.

Assim, a aliança entre a cartografia com a pesquisa-intervenção e uma análise da implicação mostrou-se bastante procedente e frutífera na composição teórico-metodológica desta Tese. A análise de implicação pelo fato de não só questionar as práticas institucionais, mas também por potencializar uma análise do percurso implicado do sujeito-pesquisador, no meu caso, meu entrelaçamento político-profissional com o SUS, conforme delineado na Introdução desta Tese.

Permeando tais perspectivas teórico-metodológicas, a cartografia, a pesquisa-intervenção e a análise de implicação, retomo alguns pressupostos já delineados, os quais se constituem como os acentos, por onde pouso e constituo esta trajetória de pesquisa: a inexistência da neutralidade dita científica; toda pesquisa é intervenção; o acompanhamento de processos em produção na realidade; a problematização da dicotomia da relação sujeito-objeto, assumindo a interação produtora entre sujeito-objeto, onde ambos são fabricados e afetados no ato de pesquisar e de intervir na realidade, sem hierarquia de um sobre o outro; a não dissociação entre a produção de saberes e práticas e a transformação da realidade, concebendo que tal produção acontece em um plano de imanência; e a adoção do posicionamento de *pesquisar com* e não sobre algo, conforme Moraes (2014).

Quando já não nos contentamos com a mera representação do objeto, quando apostamos que todo conhecimento é uma transformação da realidade, o processo de pesquisar ganha uma complexidade que nos obriga a forçar os limites de nossos procedimentos metodológicos. O método, assim, reverte seu sentido, dando primado ao caminho que vai sendo traçado sem determinações ou prescrições de antemão dadas. (PASSOS; BARROS, 2014, p. 30-31, grifos meus).

Dessa forma, tomo a cartografia como um método *ad hoc* (Kastrup, 2014), não dado *a priori*. Um método cuja aplicação desenha-se pela inversão metodológica, um *hódus-metá* onde o caminho percorrido contribui para a proposição das metas da pesquisa (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2014a; 2014b).

Não podemos, pois, dizer que todo método antecipa o caminho a trilhar, mas podemos dizer que todo caminho traçado a priori impõe, sim, um olhar objetificante, porque ao tentar antecipar alguma ação/conclusão reduz a sensibilidade do olho do pesquisador, impede-o de captar aquilo que se apresenta como inusitado. Com isto estamos afirmando que o que não pode faltar nem à modalidade de pesquisa-intervenção, nem ao método cartográfico aqui discutidos é o compromisso ético-estético com a vida – paradigma da esquizoanálise – e o exercício de análise de implicação do pesquisador – ferramenta da análise institucional. (PAULON; ROMAGNOLI, 2010, p. 98).

Na construção metodológica desta Tese, e mais especificamente, na minha entrada no campo da pesquisa, nos lugares da regionalização da saúde, mantive-me aberta à positividade dos improvisos e das mudanças de rumo, compreendendo tal abertura como um diálogo com as situações, os sujeitos, as instituições, os jogos de verdade, as relações de saber-poder, enfim, com tudo aquilo que se tecia no real, através dele, com ele e a partir dele. Uma produção forjada em imanência, assim, sem possibilidade de *a priori*, mas em tecitura do real, pelo presente em experimentação.

Na sequência, passo a debulhar o caminho experimentado-construído, ele mesmo, como uma cartografia que mapeia e faz parada nas questões metodológicas relacionadas ao desenvolvimento do campo da pesquisa, as problematizações suscitadas e as produções possíveis.

4.3 O caminho metodológico percorrido-construído: a experimentação positiva do cegar no engate da cartografia com a arqueogenealogia

O fazer-saber do caminho-estudo desenhou-se em mim em incertezas, porque não escrito ou sequer prescrito. Para mim, um “*Ensaio sobre a cegueira*”, lembrando-me de José Saramago. Uma experiência-aprendizado, onde o caminho-estudo, pelo andar processual, apontou-me o como fazer. Daí o reconhecimento do percurso como uma experiência *do cegar*. Há que se aprender a usar o dispositivo da bengala, como conta Moraes (2014).

A construção da cartografia, enquanto método, está sendo em mim processual. E também problematizadora na medida em que questões disparadoras me apoiam na busca-experimentação e no traçar dos caminhos teórico-metodológicos. O modo cartográfico me contamina dado a intensidade de sua dimensão real e de experimentação vinculada à prática. Daí a afirmação de me sentir em transformação no fazer da pesquisa, em especial da construção de seu *hódus-metá*. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 15 mar. 2015).

Entretanto, o reconhecimento da não linearidade e progressividade do caminhar metodológico, pela realização de etapas previstas, não implicou no desenvolvimento de uma pesquisa sem direção e sem análise de seus efeitos. “A diretriz cartográfica se faz por pistas que

orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados.” (PASSOS; BARROS, 2014, p. 17).

Desse modo, ao longo da elaboração desta Tese, algumas pistas foram ganhando corpo e delineando a escolha dos referenciais teórico-metodológicos; a problematização do objeto de estudo; a habitação do campo; a produção e colheita de dados⁹⁷; e a análise dos discursos, das práticas e das experiências, enfim, a análise do que foi produzido – atualização pela captura do virtual que perpassa a fabricação do SUS regional.

As pistas cartográficas se desenharam em conformidade com Passos, Kastrup e Escóssia (2014) e Passos, Kastrup e Tedesco (2014). A experiência vivida nutriu as escolhas e os passos realizados, conferindo singularidade ao ato de pesquisar e à produção dos saberes tecidos por e nesta Tese.

Uma dessas pistas, referiu-se à ideia-força de que “*A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade*” (Pozzana, 2014), onde os efeitos da Pesquisa do PPSUS⁹⁸, produziram dobras e constituíram aberturas para a problematização e a formação-aprendizado: minha, como pesquisadora-cartógrafa, e do mundo da pesquisa, não só a do PPSUS, mas também a do Doutorado. Pensada no plano da afetabilidade (das afecções), a formação “[...] implica a consideração constante de acompanhar os efeitos das práticas. O caminho da pesquisa se faz nos efeitos do campo em nós (pesquisadores-cartógrafos) e nos efeitos do campo da nossa presença-intervenção”. (POZZANA, 2014, p.56).

Ainda segundo esta autora, o cartógrafo “[...] é formado nas problematizações do mundo, nos desvios, nos lapsos, ali onde algo escapa ou onde não encontramos o que ansiamos encontrar”. (POZANNA, 2014, p. 61).

Assim, pelos efeitos das problematizações suscitadas, esta Tese se fez em *composição metodológica de dois momentos*: i) o primeiro, que buscou ver-dizer a regionalização da saúde do Ceará, em camada estadual, fertilizada pela Pesquisa do PPSUS; ii) o segundo, fomentado pela regionalização da saúde, na Região de Saúde de Sobral, em camada

⁹⁷A ideia de produção e colheita de dados inscreve-se na compreensão de que os ‘dados’ do estudo são produzidos, quando da experimentação do real, ou seja, quando da minha entrada e relação com os territórios, os sujeitos, as instituições, enfim, com a realidade da regionalização da saúde em fabricação. Daí a utilização do termo produção, mas também de colheita, pressupondo que se colhe o que se produz. Portanto, colheita de dados produzidos e não coleta de dados, que afirma a existência de algo que está lá na realidade, esperando para ser coletado. Algo pronto e não em produção.

⁹⁸Pesquisa “*Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados*”, onde minha inserção e seus efeitos foram narrados nos Capítulos 1 e 2 desta Tese.

regional, ancorada no Projeto de Pesquisa do Doutorado⁹⁹, mas também na Pesquisa do PPSUS, considerando que o objeto de estudo desta Tese se desenhou pelo caminhar nesta última.

Compor a Tese, em dois momentos metodológicos, tomou como base a pista de que “*Cartografar é acompanhar processos*” (Barros e Kastrup, 2014). Ou seja, ver-dizer-mapear a regionalização da saúde implicou no acompanhamento de sua processualidade, nas camadas e nas relações onde acontecia. Processualidade, esta, que requereu um ‘olhar móvel cartográfico’, o qual se desliza em busca do visível e do não visível; aproximações com o exercício e a abordagem da micropolítica, onde a intensidade de ver e a captura de práticas e saberes locais¹⁰⁰, muitas vezes invisibilizados e pouco valorizados, problematizam, atualizam e produzem o real em suas múltiplas possibilidades de existência.

Na realidade criada na perspectiva da imanência, a dimensão micropolítica ganha importância e revela ser mais que uma dimensão na escala espacial (a do lugar) ou que uma temporalidade (a do cotidiano), abrindo a História à experiência imprevisível que se espreita no cotidiano. Isso porque a noção de movimento que ganha consistência entre a macro e a micropolítica não se faz pela negação, ou seja, pela busca de unidade/síntese como na dialética hegeliana, mas pela positividade vinculada à vontade de potência, constituída nas experiências que criam sentidos na história dos homens. (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 70).

Assim, minha referência às camadas, estadual e regional, não implicou em uma perspectiva de corte da realidade em espaços territoriais definidos, o maior e o menor. Mas de vê-los como espaços em processualidade, onde o pesquisador navega por atravessamentos que vão e vem, em diálogos e abordagens da macro e da micropolítica. Intercessões entre superfícies. Não nego as existências e as diferenças dessas camadas, vendo-as não como

⁹⁹Refiro-me, aqui, ao Projeto de Pesquisa por mim submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará (CEP/FM/UFC), o qual analisa e autoriza as pesquisas do Doutorado de Saúde Coletiva da UFC. Nesse Projeto, postulei sua composição nas duas camadas referidas. Isto é, o Projeto de Pesquisa do Doutorado, em sua abordagem, incorporou o uso de produtos-resultados construídos na Pesquisa do PPSUS, também submetida ao CEP/FM/UFC, além de outros viabilizados por ele próprio, Projeto do Doutorado. Assim, esta Tese se ancorou em dois Projetos de Pesquisa, o do PPSUS e o do Doutorado, portanto, em dois Pareceres de Aprovação do CEP/FM/UFC, além de outros específicos como é o caso do Hospital Regional Norte e da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, que possuem Comitês de Ética em Pesquisa específicos.

¹⁰⁰Conforme Foucault (1999), “[...] saberes locais - "menores", talvez dissesse Deleuze [...]”, com a seguinte nota de rodapé em relação à Deleuze: “Os conceitos de "menor" e de "minoría" - antes acontecimentos singulares do que essências individuais, antes individualizações por "ecceidade" do que substancialidade - foram elaborados por G. Deleuze, com F. Guattari, in Kafka. *Pour une littérature mineure* (Paris, Ed. De Minuit, 1975), retomados por Deleuze no artigo “*Philosophie et minorité*” (*Critique*, fevereiro de 1978), e desenvolvidos posteriormente, em especial em G. Deleuze & F. Guattari, *MilJe plateaux. Capitalisme et schizophrénie*, Paris, Ed. De Minuit, 1980. A "minoría" remete também ao conceito de "molecular" elaborado por F. Guattari em *Psychanalyse et transversalité. Essai d'analyse institutionnelle* (Paris, Maspero, 1972), cuja lógica é a do "devenir" e das "intensidades". (p. 15-16).

‘pedaços’ a constituir uma suposta totalidade do real da regionalização da saúde, mas como superfícies que compõem o múltiplo e a realidade.

Outro intercessor significativo, que me apoiou na constituição metodológica da Tese em dois momentos, foi o acesso ao desenho de investigação realizado por Cecílio, Carapinheiro e Andreazza, organizadores do livro “*Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde*” (2014, p. 27), que contam sobre uma pesquisa “[...] organizada em duas fases, cada qual com sua estratégia metodológica.”

Assim, embora com algumas estratégias distintas, constituídas pelas diferentes camadas e formas de habitação do campo em cada uma delas, ambos os momentos metodológicos foram tomados em coexistência e efeitos entre si, considerando as relações de processualidade, articulação e diálogo entre o processo de regionalização no estado e na Região de Saúde de Sobral.

Especialmente, penso que o primeiro momento potencializou uma aproximação inicial junto ao domínio temático da regionalização da saúde do Ceará, possibilitando a captura e a análise de seu processo histórico-institucional, constituído por práticas discursivas e não discursivas; relações de saber-poder; produção de subjetividades e de institucionalidades.

Já o segundo momento, colocou-se como efeito dos problemas formulados a partir da aproximação realizada. Engendrou-se como uma dobra, uma linha de fuga, tensionando a busca-construção da regionalização da saúde pelo o olhar de outros lugares, territórios e sujeitos. Um olhar que se tece pela produção e captura de *como ela estava acontecendo* na Região de Saúde, ou mais proximamente, *como ela estava acontecendo* nos ditos lugares da regionalização, lá onde são realizados os processos de trabalho do cuidado e de gestão da saúde. Ou seja, nas unidades de saúde, nos espaços de gestão do SUS, nos encontros entre sujeitos e instituições.

O percurso cartográfico potencializou não a evolução de uma pesquisa para outra, como em um seguimento progressivo de uma linha reta. Mas se constitui como uma estética rizomática por agenciamentos diversos e autônomos. Abriu-se, não somente para mim como também para outros pesquisadores, pós-graduandos¹⁰¹ vinculados à equipe do PPSUS, a

¹⁰¹A equipe de pesquisadores, vinculados diretamente a Universidade Federal do Ceará/Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado)/Departamento de Saúde Comunitária, sob coordenação do Professor Doutor Ricardo José Soares Pontes, era constituída, à época, por dois doutorandos e duas doutorandas de Saúde Coletiva; duas mestrandas de Saúde Pública e uma Mestre de Saúde Pública. Os seis pós-graduandos engataram suas pesquisas individuais, de Doutorado e de Mestrado, à produção do PPSUS, vinculando seus objetos de estudo ao domínio da regionalização da saúde, utilizando-se, para isso, dos discursos dos gestores públicos estaduais de saúde, construídos pelo e no desenvolvimento do PPSUS. Mas também, agregando outros sujeitos participantes, em consonância com os objetivos de estudo pretendidos por cada um.

possibilidade viva e pulsante de enredamento e produção de outros estudos e pesquisas, guiados por afetações e desejos subjetivos e singulares, em relevo e demora naquilo que, para cada um, se desenhou como uma possibilidade de interrogação.

A Pesquisa do PPSUS, nesse sentido, não produziu apenas novos saberes da regionalização da saúde do Ceará, mas novos problemas de investigação, *positivando mais entradas do que saídas*. O que foi bem-vindo, afinal, não estava eu, e penso que todos nós da Pesquisa do PPSUS, intencionados à procura e à construção da ‘verdade’ ou da ‘essência’ da regionalização da saúde do Ceará, mas de sua problematização, de sua produção, de suas erupções cutâneas.

Conforme Passos e Benevides de Barros (2003 *apud* Paulon; Romagnoli, 2010, p. 97):

O caráter híbrido das estratégias de intervenção está exatamente no ponto onde a solução convoca seu rearranjo, a invenção de um novo território onde tal problema será exatamente outro. A solução de um problema se confunde com a criação de um outro problema. É por isso que podemos dizer que na clínica importa muito mais a criação de novas entradas do que a ‘descoberta’ de novas saídas [...].

Desse modo, a estratégia teórico-metodológica, constituída por dois momentos, inscreveu-se com o sentido acima. A intervenção na Pesquisa do PPSUS e seus efeitos fizeram brotar outros problemas, cujas interrogações desterritorializaram os lugares constituídos, elaborando novas possibilidades de produção e de invenção.

“Neste movimento em que conhecimento e ação se co-produzem novas realidades, novas perguntas e novas subjetividades vão se constituindo. *Afinal, pensar é inventar*”. (PAULON; ROMAGNOLI, 2010, p. 95, *grifos meus*).

Na sequência, discorro sobre os aspectos metodológicos dos Momentos Um e Dois, compondo as habitações das camadas, estadual e regional; seguido do engate entre ambos para a análise dos dados produzidos e colhidos; finalizando este capítulo, com as questões éticas pertinentes ao processo de pesquisa.

4.3.1 Momento Um: o cartografar da regionalização da saúde do Ceará

A Pesquisa do PPSUS foi desenvolvida entre o início de 2013 a junho de 2015, por uma equipe de pesquisadores vinculada à diferentes Instituições de Ensino¹⁰². Como cenário de

¹⁰²Instituições de Ensino distribuídas: i) como proponente e executora do Projeto, a Universidade Federal do Ceará/Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado)/Departamento de Saúde

partida, tomou a regionalização da saúde do Ceará, cujo desenho organizacional está constituído por 22 Regiões de Saúde (RS) e cinco Macrorregiões de Saúde (MR), conforme Figura 3, desta Tese.

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, que teve como centralidade constituir, problematizar e analisar o processo da regionalização da saúde do Ceará, destacando o período de 2012 a 2014, pós implantação dos COAP nas Regiões de Saúde cearenses. Para isso, tomou como referência os discursos de gestores públicos estaduais de saúde e de documentos governamentais afins ao tema, destacando: o Plano Estadual de Saúde, 2012 - 2015 (Ceará, 2012a), os Planos Diretores de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde, 2011 e 2014 (Ceará, 2011a; Ceará, 2014a) e os Contratos Organizativos de Ação Pública da Saúde, de 2012 a 2013 (Ceará, 2012c), além de produções acadêmico-científicas pertinentes à área em questão.

A escolha dos gestores públicos estaduais de saúde, como participantes do estudo, seguiu a pista de serem estes os condutores políticos e técnicos da regionalização da saúde do Ceará, colocando-os como alguns dos “sujeitos do discurso” (Foucault, 2008c; Araújo 2007). Por esta e nesta condição, são os sujeitos autorizados a falar, a induzir e a produzir práticas discursivas e não discursivas, que organizam e asseguram o cumprimento das regras e das normas da política pública de saúde no estado, traçada em consonância com a base normativa nacional.

Compondo a condição de “sujeitos do discurso”, os participantes do estudo foram escolhidos, considerando os seguintes critérios: i) experiência vinculada à gestão do processo de regionalização da saúde do Ceará; ii) lotação do profissional na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), como também nas Coordenadorias Regionais de Saúde¹⁰³ (CRES),

Comunitária; ii) como instituições âncoras, a Universidade do Vale do Acaraú, a Universidade Regional do Cariri e a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará; iii) como colaboradoras, a Universidade Estadual do Ceará, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade de Campinas.

¹⁰³No Ceará, cada Região de Saúde tem um “[...] órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde, denominada Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, com exceção da região de Cascavel, criada pela Resolução n.º 10/2005 do Conselho Estadual de Saúde – CESAU, que ficará técnico-administrativamente sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional de Fortaleza. A Coordenadoria Regional dispõe de uma estrutura organizacional, com um responsável: o coordenador regional de saúde e dois assessores diretos: um assessor técnico e um assistente técnico administrativo financeiro. Conta também com uma equipe técnica de apoio. São atribuições da CRES: i) implementação das políticas estaduais de saúde em âmbito regional; ii) assessoramento na organização dos serviços nas regiões; iii) orientação, planejamento, acompanhamento, avaliação e monitoramento das atividades e ações de saúde em âmbito regional, segundo normas técnicas; iv) promoção e articulação inter-institucional; v) gestão do sistema de referência e contra-referência no âmbito regional; vi) execução de outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional. Extraído de: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>.

considerando as funções gestoras exercidas em ambas as instâncias; iii) exercício de coordenação e articulação para a elaboração do COAP, seja no nível Central da SESA como nas CRES.

Os discursos dos gestores públicos estaduais de saúde foram construídos por meio de entrevistas em profundidade, feitas pelos pós-graduandos da equipe da Pesquisa do PPSUS. Foram entrevistados um total de 23 gestores, sendo cinco do nível central da SESA e 18 coordenadores regionais das CRES. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, constituindo o corpo discursivo analisado.

Os entrevistados foram informados sobre os objetivos da Pesquisa do PPSUS e sua aprovação¹⁰⁴, no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, além de terem sido convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Anexos¹⁰⁵ A e B, respectivamente. O sigilo e o anonimato dos envolvidos foram devidamente garantidos, além de sua condição de livre participação.

A ideia inicial, contida na Pesquisa do PPSUS, era a de contemplar a participação de todos os gestores regionais de saúde, ou seja, dos 21 coordenadores de CRES, considerando que a Regional de Cascavel e de Fortaleza compreendem um único coordenador. Entretanto, no desenrolar da Pesquisa, isto não foi possível.

Embora considerando a singularidade das experiências e dos discursos de cada coordenador regional e, mais do que isso, a singularidade produzida no ato mesmo de entrevistar, tal fato não foi problemático ao desenvolvimento do estudo. Não por tomar como razão explicativa o quantitativo de entrevistas feitas, considerando o universo de 21 sujeitos e de 18 entrevistados, mas pelos discursos produzidos, os quais possibilitaram a captura de “acontecimentos discursivos” (Foucault, 2006c; Castro, 2014) da regionalização da saúde do Ceará, analisados nos capítulos seguintes desta Tese.

Nas entrevistas realizadas, a questão disparadora utilizada foi a de solicitar que cada entrevistado falasse da regionalização da saúde do Ceará. Antecedendo a este pedido, como forma de estabelecer um vínculo entre entrevistado e entrevistador, ainda que inicial, foi pedido a ele que abordasse sobre sua trajetória profissional.

O uso da técnica da entrevista em profundidade teve a intenção de possibilitar a formação de uma ‘narrativa livre’, por parte do entrevistado, cabendo indagações para

¹⁰⁴Aprovado com o Parecer nº137.055, em 01 de novembro de 2012. (ANEXO A).

¹⁰⁵Refiro-me aos Anexos A e B não como Apêndices, por considerá-los uma produção da Pesquisa do PPSUS, portanto, de elaboração e uso coletivos, os quais tomo de ‘empréstimo’ nesta Tese para compor seu primeiro momento metodológico.

esclarecimentos e aprofundamentos das questões, tanto pelo entrevistador quanto pelo entrevistado, quando necessário fosse.

O ato de entrevistar constituiu-se como um aprendizado que se desenhou em minha formação, e ainda se desenha. Compreendo, hoje, que para além da ‘narrativa livre’, há que se constituir *modos de como fazer a entrevista*, vivenciá-la como experiência e analisá-la como discurso produzido, atentando para os seus efeitos na realidade investigada, mas também nos sujeitos em relação em sua experimentação.

Este aprendizado colocou-se, para mim, durante as entrevistas do PPSUS. Em meu percurso cartográfico, deparei-me com o artigo “*A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer*”, de autoria de Tedesco, Sade e Caleman, (2013). Uma pista valiosa que acabou compondo em intensidade minha formação cartógrafa, guiando-me em ambos os momentos metodológicos desta Tese.

Um bom encontro! Não uma receita de bolo e sequer um conforto para as minhas inquietações, na medida em que essa leitura suscitou questões para o aprendizado do *manejo cartográfico na entrevista*, o qual “[...] privilegia a experiência construída nas falas, isto é, prioriza a experiência da entrevista em detrimento da entrevista sobre uma experiência”. (TEDESCO; SADE; CALEMAN, 2013, p. 307, *grifos meus*).

Pensamos na entrevista como experiência compartilhada do dizer que, como vimos, em sua performatividade cria mundo, sempre. E é ao assumir esse caráter performativo da fala na entrevista que se torna fundamental pensar sobre que direção queremos seguir, que realidades queremos criar e potencializar em nossas pesquisas e como fazê-lo. O manejo cartográfico visa a, portanto, por meio do redirecionamento ininterrupto das falas, de relances, perguntas e comentários, alimentar e privilegiar a vivacidade da linguagem. A entrevista deve intervir na abertura ao caráter intensivo da experiência do processo do dizer em curso, resistindo aos discursos unificadores e totalizantes. (TEDESCO; SADE; CALEMAN, 2013, p. 316-317, grifos meus).

Tal perspectiva requer a composição de um “[...] *ethos* cartográfico como orientação geral dos procedimentos ligados à sua construção”. (TEDESCO; SADE; CALEMAN, 2013, p. 299, *grifo dos autores*). Como tal, indica a positividade em estar atento não apenas ao *conteúdo* informacional, que o entrevistado traz em decorrência da sua experiência, mas de se colocar em atenção às múltiplas *expressões* que compõem o dizer. Pôr em conexão forma de conteúdo e de expressão, processo, este, não realizado muitas vezes.

Ao não se relacionar forma de conteúdo e de expressão, o dito acaba por constituir um discurso preso à língua em sua estrutura formal e lógica, produzindo significados que transitam entre o verdadeiro e o falso. Para a descrição de uma dada realidade ou de um

fenômeno em estudo, opera-se a perspectiva representacional pelo privilégio do aspecto descritivo e lógico da linguagem.

A linguagem representacional precisa ser refratária às inconstâncias dos fatos sob o risco de estas carregarem para o interior da linguagem a irregularidade do mundo. A função representacional dos signos exige a eliminação das variações de expressão, as modulações presentes ao dizer, que passam a ser consideradas aspectos extralinguísticos, tal como qualquer outro aspecto da realidade exterior. Como impurezas e ruídos, as alterações nos modos de dizer são desconsideradas por comprometerem a correspondência fiel da linguagem com a ordem do mundo (RECANATI, 1979). Justifica-se, então, a afirmação da dicotomia entre expressão e conteúdo, pressuposto da representação, presente nas modalidades de entrevista que buscam extrair informações claras e organizadas, independente da narrativa que as engendrou. (TEDESCO; SADE; CALEMAN, 2013, p. 302-303).

Já a entrevista na perspectiva cartográfica

[...] não visa exclusivamente a informação, isto é, o conteúdo do dito, e sim o acesso à experiência em suas duas dimensões, de forma e de forças, de modo que a fala seja acompanhada como emergência na/da experiência e não como representação. *Esta iniciativa se torna possível se lançamos mão da perspectiva pragmática da linguagem que mantém a distinção, mas sublinha a inseparabilidade, entre expressão e conteúdo* (AUSTIN, 1990; DUCROT, 1987 *apud* TEDESCO; SADE; CALEMAN, 2013, p. 303, *grifos meus*).

A pragmática da linguagem compõe-se, assim, pela articulação e engrenagem do duplo, conteúdo e expressão, potencializando o aparecimento não só da experiência de vida em relato, mas também a processualidade da experiência em curso, no ato mesmo da entrevista, no ato mesmo do dizer. Dessa forma, no discurso do entrevistado, não está em jogo

[...] a re-apresentação em palavras de ocorrências que são externas à entrevista. Não há uma experiência em si, externa ao dizer, e que seria então relatada pela *dimensão neutra dos signos*. [...] a linguagem, estabelecida na reciprocidade entre expressão e conteúdo, sofre a ação dos fatos e age sobre eles, ostenta em si a própria realidade e, portanto, pode produzir-se como experiência. *A entrevista não funciona como procedimento que media o acesso à experiência, ela se efetiva como tal.* (TEDESCO; SADE; CALEMAN, 2013, p. 305, *grifos meus*).

Trata-se, ainda, de trazer para o dizer a possibilidade de constituí-lo como ato de fazer. O discurso como portador de um agir e de acontecimentos, compondo o falar e o fazer em coexistência, na experiência do dizer. Uma prática que não se descola do dito. Assim, a entrevista, em seu dizer e agir, compõe-se como um ato de produção de algo. Algo que visibiliza e relaciona acontecimentos. Por isso, mais do que responder às questões, a entrevista constitui-se como uma *experiência de fabricação de questões*, conforme sinalizam Deleuze e Parnet (1998).

A experiência do dizer, mas também do agir, é relacional e produtora, desenhando-se como espaço de intervenção e de afetações mútuas entre entrevistado e entrevistador. Um processo que possibilita uma produção de si, do outro e da realidade, operando no *entre dois* o *devir*. Um traçado de um *devir*.

Adentrar na *experiência do dizer* (Tedesco, Sade e Caleman, 2013) e habitar o ‘lugar da entrevista’, na perspectiva de Alvarez e Passos (2014), requereu uma certa inventividade e disponibilidade para o fazer-aprender. Em um rol de entrevistas, que não foram por mim vivenciadas e construídas, como algumas da Pesquisa do PPSUS, adotei a ‘prática’ de escutar suas gravações e não apenas ler suas transcrições.

A pretensão era a de sentir as entonações de voz, as respirações, tentando estabelecer vínculo e afetação com as expressões do outro. Tentar se deslocar, no que fosse possível, do contexto informacional que os discursos traziam. Certamente, não se tratou de uma entrada na experiência em si da entrevista, dada minha não participação nela, mas de uma busca para a captura de *componentes extra-linguísticos*; um processo para afetação e relação com outro pela experiência de escuta que eu estava vivendo.

Ao conceber as relações de determinação mútua entre expressão e conteúdo, priorizamos a experiência produzida na própria fala que se manifesta em enunciações constituídas não apenas por componentes linguísticos da frase - léxico e sintaxe - , mas também e, principalmente, por componentes extralinguísticos como variações de entonação, de ritmo e de velocidade somados a componentes como expressões faciais e corporais (GOBART, 1976; DEPRETO, 1997 *apud* TEDESCO; SADE; CALEMAN, 2013, p. 304-305).

Esta técnica de aproximação-afetação me levou, em vários momentos, a me colocar na entrevista entre seus sujeitos em intervenção e diálogo – entrevistado e entrevistador. Por apreciá-la, passei a escutar, também, algumas das entrevistas feitas por mim. Especialmente nas entrevistas que realizei, pela escuta atenta, pude perceber momentos de indução, de fechamento e de abertura para o outro, de prolongamento de temas, intensidades, relações entre o dito e as emoções expressas na voz e na respiração, regularidades e variações discursivas, afetos em circulação.

Desenhou-se, nesse sentido, um processo de aprendizagem do entrevistar com a experiência produzida e (re)tomada. Ou com o não experimentado, mas posto em escuta, análise e atenção. Em ambas as possibilidades, *a constituição de uma outra experiência*, possibilitando-me a abertura para experimentar a “*performatividade*” da entrevista.

Tendo em conta a performatividade da entrevista como prática que interfere diretamente sobre a realidade, precisamos estar atentos aos efeitos das intervenções do entrevistador sobre a experiência do dizer em curso. Algumas falas podem contribuir para a abertura e diferenciação das questões, outras, para o seu fechamento. (TEDESCO; SADE; CALEMAN, 2013, p. 308).

Então, a busca-construção foi a de (re)visitar os procedimentos metodológicos da Pesquisa do PPSUS em diálogo com a constituição do método cartográfico. O uso da cartografia e da arqueogenologia requeria, necessariamente, outra pegada, outro pousar de olhos e de corpo no que vinha sendo produzido.

Valorizar os procedimentos teórico-metodológicos da entrevista destacou-se nesse processo, considerando a pista de tomá-la como técnica-experiência para a constituição discursiva e não discursiva da regionalização da saúde do Ceará. Nesse sentido, a busca se estendeu, ainda, em relação à análise dos discursos produzidos.

Neste caso, a perspectiva foi a de uso das lentes da arqueogeneologia. Debruçar-me sobre os discursos dos gestores públicos estaduais de saúde; ater-me às narrativas documentais da regionalização da saúde; e olhar as experiências por mim vivenciadas em meu caminhar implicado, para, então, dar visibilidade e dizibilidade ao percurso da regionalização da saúde no estado.

Os discursos dos gestores públicos estaduais de saúde foram analisados e refletidos no grupo de supervisão da Pesquisa do PPSUS. Lá, as entrevistas para análise foram divididas entre a equipe, onde cada pós-graduando deveria fazer leituras do texto discursivo, identificando categorias temáticas para compreensão do processo da regionalização da saúde.

Considerando meu interesse pela arqueogeneologia, associei a este percurso outras tecnologias metodológicas de inspiração foucaultianas, adotadas na e para a produção desta Tese. Para isso, adotei algumas pistas, como forma de proceder a analítica dos enunciados, tanto das entrevistas como dos documentos vistos. Tratou-se de um processo que requereu atenção e cuidado teórico-metodológico por não estar ‘acostumada’ a essas novas pegadas e olhares.

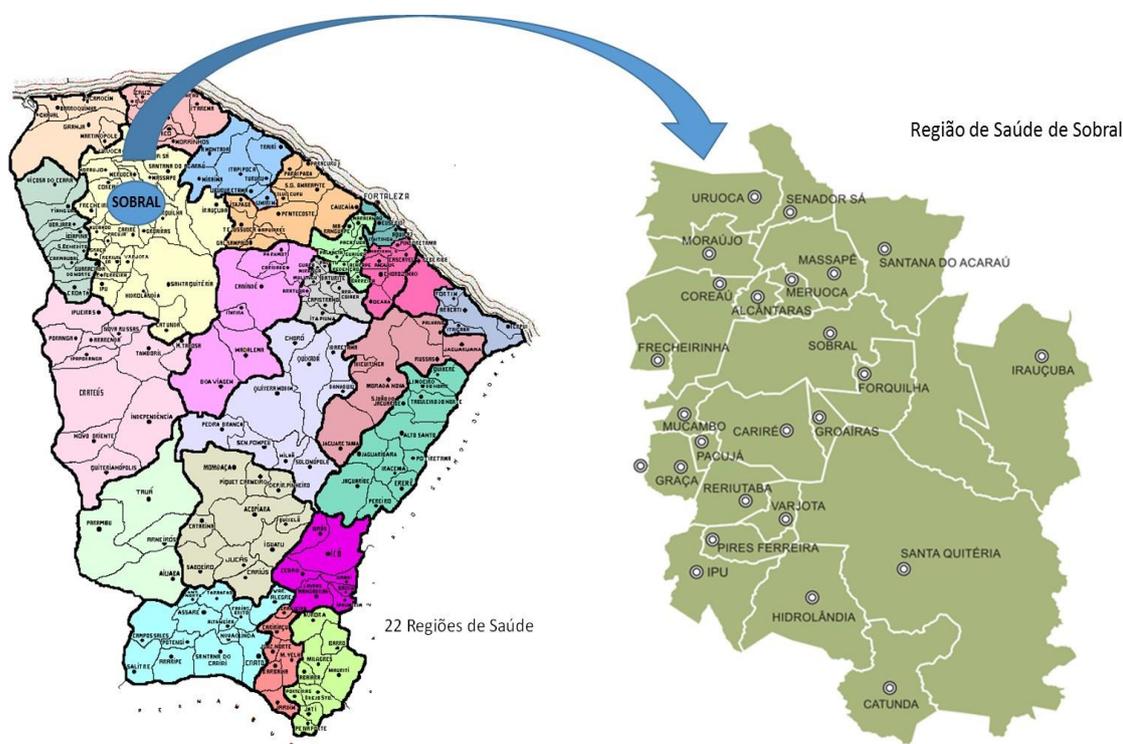
Seguindo a (Com)posição desta Tese, os instrumentos, os procedimentos e os modos utilizados para o processo de análise, tanto no Momento Um quanto no Dois, será descrito e problematizado na seção 4.4. Na sequência, dedico-me a destacar a constituição e a problematização metodológicas do Momento Dois.

4.3.2 Momento Dois: a experiência de habitação dos lugares da regionalização na Região de Saúde de Sobral

4.3.2.1 Por que habitar a Região de Saúde de Sobral?

A escolha da 11ª Região de Saúde, a de Sobral foi intencional. A região de Saúde de Sobral, conforme figura abaixo, é constituída por 24 municípios, distribuídos na zona Norte do Ceará, perfazendo uma população regional de 629.957 habitantes (Seiscentos e vinte nove mil, novecentos e cinquenta e sete habitantes). (CEARÁ, 2014a).

Figura 4 - Mapas das Regiões de Saúde do Ceará e da Região de Saúde de Sobral.



Fonte: Ceará, 2014a.

Para proceder essa escolha, algumas pistas ‘implicadas’ me guiaram. Digo implicadas, considerando as relações que estabeleci, em momentos anteriores, onde tive a oportunidade de morar e trabalhar em Sobral, município-sede da 11ª Região de Saúde. Foram dois momentos bastante significativos, tanto pela minha experiência pessoal como pelo desenvolvimento da política de saúde local e regional.

O primeiro momento, foi entre os anos de 1997 e 1998, onde trabalhei na Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral. Nesse período, a cidade vivenciava o processo de

municipalização das ações e serviços de saúde, onde a gestão e cuidado integral em saúde passaram a ser de responsabilidade direta da Secretaria Municipal de Saúde. Um momento de intensa mobilização, articulação e organização do SUS não só em Sobral, mas com repercussão e efeitos na Região, considerando tratar-se de um município de referência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares especializados.

O segundo, foi entre os anos de 2001 a 2003, onde trabalhei na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia de Sobral, criada em junho de 2001.

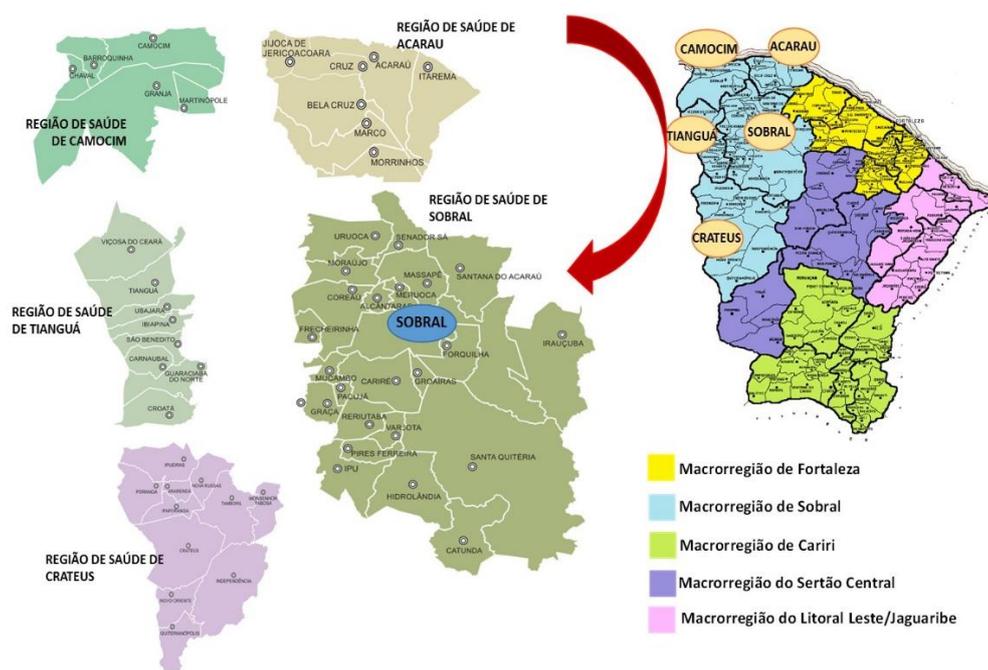
A criação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia reflete o compromisso e o reconhecimento, por parte da gestão municipal de Sobral, de seu relevante e estratégico papel de sujeito impulsionador do desenvolvimento e da organização efetiva do sistema regional de saúde, segundo os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde e na perspectiva da construção do modelo de atenção promotor da saúde. (ANDRADE *et al.*, 2004, p. 34).

Vivenciando esses momentos, estabeleci vínculos, afetos, relações de trabalho, conhecimento dos territórios da cidade e de suas redondezas. Guiei-me, assim, por pistas forjadas pela experiência. A experiência de ter estado lá e lá ter me passado algo; ter me produzido; ter constituído laços e conexões potentes à vida e a produção do SUS.

Na região Norte do Ceará, Sobral é considerado como um município polo em relação à produção econômica, industrial, comercial, cultural e de serviços públicos em geral, com destaque nos setores da saúde e da educação. É referência em serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, não apenas no âmbito da Região de Saúde de Sobral, estendendo seu atendimento aos 55 municípios da macrorregião norte, distribuídos em cinco Regiões de Saúde, em conformidade com a figura abaixo.

Em termos populacionais, trata-se da maior Macrorregião de Saúde, após a de Fortaleza, conforme sinalizado no Quadro 2.

Figura 5 – Mapas das Regiões de Saúde que compõem a Macrorregião de Saúde de Sobral.



Fonte: Ceará, 2014a.

Quadro 2 – Composição das Macrorregiões do Ceará, por Região de Saúde e população.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Municípios (Nº)	População (*)	%
FORTALEZA	Fortaleza	4	2.715.151	
	Caucaia	10	593.902	
	Maracanaú	8	517.454	
	Baturité	8	136.823	
	Itapipoca	7	285.608	
	Cascavel	7	311.211	
	SubTotal	44	4.560.149	51,9%
LITORAL LESTE/JAGUARIBE	Aracati	4	114.048	
	Russas	5	196.063	
	Limoeiro do Norte	11	222.195	
	SubTotal	20	532.306	
SOBRAL	Sobral	24	629.957	
	Acaraú	7	220.576	
	Tianguá	8	306.828	
	Crateús	11	295.565	
	Camocim	5	153.682	
	SubTotal	55	1.606.608	
CARIRI	Icó	7	170.862	
	Iguatu	10	315.459	
	Brejo Santo	9	210.792	
	Crato	13	338.742	
	Juazeiro do Norte	6	412.620	
	SubTotal	45	1.448.475	
SERTÃO CENTRAL	Canindé	6	201.678	
	Quixadá	10	316.101	
	Tauá	4	113.258	
	SubTotal	20	631.037	
TOTAL GERAL		184	8.778.575	100

Fonte: Ceará, 2014a.

(*) População IBGE, 2013.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁰⁶, em dezembro de 2016, haviam na Região de Saúde de Sobral 568 estabelecimentos cadastrados, conforme Quadro 3. Destes, 44% localizavam-se em Sobral (Quadro 3), que concentra serviços de média e alta complexidades, ambulatorial e hospitalar, estando a alta complexidade hospitalar apenas em Sobral (Quadro 4, dezembro de 2016). Além de Sobral, Ipu, Massapê, Coreaú, Santa Quitéria e Cariré são referências localizadas¹⁰⁷ para municípios circunvizinhos a eles (Quadro 4).

Quadro 3 – Equipamentos de Saúde da Região de Saúde de Sobral. Dezembro de 2016.

Município	Nº de Equipamentos de Saúde
Alcântaras	9
Cariré	20
Catunda	9
Coreaú	19
Forquilha	20
Frecheirinha	12
Graça	13
Groaíras	13
Hidrolândia	10
Ipu	34
Irauçuba	17
Massapê	18
Meruoca	15
Moraújo	10
Mucambo	9
Pacujá	5
Pires Ferreira	7
Reriutaba	15
Santa Quitéria	21
Santana do Acaraú	16
Senador Sá	5
Sobral	249
Uruoca	12
Varjota	10
Total	568

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

¹⁰⁶Refere-se a um sistema nacional informatizado que tem como missão: “Cadastrar todos os Estabelecimentos de Saúde: Públicos, Conveniados e Privados, seja pessoa física ou jurídica, que realizam qualquer tipo de serviço de atenção à Saúde no Âmbito do território Nacional”. O cadastro e sua atualização é de responsabilidade do secretário municipal de saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

¹⁰⁷As referências regionais entre esses municípios não serão discutidas nesta Tese, considerando que o fluxo mais intenso da regionalização da saúde acontece em direção à Sobral.

Quadro 4 – Estabelecimentos de Saúde por nível de atenção nos municípios da Região de Saúde de Sobral, Ceará. Dezembro de 2016.

Municípios	Estabelecimentos Municipais por Nível de Atenção				Estabelecimentos Estaduais por Nível de Atenção				
	Ambulatorial Básica	Ambulatorial		Hospitalar		Ambulatorial		Hospitalar	
		Média Complexidade	Alta Complexidade	Média Complexidade	Alta Complexidade	Média Complexidade	Alta Complexidade	Média Complexidade	Alta Complexidade
Alcântaras	9	1							
Cariré	17	8		1					
Catunda	7	7		1					
Coreaú	17	16	1	1					
Forquilha	15	11		1					
Frecheirinha	8	7		1					
Graça	10	7							
Groaíras	9	5		1					
Hidrolândia	10	8		1					
Ipu	20	18		4					
Irauçuba	14	14		1					
Massapê	17	18	1	1					
Meruoca	14	9	1	1					
Moraújo	9	9		1					
Mucambo	7	5		1					
Pacujá	4	5							
Pires Ferreira	7	3							
Reriutaba	14	5	1	1					
Santa Quitéria	16	19		1					
Santana do Acaraú	12	7		1					
Senador Sá	5	4		1					
Sobral	116	146	7	3	2	7	3	1	1
Uruoca	10	10		1					
Varjota	8	10		1					
Total	375	352	11	25	2	7	3	1	1

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Considerando os aspectos técnicos e políticos, minha atenção se voltou para a Região de Saúde de Sobral pela existência diferenciada de equipamentos de saúde, segundo suas naturezas jurídicas¹⁰⁸ e modalidades de gestão: i) natureza pública estatal, com administração direta pela Prefeitura Municipal de Sobral, via Secretaria da Saúde; ii) natureza pública estatal, com administração indireta por CPS, sob a égide do direito público; iii) natureza de entidade sem fins lucrativos, beneficente, filantrópica e de assistência social; iv) natureza pública estatal, com administração indireta por entidade sem fins lucrativos, como a OSS, sob a égide do direito privado.

Recém-implantados em Sobral, o Centro de Especialidade Odontológica Regional Reitor Ícaro de Sousa Moreira, inaugurado em setembro de 2010, e a Policlínica Bernardo Félix da Silva, em julho de 2012, desde o início do funcionamento de ambos, estão sob gestão do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral; já o Hospital Regional Norte, instituído em janeiro de 2013, é dirigido por uma Organização Social de Saúde, no caso o ISGH, desde a sua implantação.

Os três equipamentos referidos são produtos do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará (PROEXMAES), que tem como objetivo¹⁰⁹ “[...] contribuir para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção, com a expansão da cobertura da assistência especializada em todas as microrregiões do interior do estado”, conforme Secretaria da Saúde do Estado. (CEARÁ, 2011b).

Segundo informações contidas no *site* do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral:

O Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral se configura como uma associação pública, de natureza autárquica, constituída através do Protocolo de Intenções subscrito pelos prefeitos integrantes da Microrregião de Saúde de Sobral e pelo Governo do Estado do Ceará, através da Secretaria Estadual da Saúde, para o fim de gerenciar as unidades de saúde ingressas no Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará – PROEXMAES, que são o Centro de Especialidades Odontológicas Reitor Ícaro de Sousa Moreira e a Policlínica Bernardo Félix da Silva. (CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SOBRAL)¹¹⁰.

¹⁰⁸Pelo desenho do estudo desta Tese, não destaco aqui os equipamentos de natureza jurídica privada.

¹⁰⁹Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/perfil-do-programa>>. Acesso em: 15 de jun. 2015.

¹¹⁰Disponível em: <<http://www.cpsmsobral.com.br/index.php/consorcio>>. Acesso em 15 de jun. 2015.

Estas unidades de saúde são referência para os 24 municípios que compõem a Região de Saúde de Sobral. Pelo Centro de Especialidade Odontológica Regional de Sobral Reitor Ícaro de Sousa Moreira, segundo o *site* do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral¹¹¹, são ofertados serviços em seis especialidades odontológicas: i) endodontia; ii) cirurgia oral menor/estomatologia; iii) prótese/dor orofacial; iv) periodontia; v) ortodontia; vi) atendimento à pacientes com necessidades especiais. E ainda Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico/Radiodiagnóstico. (CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SOBRAL).

A Policlínica Bernardo Félix da Silva, Tipo 2, oferta serviços em 12 especialidades, segundo figura abaixo. (CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SOBRAL¹¹²).

Figura 6 - Serviços de saúde ofertados na Policlínica Bernardo Félix da Silva para a Região de Saúde de Sobral.

Especialidades médicas	Oftalmologia, Otorrino, Clínico Geral, Cardiologia, Ginecologia Obstetrícia, Mastologia, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Urologia, Traumatologia, Neurologia, Endocrinologia e Angiologia.
Serviços técnicos	Enfermagem, Farmácia Clínica, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Assistência Social.
Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia	<ul style="list-style-type: none"> •Raio X •Mamografia •Ultrassonografia •Endoscopia Digestiva •Endoscopia Respiratória •Ecocardiograma •ECG •MAPA •Eletroencefalograma •Tomografia Computadorizada •Ergometria •Audiometria
Outros Serviços de Saúde	Posto de Coleta, Sala de Gesso, Sala Pé Diabético, Sala de Procedimentos Invasivos, 04 Leitos de Observação.

Fonte: *Site* do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral.

Já o Hospital Regional Norte é referência para toda a Macrorregião de Saúde de Sobral. Tem capacidade para serviços de alta complexidade, com 70 leitos de Terapia Intensiva (UTI) do total de 382 leitos, realizando atendimento em diferentes especialidades como cirurgia

¹¹¹Disponível em: <<http://www.cpsmsobral.com.br/index.php/servicos/ceo>>. Acesso em 15 de jun. 2015.

¹¹²Disponível em: <<http://www.cpsmsobral.com.br/index.php/servicos/policlinica>>. Acesso em 15 de jun. 2015.

geral, traumatologia, neurologia, mastologia, ginecologia, psiquiatria, gastroenterologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, hematologia, nefrologia, infectologia, cardiologia, radiologia. (CEARÁ, 2013a). Está sob gestão do ISGH, desde 01 de janeiro de 2013, por meio de Contrato de Gestão entre este Instituto e a Secretaria da Saúde do Ceará.

Além desses equipamentos, o município dispõe de outros como a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, fundada em 1925. Juridicamente, constitui-se como uma sociedade civil, sem fins lucrativos, beneficente, filantrópica e de assistência social, portadora do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos e reconhecida de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal. Conforme informações contidas em seu *site*¹¹³,

[...] a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, na região norte do Ceará, [...] é Hospital de referência para uma população de cerca de 1,6 milhão de habitantes, compreendendo mais de 55 municípios da região [...] é Hospital filantrópico e de caráter regional, com 92% de sua área instalada a serviço do Sistema Único de Saúde-SUS. (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL).

Outro equipamento de referência macrorregional, sob a gestão da Secretaria de Saúde de Sobral, em um regime de administração direta, refere-se ao Centro de Especialidades Médicas Dr. Aristides Andrade (CEM), equipamento de origem federal municipalizado em 1997¹¹⁴, ou seja, de uma administração federal passou para a gestão municipal.

O CEM oferta consultas nas áreas de: pediatria, pneumologia, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, geriatria, cardiologia, urologia, oftalmologia, reumatologia, neurologia, dermatologia, entre outras. Realiza procedimentos como: pequenas cirurgias, curativos, colpocópia, penioscopia, vasectomia, biópsias (mama, colo uterino, lesões de pele), cauterização do colo uterino, punção aspirativa de mama e da tireoide, prevenção e controle do câncer de mama e do colo uterino, entre outros. (SOBRAL, 2016).

Esses equipamentos regionalizados, todos localizados em Sobral, e outros aqui não relacionados, conferem à 11ª Região de Saúde, especialmente por meio de sua cidade polo, Sobral, uma forte tradição na prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade, conforme Quadro 3.

Nesse sentido, a territorialidade espacial da Região de Saúde de Sobral destacou-se como solo positivo na produção da regionalização da saúde, potente ao estudo proposto nesta

¹¹³Disponível em: http://stacasa.com.br/site/?page_id=8. Acesso em 10 jan. 2016.

¹¹⁴A municipalização do CEM aconteceu durante a gestão do então Secretário Municipal de Saúde, Senhor Luiz Odorico Monteiro de Andrade, ocasião, esta, em que trabalhava, também, na Secretaria de Saúde de Sobral.

Tese. Daí a proposição de habitar Sobral, e por esta territorialidade, cartografar os modos de produção de gestão e de cuidado em saúde regionalizados.

4.3.2.2 *Os lugares da regionalização da saúde em Sobral: as escolhas feitas e suas pistas para “dar língua aos afetos que pedem passagem”*

“O desafio é evitar que predomine a busca de informação para que então o cartógrafo possa abrir-se ao encontro. Nesse sentido, usando as palavras de Suely Rolnik, do cartógrafo se espera que ele mergulhe nas intensidades do presente para “dar língua para afetos que pedem passagem (Rolnik, 2007, p. 23)”. Essa atitude, que nem sempre é fácil no início, só pode ser produzida através da prática continuada do método da cartografia e não pode ser aprendida nos livros”.
Laura Pozzana de Barros; Virgínia Kastrup¹¹⁵.

A habitação do solo da Região de Saúde de Sobral foi processual. As pistas para fazer tal pouso não se dispuseram todas de uma vez, antecedendo o percurso e suas entradas e compondo como fazê-las. O pouso no campo da pesquisa não foi limitado à um único espaço de tempo, mas aconteceu segundo o ritmo do acompanhamento do estudo e das pistas, que iam sendo aportados, na e pela experiência de pesquisar e de compor esta Tese, em tecitura de seu “*hódos-metá*”, segundo Passos, Kastrup e Escóssia (2014b).

Uma das pistas adotadas foi a de “*Cartografar é habitar um território existencial*”, de Alvarez e Passos (2014). Para isso, segundo estes autores é preciso engajar-se nele, o que requer um processo construtivo. “Diferente de uma pesquisa fechada, o aprendiz-cartógrafo inicia sua habitação do território cultivando uma disponibilidade à experiência”. (ALVAREZ; PASSOS, 2014, p. 136).

O que me mobilizou foi o intenso *desejo* de estar onde as coisas pulsavam e manter relações com pessoas que viviam a produção do SUS cotidianamente: em seu trabalho, em sua busca por um serviço de saúde. Assim, escolhi alguns *lugares da regionalização*, potentes para lançar-me à esta experiência, compreendendo-os como os lugares onde a produção de gestão e de cuidado em saúde, regionalizados, estavam sendo constituídos.

Atraquei-me, então, à pista de Barros e Kastrup (2014), “*Cartografar é acompanhar processos*”, onde assinalam que “[...] fomos a campo para estar junto e participar

¹¹⁵BARROS; KASTRUP, 2014, p. 57-58.

daquilo que acontece naquela comunidade; para conhecer com a cognição ampliada, isto é, *aberta ao plano dos afetos*¹¹⁶. (p. 61, *grifos meus*).

Os lugares escolhidos¹¹⁶ foram: a Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Sobral¹¹⁷ e quatro equipamentos de saúde de abrangência regionalizada, com localização em Sobral.

A CIR refere-se à um colegiado de gestores do SUS que agrega representantes do estado e dos municípios, integrantes de uma dada Região de Saúde. Cabe a ela pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, integrados em redes de atenção à saúde de abrangência regionalizada. (BRASIL, 2011).

Embora reconhecida legalmente em 2011 (Brasil, 2011), a CIR incorpora um modo de operar por meio de pactuações e consensos, entre os gestores do SUS – federal, estadual e municipal, o qual vem se constituindo como prática de gestão ao longo da história da descentralização do Sistema. Especialmente no Ceará, este tipo de colegiado foi instituído desde o final dos anos 90, quando da regionalização da saúde estadual.

Trata-se, assim, de um lugar que se constituiu com forte institucionalidade, conformando relações de saber-poder na e para a produção do SUS. Assim, o olhar constituído pela Pesquisa do PPSUS e minha experiência andarilha pelo SUS me guiaram na escolha de habitação da CIR de Sobral.

A CIR de Sobral mantém um calendário de reuniões mensais. Participam desta instância os 24 secretários municipais de saúde da Região e os profissionais por eles indicados, além da representação do estado constituída pela coordenação, assessores e técnicos da 11ª Regional de Saúde. A CIR de Sobral funciona sob a coordenação da SESA, por meio da CRES de Sobral em parceria com a representação do COSEMS-CE, na Região de Sobral. As reuniões acontecem na sede da CRES.

Na CIR de Sobral, o meu pouso aconteceu segundo a agenda de suas reuniões, seguindo o fluxo das pautas e das discussões propostas e adentrando nas problematizações da produção do SUS, naquela Região, conforme os discursos e as práticas de seus gestores. Discursos e práticas que reverberavam na organização e no funcionamento dos equipamentos de saúde, pelos quais passei, possibilitando-me, assim, a captura de seus efeitos.

¹¹⁶Outros lugares percorridos e relações mantidas, inclusive de âmbito pessoal, como contatos com amigos-profissionais de saúde, eventos diversos relacionados à temática em estudo, etc., durante minha habitação em Sobral, acabaram se incorporando ao campo e produzindo narrativas potentes em minhas Escritas Cartográficas.

¹¹⁷Por mim denominada como CIR de Sobral no decorrer desta Tese.

Em relação aos equipamentos de saúde optei: pelo Centro de Especialidades Médicas Dr. Aristides Andrade¹¹⁸ e a Policlínica Bernardo Félix da Silva¹¹⁹, ambos com serviços ambulatoriais especializados e programados em regime eletivo¹²⁰; pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral¹²¹ e Hospital Regional Norte¹²², os dois com serviços hospitalares com atendimentos eletivos e de urgência¹²³. Todos esses equipamentos de saúde são de referência regional, como já mencionado.

Tomei, assim, como pista-guia o interesse em ver-dizer-mapear como acontecem os modos de cuidado em saúde regionalizados, operados por distintos sujeitos, em equipamentos sob diferentes modalidades de gestão, por conseguinte, sendo geridos por distintas institucionalidades de saúde. Minha intenção se desenhou em aliança com Barros e Kastrup (2014, p. 61), ao relatarem a habitação no campo da Pesquisa *Elos na Rede*¹²⁴:

Gostaríamos de fazer falar aquilo que ainda não se encontrava na esfera do já sabido, acessar a experiência de cada um, *fazer conexões, descobrir* a leitura, a brincadeira, os *elos* e *tudo o que vive no cruzamento e nas franjas desses territórios existenciais. Precisaríamos estar no mesmo plano intensivo. (Grifos meus).*

A habitação da Região de Saúde de Sobral aconteceu entre os anos de 2015 e 2016, pela constituição de um duplo movimento, demarcando uma temporalidade e processualidade diferenciadas no percurso realizado, conforme Figura 6, colocada mais adiante desta subseção.

O primeiro movimento se deu durante os meses de fevereiro a abril de 2015, quando iniciei minha entrada em Sobral pela Pesquisa do PPSUS. Nesse momento, já nutria o desejo de adentar essa Região de Saúde para

[...] ver como a regionalização acontecia no âmbito local, regional. Os seus efeitos na vida das pessoas e não somente o que se inscrevia no âmbito da lei. Mapear, cartografar como as relações aconteciam periféricamente e não apenas centralmente, pelo olhar que foca o processo estadual. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 22 fev. 2015).

Nesse pouso inicial, participei de reuniões da CIR de Sobral e entrevistei cinco secretários municipais de saúde, integrantes deste Colegiado, cujos discursos foram acoplados

¹¹⁸Doravante denominado como CEM.

¹¹⁹Doravante denominada como Policlínica de Sobral.

¹²⁰Regime eletivo refere-se à realização de procedimentos de saúde mediante agendamento prévio.

¹²¹Doravante denominada como Santa Casa.

¹²²Doravante denominado como HRN.

¹²³Atendimento de urgência é aquele que não requer agendamento prévio.

¹²⁴Pesquisa voltada para “[...] investigar o que vem sendo produzido, em termos de elos, nas práticas realizadas com as crianças em bibliotecas e brinquedotecas comunitárias”. (BARROS; KASTRUP, 2014, p. 53).

ao Momento Dois desta Tese. Foi um percurso que objetivou uma aproximação com os gestores de saúde, atuantes na Região. Um caminho de experimentação do pensamento e de operação da regionalização da saúde, pelo olhar de seus gestores, no âmbito da Região de Saúde de Sobral. Uma atracção inicial, retomada no ano de 2016¹²⁵, com maior vigor e intensidade.

O segundo movimento, aconteceu no período de fevereiro a setembro de 2016, ancorado na Pesquisa do PPSUS e na Pesquisa do Doutorado, cuja aprovação, junto aos CEP¹²⁶, se deu no mês de junho de 2016, com os Pareceres juntados nos Anexos C, D e F.

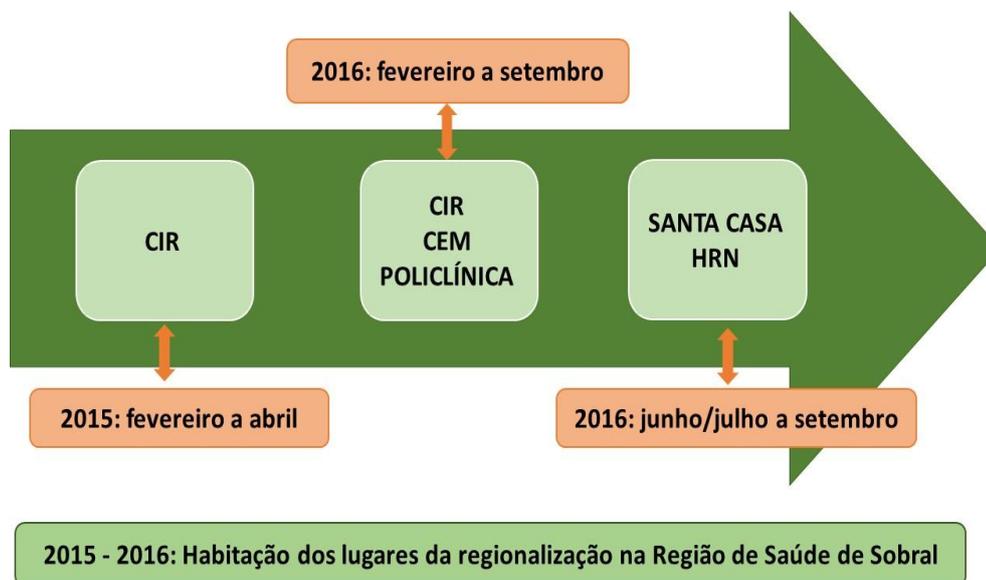
Nesse sentido, a temporalidade de habitação dos lugares da regionalização em Sobral aconteceu, também, movida pela processualidade administrativa dos aspectos éticos da pesquisa, em conformidade com as determinações da Resolução nº 466 de 2012, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (2012). Diálogo entre o tempo e o processo, em suas múltiplas dimensões, constituindo a habitação dos lugares da regionalização em Sobral.

Durante o segundo movimento, inicialmente, habitei a CIR de Sobral e duas unidades de saúde ambulatoriais, o CEM e a Policlínica de Sobral. Tais entradas ancoraram-se na Pesquisa do PPSUS, considerando a delimitação de seu escopo. As entradas nos dois equipamentos hospitalares aconteceram após a aprovação de seus CEP específicos, conforme figura abaixo.

¹²⁵Durante o segundo semestre de 2015, fiz um recuo em relação à habitação do campo da pesquisa para preparar o Projeto de Qualificação do Doutorado. Um momento poderoso de leitura e concentração com efeitos potentes na volta à Sobral, nos lugares da regionalização escolhidos.

¹²⁶Considerando minha entrada em equipamentos de saúde, que dispõem de um Comitê de Ética em Pesquisa(CEP) específico, o Projeto de Pesquisa do Doutorado foi submetido à três CEP, incorporando três Pareceres de Aprovação: i) CEP da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, Número do Parecer: 1.569.583; ii) CEP da Universidade Vale do Acaraú, Número do Parecer: 1.578.832, vinculado à Santa Casa de Misericórdia de Sobral; iii) CEP do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), Número do Parecer: 1.602.828, relacionado ao Hospital Regional Norte. Respectivamente, Anexos C, D e F.

Figura 7 - Habitação da Região de Saúde de Sobral: enlace entre tempo e lugar.



Fonte: Elaborada pela autora.

As entradas e os pousos nos territórios assistenciais¹²⁷ não seguiram um cronograma pré-estabelecido. Os critérios de orientação utilizados foram: a logística espacial de funcionamento de cada equipamento, identificando onde os serviços de saúde se iniciavam, pela referência da entrada do usuário no equipamento; a processualidade do acompanhamento e dos seus efeitos na habitação em curso; as afetações e os agenciamento produzidos em cada pouso.

Para melhor explicitar o uso de tais critérios, passo a decompô-los, na sequência deste texto, como forma de composição do percurso metodológico traçado pela cartografia.

Sem um cronograma pré-estabelecido, com agendas fixadas para estar em um ou outro equipamento, guiei-me pelas afetações e aberturas engendradas, segundo os agenciamentos produzidos em cada pouso. Ou seja, se eu estava em um equipamento de saúde e lá se abria a possibilidade ou o interesse em permanecer, seja para observar, fazer uma entrevista, ou qualquer outra intervenção pertinente ao estudo, assim, eu fazia.

A agenda da habitação realizava-se, assim, meio que ao acaso, tecido por aquilo que acontecia e como acontecia naquele lugar; pelas intensidades dos encontros com os sujeitos, que destacavam e marcavam regiões e processos para serem experimentados, arquivos para serem abertos, relações de saber-poder entre sujeitos e instituições para serem mapeadas.

¹²⁷O termo território assistencial é utilizado como sinônimo de equipamento de saúde.

Estar aberta ao acaso não implicou em desatenção e desorientação. Ao contrário, a captura do acaso solicitou atenção intensa e pulsante para que pudesse pôr em conexão as coisas em acontecimento. Requereu a liberação do (pré)estabelecido, a abertura para o ato de interrogar e de problematizar e a disposição para intervir e se compor com aquilo que estava acontecendo (o objeto de pesquisa), mas também, para se descompor, sair do lugar e pousar em outro. Um exercício cartográfico de estar no lugar e sair dele olhando para sua exterioridade, constituir um processo pelo seu acompanhamento e cultivar relações com os sujeitos e com o campo em habitação. Uma tecitura, também, de pesquisa-intervenção.

A maioria dos manuais de metodologia indica a necessidade de penetrar no campo da pesquisa sabendo de antemão o que se pretende buscar. *O aprendiz-cartógrafo inicia o seu processo de habitação do território com uma receptividade afetiva. Tal receptividade não pode ser confundida com passividade. Na receptividade afetiva há uma contração que torna inseparáveis termos que se distinguem: sujeito e objeto, pesquisador e campo da pesquisa, teoria e prática se conectam para a composição de um campo problemático. Aberto à experiência de encontro com o objeto da pesquisa, o aprendiz-cartógrafo é ativo na medida em que se lança em uma prática que vai ganhando consistência com o tempo, marcando o propósito de seguir cultivando algo.* (ALVAREZ; PASSOS, 2014, p. 137, grifos meus).

A orientação pela logística espacial de funcionamento dos equipamentos assistenciais diferenciou-se quanto aos ambulatoriais e os hospitalares. Na Policlínica de Sobral e no CEM, instalei-me, inicialmente, no ambiente da recepção, onde os usuários chegavam e ficavam à espera do atendimento agendado. Na recepção, aproximava-me dos sujeitos que lá se encontravam, usuários e seus acompanhantes, profissionais e gestores de saúde, objetivando engatar uma conversa.

Nas unidades hospitalares, Santa Casa e HRN, considerando a amplitude física de suas instalações e serviços prestados, acabei optando pelas seguintes escolhas: i) no HRN, o setor de entrada para Urgência e Emergência, o Centro de Apoio à Saúde Reprodutiva da Mulher e a Internação Obstétrica e de Clínica Médica; ii) na Santa Casa, o setor de entrada para Urgência e Emergência de trauma e outras ocorrências, a Obstetrícia, incluindo a entrada de urgência, atendimento pré-natal e internação, e a Clínica Médica (ambulatório e internação).

Além de me guiar pela minha experiência implicada com o SUS e conversas com meu orientador, Professor Luiz Odorico Monteiro de Andrade, indaguei à Coordenadora da Regional de Saúde de Sobral, à época, a Senhora Maria Lucila Magalhães Rodrigues, sobre quais setores eu deveria passar-pousar, nos hospitais que iria adentrar.

Tratou-se de uma escolha constituída pela larga experiência do outro, no caso a Senhora Lucila e o Professor Odorico, dada a habitação ‘mais íntima’ de ambos, pelo longo

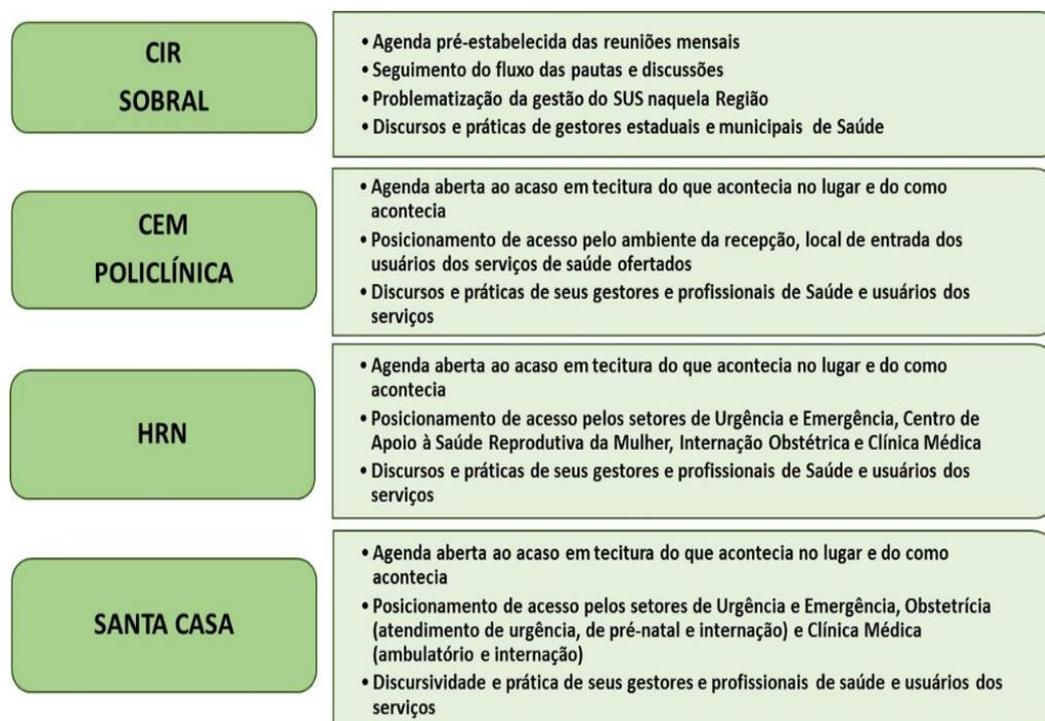
tempo de exercício de sua função como coordenadora e do seu tempo-trabalho na condição de gestor de Sobral, respectivamente. Uma habitação, onde, desta vez, me punha como pesquisadora-estrangeira.

“Como cartógrafos, nos aproximamos do campo como estrangeiros visitantes de um território que não habitamos. O território vai sendo explorado por olhares, escutas, pela sensibilidade aos odores, gostos e ritmos”. (BARROS; KASTRUP, 2014, p. 61).

Além de pousar nesses lugares, percorri outros que o estar em Sobral me possibilitou e que o caminhar da pesquisa foi constituindo: a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará em nível central e regional (CRES de Sobral e Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral) e a Secretaria de Saúde e de Desenvolvimento Social de Sobral. Tais andanças foram pontuais para realização de entrevistas.

Através da figura abaixo ilustro as pistas construídas para o pouso em cada lugar da regionalização da saúde de Sobral. Um exercício de síntese do narrado, até então, como forma de melhor conduzir o leitor. Após a figura, discorro sobre os sujeitos participantes do estudo.

Figura 8 – Composição do plano dos afetos: o pousar pelo seguimento de pistas e critérios.



Fonte: Elaborada pela autora.

4.3.2.3 Os sujeitos participantes: ampliação e diversidade para tecitura do plural no entre de encontros singulares

Dada a sua constituição pelos discursos dos gestores públicos estaduais de saúde, por um lado, a Pesquisa do PPSUS cumpriu os objetivos pretendidos, por outro, delineou problematizações e tensões para o rompimento desta fronteira discursiva, requerendo entradas e intercessões com outros sujeitos do discurso e outras experiências.

A ideia que se fortaleceu, com a Pesquisa do PPSUS, era a de mapear novos “[...] territórios e desterritorializações, que se interrogam, interrogando os sujeitos em suas várias formas de existência [...] permitindo-nos analisar estas relações de muitas maneiras”. (MERHY, 2004 *apud* FEUERWERKER, 2014, p. 31).

Desse modo, o Momento Dois de produção desta Tese foi constituído pela inclusão de outros sujeitos participantes compreendendo: gestores e profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde. Tais inclusões estavam previstas, tanto na Pesquisa do PPSUS como na do Doutorado, segundo o escopo¹²⁸ de cada uma.

Como gestor de saúde, considerei àquele que desempenhava funções de coordenação ou de chefia, ocupando ou não um cargo ou nomeação: prefeito, secretário estadual ou municipal de saúde, coordenador de instituição, equipamento, serviço ou área técnica de saúde, seja em atuação nos lugares escolhidos como em outros¹²⁹ em intercessão com o estudo.

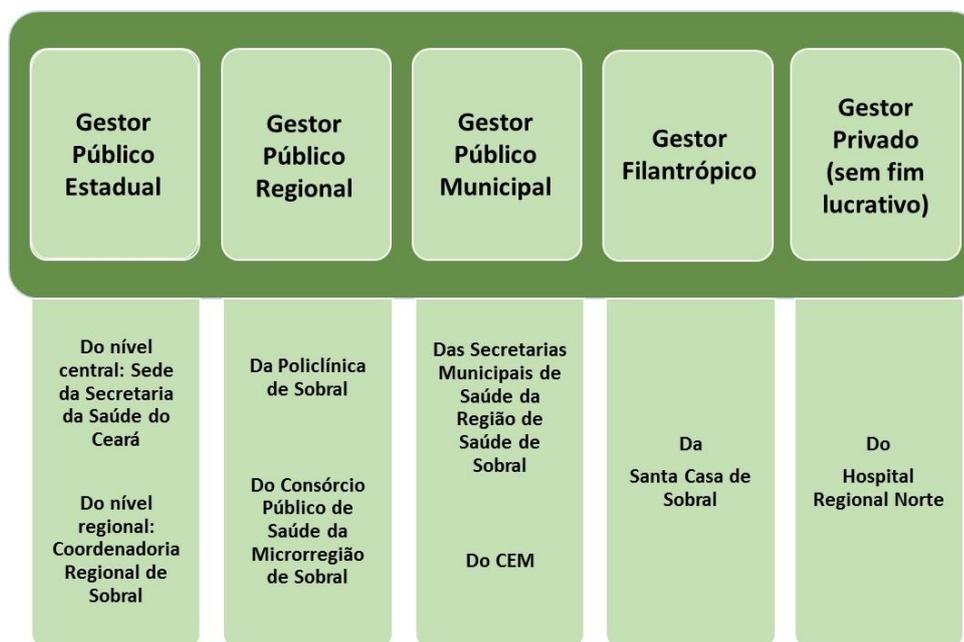
A pista geral foi a de garantir a inserção de discursos e práticas de sujeitos, em exercício de gestão da saúde, considerando o nível de atuação e a natureza jurídica dos lugares (equipamentos e instituições) onde trabalhavam. Os níveis considerados foram: estadual, regional e municipal, sendo estes dois últimos da Região de Saúde de Sobral. Sobre a natureza jurídica foi levado em conta: os equipamentos de natureza pública estatal, geridos pela administração direta e indireta, neste último, pelas institucionalidades do CPS e da OSS; e o de caráter filantrópico.

Assim, os gestores de saúde foram constituídos como: gestores públicos estaduais de nível central e regional; gestores públicos regionais; gestores públicos municipais; gestores filantrópicos e gestores privados (sem fim lucrativo), conforme figura abaixo.

¹²⁸O escopo da Pesquisa do PPSUS incluía a participação de gestores e profissionais de saúde e usuários de serviços de saúde, participantes de Conselhos de Saúde. A Pesquisa do Doutorado, além de gestores e profissionais de saúde, delineou a inclusão de usuários de serviços de saúde.

¹²⁹Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; Coordenadoria Regional de Saúde da Região de Sobral; Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral; Secretarias Municipais de Saúde da Região de Saúde de Sobral.

Figura 9 – Composição dos sujeitos gestores de saúde.



Fonte: Elaborado pela autora.

A participação dos profissionais de saúde, no estudo, tomou como pista as funções por eles desempenhadas nos serviços de saúde, em conformidade com os pousos feitos em cada equipamento assistencial, tomando como referência as afetações e as problematizações desenvolvidas no campo da pesquisa. O diálogo com os profissionais de saúde foi tecido, enquanto caminho de captura dos modos de produção do cuidado e da gestão, regionalizados, dada a sua interlocução como gestores e usuários do SUS.

Em relação aos usuários guiei-me pelo sentido de que a regionalização da saúde não deveria prescindir dos agenciamentos feitos por estes sujeitos, considerando, especialmente sua participação nos encontros de cuidado. Cecílio, Carapinheiro e Andrezza (2014) refletem sobre como a *máquina da saúde* tem se tornado matéria de “especialistas”, como os profissionais de saúde, gestores, pesquisadores, assessores e consultores. Um corpo de especialistas em torno do “[...] monopólio da medicina institucionalizada, estatal e de mercado [...]”. (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, p. 13).

Em contraste a isso, os autores destacam a potência do *agir leigo*, produtor de “[...] *saber assessor* que poderá apontar elementos da máquina que permanecem obscuros para os especialistas. O agir leigo denunciando as avarias da máquina” (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, p. 14, *grifo itálico dos autores*).

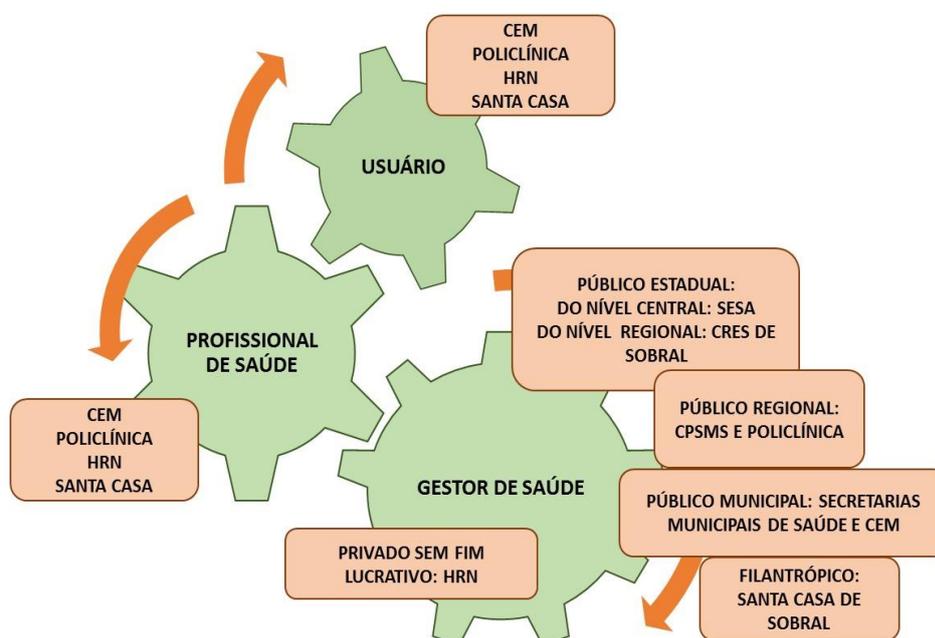
Trata-se do “*usuário-fabricador*” (Cecílio; Carapinheiro; Andrezza, 2014), aquele que rompe e faz mapas de cuidado em saúde para si e para os outros, escapando das

normatizações e das padronizações, que não lhe garantem, muitas vezes, o acesso aos serviços de saúde conforme sua necessidade. Portanto, um sujeito estratégico a compor as relações de produção do cuidado em saúde com efeitos nos modos regionalizados de gestão.

Considereei como usuário não apenas aquele que estava em atendimento, incluindo, algumas vezes, seus acompanhantes por considerar sua participação ativa na tecitura dos *mapas de cuidado*, como também, a impossibilidade do próprio usuário participar, dada a condição de seu adoecimento. Assim, a denominação usuário comporta os sujeitos em uso do serviço, como também o seu acompanhante.

Tanto os profissionais de saúde como os usuários, estavam vinculados à um dos equipamentos assistenciais escolhido. No tocante aos gestores de saúde, além de sua vinculação com os lugares assistenciais e a CIR de Sobral, considereei outros espaços, em intercessão com este estudo, conforme já especificado. Na figura seguinte, apresento a composição dos sujeitos participantes em relação com os territórios assistenciais habitados e aqueles em intercessão.

Figura 10 - Os sujeitos participantes em dispersão nos lugares da regionalização: composição de um plano plural e diverso.



Fonte: Elaborado pela autora.

A ampliação e a pluralidade dos sujeitos participantes, relacionadas aos diferentes lugares, posições e funções desempenhadas, requereram atenção para ver-dizer-mapear as produções singulares, destacando os procedimentos, as estratégias, as práticas, os discursos,

enfim, as relações e os modos como cada um tecia e se conectava na malha do cuidado e de gestão da saúde regionalizados.

Percorrer os discursos e as práticas dos sujeitos participantes deste estudo e de seus territórios assistenciais e de gestão, potencializou o traçado das linhas de produção de subjetividades e de institucionalidades, operadas pelas relações de saber-poder em exercício.

Essa foi a aposta feita no caminhar do campo. Um desafio nem sempre possível de materialização, porém em experimentação pela cartógrafa-aprendiz. Mobilizei-me, nesse sentido, por agenciamentos e encontros com os sujeitos participantes. Para isso, fiz uso de algumas técnicas e estratégias metodológicas relacionadas na sequência.

4.3.2.4 *As ferramentas-caminho em produção cartográfica*

Passos, Kastrup e Tedesco (2014b, p. 9), indicam que “[...] o método da cartografia é compatível e compõe com diferentes técnicas, estratégias e dispositivos de pesquisas existentes”. Com base nessa perspectiva, fiz a escolha de quatro ferramentas-caminho¹³⁰ para a produção desta Tese: i) Observação; ii) Escritas Cartográficas; iii) Entrevista; iv) Análise Documental.

A perspectiva da observação desenhou-se pela referência de Aguiar e Lima (2012 *apud* Barros, 2014, p. 122) “[...] segundo a qual observar é também participar, numa posição estrangeira, captando movimentos, campos de força no jogo dos acontecimentos [...]”.

Observar participando poderia ser definido como uma forma de perturbar realidades outras. Fazer parte. Ser uma espécie de câmera que diante dos outros lhe causa perturbação. [...] Observar pode ensejar explorar em que condições as diferentes problemáticas são formuladas, bem como se processam e se instituem historicamente saberes, discursos e práticas. Colocar a questão desse modo já se constitui como efeito do encontro com alguns pensadores que problematizam as categorias de sujeito e objeto. (AGUIAR; LIMA, 2012 *apud* BARROS, 2014, p. 122).

As Escritas Cartográficas foram compostas segundo proposição de Barros e Passos (2014), ao falarem do Diário de Bordo; Barros e Kastrup (2014); e de Barros (2014) que adotou o “diário de campo” em sua cartografia e pesquisa-intervenção, *“Violência Infantojuvenil e o território da escola: o bullying como analisador de processos de subjetivação contemporâneos”*.

¹³⁰Durante o exercício de habitação do campo, de colheita e análise de sua produção, observei que o uso das ferramentas-caminho acontecia em engate entre elas, constituindo-as como ferramentas que traçaram caminhos e potencializaram escolhas. Daí a força de trazê-las como ferramentas-caminho.

A ferramenta “diário de campo” foi vista e usada por nós como uma produção narrativa que nos possibilitou inscrever pistas criadas em nossas conversas com diversos atores escolares ao longo da pesquisa. Em nossos diários, procuramos frisar interferências, estranhamentos, intensidades e problematizações que surgiram por nossa parte e por parte dos demais envolvidos nessa empreitada, em decorrência de nossa inserção no território existencial da escola. Com ele, anotamos fragmentos, fluxos, trechos de fala, conversas informais e momentos da vivência cotidiana de produção da pesquisa-intervenção, realçando cenas marcantes do cotidiano escolar que nos serviam de analisadoras de que discursos e práticas institucionais funcionavam naquela escola, no tocante ao fenômeno *bullying*. Enfim, por meio dos diários erigidos ao longo da pesquisa-intervenção, corporificamos as inquietações e os impasses desse processo no seu texto final. (BARROS, 2014, p. 122, aspas e *grifo* do autor).

Guiada pelos sentidos conceituais e pela experiência vivida por Barros (2014), quando da elaboração de seu “diário de campo”, a Escrita Cartográfica foi confeccionada como um caminho de produção e de colheita do campo da pesquisa e desta Tese, fazendo-se não como

[...] um mero registro de informações que se julga importante. Longe de ser um momento burocrático, sua elaboração requer até mesmo um certo recolhimento, cujo objetivo é possibilitar um retorno à experiência do campo, para que se possa então falar de dentro da experiência e não de fora, ou seja, sobre a experiência. (BARROS; KASTRUP, 2014, p. 70).

A elaboração da Escrita foi tecida por vários modos de como fazê-la, compondo-se em singularidade. Inicialmente, ia para o computador e escrevia o vivido. Isso, principalmente, antes de adentrar o campo propriamente dito, onde a Escrita tornou-se mais complexa, desdobrando-se em uma dupla problematização que me desconcertou.

A primeira referiu-se ao como fazer da Escrita uma composição Cartográfica, uma produção forjada na e pela experiência em *movimento com e não sobre algo*, conforme proposição de Barros e Kastrup (2014). Já a segunda, constituiu-se pela descoberta de uma dimensão relacional, que a Escrita compôs no ato mesmo de fazê-la. Relação entre mim e os outros, no contexto dos cenários onde era produzida. A Escrita Cartográfica, pretendida, tensionava por agenciamentos potentes à captura de relações de saber-poder e de afetações pelo ver-e-dizer do outro, do que se constituía na experiência que se desenrolava e das conexões que poderiam ser feitas.

Tratou-se, assim, de um processo complexo e não reduzido ao ato de ouvir e anotar fragmentos de vida, separando-os em caixinhas, mas de compô-los pelo exercício que guarda a singularidade e a intensidade de força, constituinte de cada história e de cada discurso, ao mesmo tempo, em que os conecta na teia de produção do SUS. As Escritas

[...] não se baseiam em opiniões, interpretações ou análises objetivas, *mas buscam, sobretudo, captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos. Podem conter associações que ocorrem ao pesquisador durante a observação ou no momento em que o relato está sendo elaborado.* Um processo aparentemente individual ganha *uma dimensão claramente coletiva* quando o texto traz à cena falas e diálogos que emergem nas sessões ou visitas ao campo. (BARROS; KASTRUP, 2014, p. 70-71, *grifos meus*).

No decorrer da produção da Escrita Cartográfica, ela mesma um processo de acompanhamento do que estava acontecendo no campo, observei que sua feitura me lançou, também, à uma produção de si (de mim), como sujeito-da-experiência.

O sujeito da experiência é um sujeito “ex-posto”. Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a “o-posição” (nossa maneira de opormos), nem a “imposição” (nossa maneira de impormos), nem a “proposição” (nossa maneira de propormos), mas a “exposição”, nossa maneira de “ex-pormos”, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. *É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre.* (BONDÍA, 2002, p. 25, *grifos meus*, aspas do autor).

A positividade da constituição do sujeito-da-experiência não estaria em me ater às saídas das inquietações que em mim brotavam, as quais compunha na Escrita Experiência. Mas em tomá-las como sinais de afetação e de interrogação, mobilizando a atenção ao como elas estavam aparecendo em mim e no campo. Vi-me, assim, atravessada por uma produção subjetiva. A Escrita como possibilidade de uma *escrita-experiência* com a produção de um sujeito-da-experiência “ex-posto”, conforme Bondía (2002).

Em mim, o “ex-posto” desenhou-se em vários modos. Na Escrita Cartográfica, passei pela experimentação de uma tentativa de exposição em menor grau, buscando, no início, um cantinho mais ‘reservado’ para escrever. Coisa nem sempre possível, dada a disposição física dos equipamentos de saúde, os quais concentravam os usuários em ambientes coletivos à espera de um serviço.

Então, acabei aprendendo a escrever assim: sentada em uma cadeira (com)pondo-me em uma cena com os usuários, acompanhantes, profissionais e gestores de saúde, que se moviam entre o rol de espera e os consultórios e outras salas de atendimento. Ou ainda, entre as urgências e as alas de internação dos hospitais por onde pousava.

Tratou-se de uma (com)posição que me deslocou e me “ex-pôs” naquela cena em relação com o outro, mas também, em outras durante minhas habitações. E nelas, me senti como

“[...] estrangeira, de que vem de fora e habita um outro lugar”, conforme Hüning (2014, p. 150), em sua “*Carta Aberta sobre diálogos nas e com as práticas de pesquisa*”.

Entendo que, como pesquisadores, sempre habitamos outro lugar, e aprendermos a nos relacionar a partir desse outro lugar é parte imprescindível do processo de produção da pesquisa. Se não houver uma aproximação, a distância nos impedirá de conhecer. Se negarmos a distância eliminando toda a diferença, perderemos a potência de estranhamento e soma que ela traz consigo. *Ser pesquisador é ser um estrangeiro que transita por outros territórios deixando algumas marcas e trazendo de lá, para o universo acadêmico, tantas outras. A questão talvez seja o que nos permitimos, ou conseguimos, deixar e trazer, Como selecionamos o que vamos trocar nesses contatos e o que faremos do que dele resultar.* (HÜNING, 2014, p. 150 – 151, grifos meus)

No decorrer do tempo, as Escritas Cartográficas acabaram se tornando gravações que eu fazia em meu celular. Escritas faladas, gravadas, escutadas e algumas, por mim, transcritas. As gravações-experiência se acumulavam ao dia. Adotei como recurso metodológico a identificação do dia, do horário, do local e das afetações que iam me percorrendo nos encontros.

Não imaginei que faria as Escritas Cartográficas dessa forma, gravando-as. Mas a composição do como fazer foi acontecendo em engate com o experimentar das entradas e pousos no campo. Sua materialidade, falada ou escrita, seguiu a intensidade das vibrações das observações, dos *encontros vivos* em produção com o outro.

Esses *encontros vivos* se corporificaram nas Escritas Cartográficas como fragmentos de vidas, problematizações, inquietações interrogativas, afetações pelas cenas construídas por palavras, gestos, rostos, expressões. O “*olho vibrátil*” de Rolnik (2016), tecido em sua “*Cartografia Sentimental*”, aquele que produz o invisível pelos afetos-em-efeitos dos encontros de corpos, sinalizou questões não vistas pelo “*olho-do-visível*”. Tais invisibilidades imprimiram textura, expressões e sentidos nas Escritas Cartográficas.

As Escritas Cartográficas ganharam, então, potência de análise de cenas, atos, observações, discursos e práticas. Nessa dimensão metodológica, a análise, produção e colheita de dados do estudo constituíram-se em engate entre si, compondo-se em imanência e processualidade.

Podemos dizer que para a cartografia essas anotações colaboram na produção de dados de uma pesquisa e têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer. Há transformação de experiência em conhecimento e de conhecimento em experiência, numa circularidade aberta ao tempo que passa. Há coprodução. As observações anotadas são como um material para ter à mão “não apenas no sentido de poderem ser trazidos à consciência,

mas no sentido de que se deve poder utilizá-los, logo que necessário, na ação”. (BARROS; KASTRUP, 2014, p. 70, aspas dos autores¹³¹).

Outra ferramenta-caminho utilizada foi a entrevista, conforme abordagem teórico-metodológica esboçada no Momento Um desta Tese, em diálogo com Tedesco, Sade e Caliman (2014).

As entrevistas foram realizadas tomando como critérios gerais: i) o livre consentimento do entrevistado em participar do estudo com abertura para a entrevista; ii) a identificação de sujeitos, que estavam nos lugares por mim habitados, ou que estavam em outros espaços institucionais relacionados ao objeto em estudo; iii) a participação do entrevistado nos processos de cuidado e de gestão regionalizados, seja na condição de gestor, profissional e usuário dos serviços.

A escolha de quem entrevistar, aliada aos critérios gerais estabelecidos, constituiu-se pelo e no acompanhamento da produção do SUS, na Região de Saúde de Sobral, deixando-me impregnar pelas problematizações e afetações em experimentação.

A cada pouso e uso das ferramentas-caminho, as conexões entre discursos e práticas de um e de outro sujeito, em um e outro lugar, favoreceram a (re)atualização das linhas de força, antes invisíveis. Linhas de força que esboçaram os sujeitos, as tecnologias, os procedimentos, os instrumentos, as estratégias utilizadas na operação da regionalização, sinalizando como o cuidado e a gestão da saúde regionalizados iam sendo produzidos em processos e em relações.

As linhas de força compuseram, assim, os sujeitos-em-processos-e-relações potentes ao seguimento e ao mapeamento da produção do SUS regional. Potentes à realização de entrevistas, tomando, como exemplo, o narrado em minhas Escritas Cartográficas, após um de meus pousos no CEM:

[...] as coisas estão lá, e você tem que estar sempre atento para ver o que pode ser destacado, o que pode ser um acontecimento potente. E aí foi assim: hoje eu estava lá olhando e vi duas mulheres com duas criancinhas, bebês, e aquilo me chamou atenção porque quase não tinha atendimento, consulta. Muitos médicos estavam de férias e a agenda acontecia mais voltada para exames. A unidade estava mais vazia. Aí eu me aproximei da recepcionista e perguntei sobre aquelas mulheres, o que estariam fazendo: aguardando alguma consulta? Aí ela começou a contar sobre um trabalho que é feito no CEM, por um médico, que é o de atender crianças que nascem com prematuridade, com algum problema na Santa Casa e são encaminhadas para o CEM para atendimento. E isso, sem nenhum agendamento prévio, via sistema, uma porta aberta que desenhava um outro modo de gestão do acesso [...] Resolvi, então, me aproximar para uma tentativa de entrevista [...]. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 21 Jul. 2016).

¹³¹As aspas introduzidas referem-se à citação de Foucault (1992, p. 136), feita pelas autoras. FOUCAULT, M. A escrita de si. In: O que é um autor? Lisboa: Passagens, 1992.

A narrativa dessa mãe destacou o cuidado intenso do profissional médico que olhava para os seus bebês e os tocava. Um cuidado pelo olhar, pelo toque e não apenas por procedimentos técnicos. Na continuidade da Escrita Cartográfica desse dia, acenei para a possibilidade de uma linha fuga, constituindo um outro modo de cuidado. Algo que se diferenciava, também, na gestão do acesso aos serviços de saúde regionalizados pela constituição de uma porta aberta, sem fila. *Seria isso?*

Então, além de entrevistar a mãe, decidi que seguiria essa possível linha de força em fuga, agenciando uma entrevista com o médico em questão, além da escuta de outros profissionais sobre esse trabalho. “A ideia de composição no plano das forças e dos afetos busca apontar que não há jamais indiferença na escolha do tema e dos sujeitos da pesquisa.” (KASTRUP; PASSOS, 2014, p. 39).

Outras vezes, a escolha de quem entrevistar vinha pelo dizer de uma outra entrevista, como no fragmento do discurso abaixo, de um gestor estadual de saúde, colhida durante a Pesquisa do PPSUS. Lendo e ouvindo, identifiquei possíveis gestores municipais de saúde da Região de Sobral que poderiam ser entrevistados.

Uma Região [referindo-se à de Sobral] de uma população extremamente pobre, de uma população rica, de dois extremos. Uma Região [com município de] seis mil habitantes e [outro com] duzentos mil habitantes, uma Região de oportunidades mil, mas com municípios sem nenhuma oportunidade, uma Região seca, uma população forte [...]. (GES-NR¹³²).

Colhido pelo dizer do outro, o discurso guiou-me para a constituição de pistas que se punham mais pela diferença do que pela homogeneidade. Assim, as entrevistas de cinco gestores municipais de saúde, da Região de Sobral, foram rastreadas pela potência do dizer do outro e das diferenças por ele assinaladas, constituindo um percurso de entrevistas pela diferenciação e não pela busca de uma cientificidade, atestada pela repetição de algo para confirmação de sua lei geral.

Aos entrevistados foi solicitada autorização para a realização e a gravação da entrevista, mediante a apresentação de TCLE, respectivo às condições de sujeito gestor, sujeito profissional de saúde e sujeito usuário de serviço de saúde regional, conforme Apêndices A, B e C, respectivamente.

¹³²Simbologia adotada para expressar os discursos dos gestores públicos estaduais de saúde de nível regional (GES-NR), como será explicitado no item 4.4, deste capítulo.

As entrevistas foram feitas seguindo Roteiros propostos, apresentados nos Apêndices D, E e F, correspondentes, respectivamente, ao sujeito gestor, sujeito profissional de saúde e sujeito usuário de serviço de saúde regional. Em muitos casos, antecedendo a entrevista, olhava o Roteiro, mas acabava me perdendo dele, na escuta dos discursos que aconteciam em intensidade e vigor. Via-me atravessada pelo sentido que Deleuze e Parnet (1998) imprimiram em “*Uma conversa, o que é, para que serve?*”, onde indicam ser difícil

[...] "se explicar" – uma entrevista, um diálogo, uma conversa. A maior parte do tempo, quando me colocam uma questão, mesmo que ela me interesse, percebo que não tenho estritamente nada a dizer. As questões são fabricadas, como outra coisa qualquer. Se não deixam que você fabrique suas questões, com elementos vindos de toda parte, de qualquer lugar, se as colocam a você, não tem muito o que dizer [...] *O objetivo não é responder a questões, é sair delas*. Muitas pessoas pensam que somente repisando a questão é que se pode sair delas [...] *Uma entrevista poderia ser simplesmente o traçado de um devir*. (p. 9-10, *grifos meus*).

Estaria eu, ao fabricar questões, impedindo que o sujeito delas escapasse? Entrevistar e conversar como uma “*experiência do dizer*”, que afeta e produz entrevistador e entrevistado, mostrou-se, quase sempre, como uma obra em tecitura. Um aprendizado que requeria a constituição do pensamento e dos atos pelo campo do sensível, o das afetações, e, não apenas, o das ideias. A pista de navegação pelas afetações ampliou, no outro, o entrevistado, a possibilidade de “*sair das questões*” e lançar-se a “*experiência do dizer de si*”.

Escapando ou não das perguntas, muitas entrevistas me percorreram o corpo em tremores, tanto pela minha memória, que se pôs viva pelo narrar do outro sobre os atos de gestão produzidos à época em que trabalhava em Sobral, como também pelo percurso do outro, como o usuário, por exemplo, carregado pelo vai-e-vem de alguns modos burocratizados para acessar um serviço de saúde. A tecitura desse percurso, pelo dizer do outro, muitas vezes, me fez calar a voz e as perguntas e afinar a escuta.

No Momento Dois da Tese, com base nos escopos da Pesquisas do PPSUS e do Doutorado, foram produzidas um total de 36 entrevistas, sendo: 14 de gestores de saúde, 11 de profissionais de saúde e 11 de usuários. Todas as entrevistas foram transcritas, constituindo os arquivos dos discursos dos gestores, profissionais e usuários do SUS.

No caso dos usuários, além das entrevistas feitas, mantive ‘conversas’, não gravadas, que foram compostas em minhas Escritas Cartográficas, onde descrevi e refleti acerca destes fragmentos de vida e processos de trabalho em saúde – gestão e cuidado. Assim, foram todas consideradas férteis à produção desta Tese e postas em análise, totalizando 28 ‘conversas’ com usuários e ou acompanhantes.

Além dessas conversas, especialmente registro a realização de duas outras com profissionais municipais de saúde, em trânsito na Santa Casa de Sobral. Cada um desses profissionais era vinculado a um dos municípios da Região de Sobral e estavam em atividade de serviço, acompanhando um usuário. Tais conversas compuseram minhas Escritas Cartográficas, sendo, também, utilizadas nesta Tese.

A figura abaixo dispõe a diluição das entrevistas e ‘conversas’ realizadas com os sujeitos do estudo.

Figura 11 - Composição dos sujeitos do estudo: marcação de entrevistas e de conversas



Fonte: Elaborada pela autora.

A escolha e a realização das entrevistas e ‘conversas’ não se constituíram pela representação dos sujeitos participantes em busca de um certo equilíbrio quantitativo entre estes. As orientações seguiram o rumo das afetações e dos sentidos engravidados, quando do acompanhamento da produção do SUS, na Região de Sobral. Portanto, pela constituição de um campo de intensidade, sentidos e forças, que iam sendo produzidos e acompanhados.

Especialmente em relação aos usuários, como as ‘conversas’ foram bastante intensas no CEM e na Policlínica de Sobral, reduzi o número de entrevistados nesses equipamentos. Repito, não em decorrência do quantitativo em questão, mas pelos sentidos, interrogações e problematizações constituídos, sinalizando a possibilidade de caminhar em outras direções, em outras territorialidades, em diálogo com outros sujeitos. Um certo processo de se territorializar e de se desterritorializar.

Já em relação aos equipamentos hospitalares, dada a diversidade de entradas¹³³, acabei intensificando o número de entrevistas realizadas nestes lugares.

A última ferramenta-caminho utilizada, no percurso do Momento Dois, foi a de composição de um arquivo de documentos, que ia desde a constituição da base legal e normativa da regionalização da saúde, passando por documentos como atas, relatórios técnicos, entre outros. Documentos, estes, produzidos pelo Ministério da Saúde; CIT; SESA; CIB do Ceará; CIR de Sobral. Além desses documentos, constitui mais dois outros arquivos, engatados ao domínio e ao objeto de estudo: i) com matérias de jornais de circulação no Ceará e materiais de *sites* de entidades governamentais e não governamentais afins; ii) documentos do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral e do ISGH (Organização Social de Saúde).

A perspectiva de constituição desses arquivos de documentos foi a de buscar

[...] relações internas entre esses documentos, fazendo emergir acontecimentos particulares a esse arquivo. Portanto, os documentos são tratados como discursos que obedecem a regras de formação próprias de sua época e de seu domínio, como um acontecimento em relação a outros acontecimentos históricos. (BAPTISTA; BORGES; MATTA, 201, p. 159).

Assim, no percurso de produção da Tese, mantive-me atenta aos enunciados discursivos, às cenas e aos atos que estavam acontecendo e que se conectavam com o estudo em andamento. Uma aula, conversa, leitura de jornal, de um texto acadêmico, um filme, uma imagem, uma poesia, relações interpessoais, narrativas dos sujeitos participantes, Escritas Cartográficas. Enfim, discursos em fragmentos que se conectavam à esta Tese, em articulação de objetos, funções, lugares, sujeitos e estratégias para a sua produção.

A habitação de um território existencial está mais ligada a uma disposição de composição do que à execução de normas técnicas. Não se visa a uma submissão ou um domínio do campo pesquisado, mas a um fazer com, compondo com os elementos envolvidos. Desde o trabalho de campo até a realização dos relatórios, a pesquisa cartográfica vai indicando ao aprendiz-cartógrafo certo cuidado de composição. Esse aprender com acaba por cultivar no aprendiz a necessidade e a disposição do engajamento no campo pesquisado. (ALVAREZ; PASSOS, 2014, p. 148, grifos meus).

¹³³Refiro-me, aqui, a uma das pistas seguida para habitação dos lugares assistenciais, que foi a orientação pela lógica espacial e de funcionamento dos equipamentos escolhidos, descrita no item 4.3.2.2 desta Tese, destacando os setores: i) no HRN, Urgência e Emergência; Centro de Apoio à Saúde Reprodutiva da Mulher; Internação Obstétrica e Clínica Médica; ii) na Santa Casa, Urgência e Emergência; Obstetrícia, incluindo atendimento de urgência obstétrica, pré-natal e internação; e Clínica Médica (ambulatório e internação).

Para finalizar esta seção e suas subseções, que encarnam o Momento metodológico Dois, dediquei-me ao exercício de pensar e problematizar o percurso cartográfico construído. Um momento para qualificá-lo, pondo em regime de visibilidade e dizibilidade a produção de diferenças pelo manejo e pela composição cartográfica, através deles, com eles e neles.

4.3.2.5 *(Im)precisões no pouso-habitação e no uso das ferramentas-caminho: a tecitura de vetores de transversalidade ‘pela lata do poeta onde tudo-nada cabe’*

“Uma lata existe para conter algo
 Mas quando o poeta diz: “Lata”
 Pode estar querendo dizer o incontível
 Uma meta existe para ser um alvo
 Mas quando o poeta diz: “Meta”
 Pode estar querendo dizer o inatingível
 Por isso, não se meta a exigir do poeta
 Que determine o conteúdo em sua lata
 Na lata do poeta tudonada cabe
 Pois ao poeta cabe fazer
 Com que na lata venha caber
 O incabível
 Deixe a meta do poeta, não discuta
 Deixe a sua meta fora da disputa
 Meta dentro e fora, lata absoluta
 Deixe-a simplesmente metáfora”.
 Gilberto Gil¹³⁴.

Passos e Barros (2014), em “*Cartografia como método de pesquisa-intervenção*”, no fragmento da contribuição metodológica de Félix Guattari relacionada à conceituação de transversalidade, indicam que operar na transversalidade requer considerar o plano onde a realidade se comunica. Ou seja, o plano, onde estão as relações, os processos, as instituições, os sujeitos, constituídos por dinâmicas que diferem, mas não se separam, coexistem. O que interessa é o que está entre um e outro processo, o intermediário, agenciado por linhas de força oblíquas, que não estão nem no eixo vertical e nem no eixo horizontal, mas entre eles.

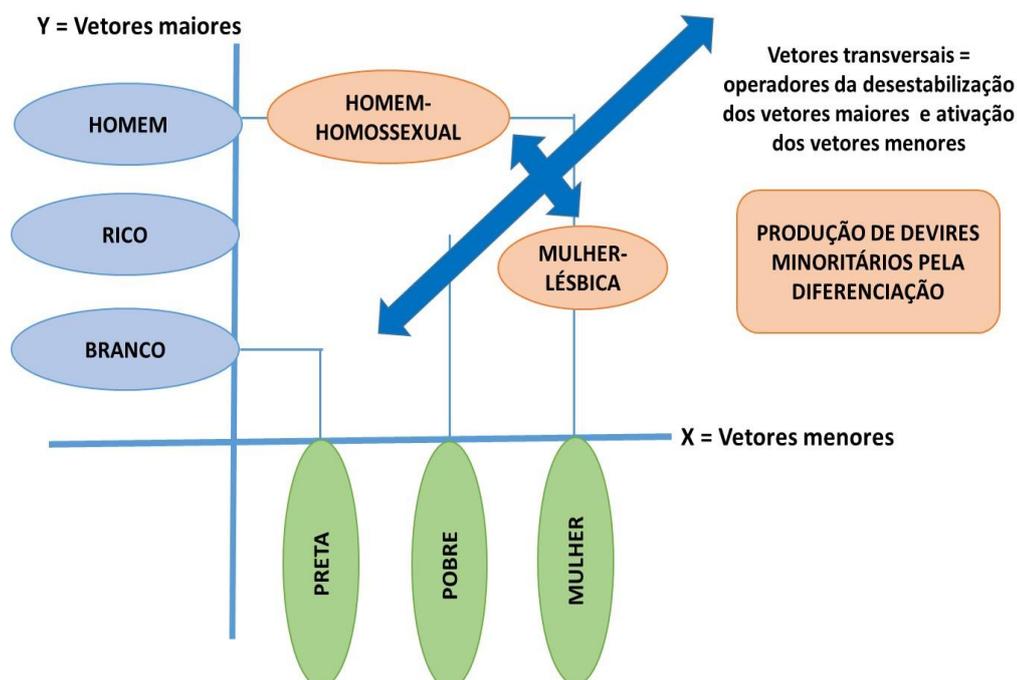
A cartografia é o acompanhamento do traçado desse plano ou das linhas que o compõem. *A tecitura desse plano não se faz de maneira só vertical e horizontal, mas também transversalmente [...]* O método da cartografia tem como direção clínico-política o aumento do coeficiente de transversalidade, garantindo uma comunicação que não se esgota nos dois eixos hegemônicos de organização do socius: o eixo vertical que organiza a diferença hierarquicamente e o eixo horizontal que organiza os iguais de maneira corporativa. A natureza política do método cartográfico diz respeito ao modo como se intervém sobre a operação de organização da realidade a partir dos eixos vertical e horizontal. *Grosso modo, podemos dizer que a operação de*

¹³⁴*Metáfora*, composição de Gilberto Gil. Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/gilberto-gil/metáfora.html>>. Acesso em 15 jan. 2017.

organização hegemônica/majoritária do socius se dá na forma da conexão entre variáveis menores em oposição a variáveis maiores. Por outro lado, há outra operação, dita operação transversal, que conecta devires minoritários. (PASSOS; BARROS, 2014, p. 27-28, grifos dos autores em socius, os demais grifos meus).

Para expor o campo de forças vetoriais em tensionamento, proponho a figura abaixo em intercessão com Passos e Barros (2014a, p. 29). Nela, apresento, os vetores maiores e menores explicitados nos eixos Y e X, como por exemplo homem-mulher, branco-preto, rico-pobre, em composição predominante e homogeneizada por padrões de normalidade; e os vetores transversais, aqueles que potencializam a diferenciação, pela produção de devires menores, que sinalizam para outros modos de existência, como um homem homossexual ou uma mulher lésbica. Portanto, para além de inscrições binárias, mas em produções outras vinculadas pelo e, e não pelo ou.

Figura 12 - Diagrama do campo de forças vetoriais, em produção de devires menores, pela operação de vetores transversais.



Fonte: Elaborada pela autora, em diálogo com Passos e Barros (2014).

Mas o que teria isso a ver com o pesquisar? Com uma produção cartográfica em olhar arqueogenealógico?

Como forma de abordar o aprendizado e a constituição do saber-pesquisar em ampliação de vetores de transversalidades, tomei como caminho o mergulho na experiência, constituindo-me como *sujeito da experiência*, conforme Bondía (2002).

A ideia foi a de transitar pelo fragmento escrito, inicialmente, nas Escritas Cartográficas, mas (re)composto na produção da escrita da Tese: *escrita-experiência-em-análise*. Foi na amarração do cultivo e da colheita de dados com a produção de sua análise, que vislumbrei a engrenagem de vetores transversais, os quais constituíram o pesquisar-habitar do campo. Passo, assim, a falar um pouco sobre esta engrenagem.

A habitação nas reuniões da CIR foi retomada no início de 2016. Para isso, uma pista foi ganhando contorno e argumentação em reverberação das proposições feitas na Qualificação: propor à CIR de Sobral a apresentação de alguns produtos da Pesquisa do PPSUS e, na sequência, falar sobre a Pesquisa do meu Doutorado, cujo ‘campo de estudo’, decididamente, se daria na Região de Saúde de Sobral. Aliás, já vinha se dando. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 18 jan. 2016).

A ideia dessa apresentação tinha como perspectiva não só compartilhar os produtos construídos pela Pesquisa do PPSUS, mas também, de abrir a possibilidade para um *pesquisar com e não sobre algo* (Moraes, 2014), no tocante à Pesquisa do Doutorado.

De certa forma, busquei, naquele momento, uma cumplicidade com os sujeitos da CIR de Sobral em relação à realização da Pesquisa do Doutorado. Um ato para provocar fissuras em um processo tradicionalmente recluso ao pesquisador. Um ato para quebrar a neutralidade científica, dispondo em meu discurso de apresentação minhas intenções, afetações e as problematizações da regionalização da saúde, atualizadas pela Pesquisa do PPSUS e delineadas no solo do meu objeto de estudo.

Lembro-me, neste dia, 04 de fevereiro de 2016, que poucos secretários comentaram o estudo. Um deles, destacou seu interesse e relevância do que me propunha a ver-dizer-mapear. Nesse dia, aprendi que os efeitos do *ethos de pesquisar com* requerem processualidade e não imediatismo.

Em minhas Escritas Cartográficas, registrei a alegria do caminho escolhido e as interrogações de seus efeitos e problematizações, que ganharam corpo e densidade quando da escrita-análise desta Tese, como já frisei. Cartografar não era estabelecer linhas horizontais nas relações entre as pessoas. Até pressupõe isso, no sentido de quebrar a hierarquia instituída entre pesquisador e pesquisado, com a prevalência do primeiro. Entretanto, cartografar requeria ir além, apontando para a criação de vetores de transversalidades.

O conceito de Transversalidade é utilizado por Guattari na elaboração teórica da psicoterapia institucional, durante a década de 60. Comentando os desafios da intervenção nas instituições e fazendo uso da imagem das viseiras de cavalos, o autor define a transversalidade como a superação de uma pura verticalidade (estrutura piramidal) e de uma simples horizontalidade (um certo ajeitar-se na situação); constituindo-se em um terceiro vetor. *A transversalidade implica a ativação da circulação, da comunicação e dos agenciamentos enquanto produção de outros modos de ser, de sentir e atuar, “ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos”* (Guattari *apud* AGUIAR; ROCHA 2007, p. 658, *grifos meus* e aspas das autoras para acentuar a citação de Guattari, 1981, p. 96).

Nessa perspectiva, observei que a aposta daquele momento, o de apresentação da Pesquisa do PPSUS e de sua dobra na minha Pesquisa do Doutorado, além da cumplicidade pretendida, revestiu-se pela constituição do terceiro vetor, em possíveis agenciamentos para invenção de outros modos de pesquisar.

A engrenagem constituída foi a de operar vetores menores, no caso, o *pesquisar com*, tensionando vetores maiores, o *pesquisar sobre algo*, por meio de agenciamentos para a apresentação das Pesquisas do PPSUS e do Doutorado, na reunião da CIR de Sobral, transversalizando outros modos de pesquisar e compondo um *ethos-devir* minoritário do pesquisador cartográfico: *o de fazer com e não sobre*.

No pesquisar-habitar da CIR de Sobral, esta transversalidade fortaleceu o engate de relações de subjetivação *entre* sujeitos - sujeito-pesquisador e sujeito-participante – em composição *com* o outro e não *sobre* o outro, aquele em posição de objeto dado ao conhecimento ou ao fornecimento de informações. “Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção.” (PASSOS; BARROS, 2014, p. 31).

Potencializou-se, então, no andar do campo, processos de subjetivações potentes à constituição de sujeitos e não ao assujeitamento de um pelo outro. E, ainda, de valoração da experiência do outro, reconhecendo sua autoridade para falar do que se passava com ele em relação aos modos de gestão e de cuidado em saúde regionalizados.

Na vertente transversalizada, a prática cartográfica é reiterada em sua potência para “[...] acompanhar a processualidade dos processos de subjetivação [...] onde o [...] método vai se fazendo no acompanhamento dos movimentos e das subjetividades e dos territórios.” (KASTRUP; BARROS, 2014, p. 77).

Nesse sentido, a participação de outros sujeitos no estudo ampliou, ainda mais, o coeficiente de transversalidade. Além de gestores estaduais de saúde, a Pesquisa do Doutorado

incluiu novos gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde da Região de Sobral. Outros discursos, outras práticas, outros lugares, outras conexões.

Especialmente a inclusão de sujeitos profissionais e usuários do SUS regionalizado fortaleceu a perspectiva do ver-dizer-fazer de outras subjetividades. Goya *et al* (2016), em “*Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades*”, indicam

[...] como desafio inadiável a ampliação do debate e da prática da regionalização da saúde, incorporando outros sujeitos que deem potência ao trabalho vivo em ato, abrindo novas possibilidades de conexões e acontecimentos, novas possibilidades de estratégias em saber-poder e verdade-poder, apostando que na engrenagem de produção do poder, em processos de resistência, são fabricados outros discursos e saberes. (GOYA *et al*, 2016, p. 915).

A diversidade de sujeitos, experiências e lugares tensionou pela tecitura da diferença e não da homogeneidade discursiva-prática, possibilitando uma certa polifonia de vozes na composição do diagrama das forças produtivas dos modos de gestão e de cuidado em saúde. Uma polifonia tecida pelas escolhas dos sujeitos participantes, em seguimento das linhas de força e de processos em curso, quando da minha habitação no campo da pesquisa.

Conforme Kastrup e Passos (2014, p. 31), na pista “*Cartografar é traçar um plano comum*”, a “[...] inclusão dos diferentes sujeitos pode se fazer por uma transversalidade que desestabiliza a verticalidade que distingue e separa quem conhece do que é conhecido”.

A produção do plano comum foi tensionada pela máquina da diferenciação entre os sujeitos, sem hierarquização dos planos, onde se encontravam e das posições que ocupavam, mas em valorização de como operavam o cuidado e a gestão da saúde; pela captura de singularidades e não de individualidades e representações identitárias dos possíveis grupos de sujeitos – gestores, profissionais e usuários -, em constituição do homogêneo.

Portanto, não se tratou tão somente de diversificar a participação dos sujeitos, mas de compor multiplicidades para intensificar a produção coletiva e plural, enraizada na experiência singular e na desqualificação do homogêneo.

O homogêneo diz respeito à uniformização dos modos de vida, discursos e opiniões, onde se destaca o papel da mídia e outros dispositivos da globalização, conduzindo a uma ditadura discreta e insidiosa [...] As subjetividades serializadas do mundo contemporâneo são um claro exemplo de realização do homogêneo. Já o comum, segundo Jullien, é um conceito político. *Não é dado a priori, mas se enraíza na experiência, se aprofundando e se enriquecendo com ela. Devemos construir um comum que não é pautado em relações de semelhança nem tampouco de identidade.* (KASTRUP; PASSOS, 2014, p. 19-20).

Outro vetor de transversalidade referiu-se ao exercício do falar franco, posto em processo pelos jogos do pesquisar, com uma exposição do sujeito-pesquisador na relação com o outro – gestor, profissional e usuário. Algo que acontecia nos atos de observar, escrever e entrevistar, bastante intensos, quando dos pousos nos lugares da regionalização.

No adentrar do campo, inicialmente, sentia-me constrangida pelos atos de habitar, observar, escrever, conversar e entrevistar. Em mim, encarnava-se o sentido real de me colocar como *estrangeira* naqueles lugares. Um incômodo de quem chega em um lugar que lhe é estranho. Um incômodo que se sobressaiu, principalmente, nas relações iniciais com os usuários dos serviços de saúde.

Como interromper o momento de espera, talvez de dor, daquele que teve que enfrentar processos administrativos e assistenciais de longo percurso até Sobral? Inclusive o andar físico, onde os usuários são como nômades em andanças de uma cidade a outra? De um equipamento a outro? Como ser estrangeira e sujeito da experiência em terreno tão movediço e tão sensível?

Pela experiência, aprendi que poderia me abrir na fala, colocando para o outro em escuta minhas intenções nos atos de pesquisar, observar, entrevistar e escrever. Um falar franco, não horizontalizando ou verticalizando as relações, mas transversalizando-as. Guardando e reconhecendo as diferenças que estavam postas entre mim, pesquisadora, e o outro, sujeito participante – usuário, profissional e gestor.

Conversar com elas, as primeiras usuárias, me deixou sem chão. Como chegar? O que falar? Como não invadir sua vida e ter uma postura invasiva e autoritária? Foi difícil. Fiquei sem fôlego. Meu coração batia mais rápido como se estivesse à beira de um encontro romântico. *Mas me apresentei. Disse quem eu era e o que estava fazendo.* Ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pela primeira vez, foi uma ‘coisa’! Só pensava que era de difícil entendimento. Elas, mãe e filha grávida em gestação de risco, não quiseram gravar. Mas conversar. Assim, nós conversamos. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 01 mar. 2016, *grifos meus*).

O falar franco, analisei comigo mesma, reverberou no outro, que se negou a gravar a entrevista, mas se pôs em positividade ao encontro. Um sujeito que disse e fez o que lhe foi *desejante*. Em alteridade, falou de si e de sua experiência. Em um momento posterior, voltei a encontrar as duas, no mesmo ambiente de espera, lá no CEM. Dessa vez, nossa conversa foi diferente. Partimos de onde paramos. De como andava a gravidez e a vida, desenhando um certo (com)partilhar. O que me era estranho, com o tempo, compôs uma certa ‘intimidade’.

O (re)encontro com essas mulheres e com alguns outros usuários, gestores e profissionais apontaram para a feitura de um outro vetor transversal, o de colocar a conversa

para andar entre sujeito-pesquisador e sujeito-participante. Com alguns entrevistados, especialmente alguns profissionais e gestores, isso foi bastante produtivo.

Depois de terminada a entrevista, ou em algum outro momento de reencontro, talvez por conta de alguma proximidade, eu tenho tido a oportunidade de conversar com ele [entrevistado] as coisas que eu tenho percebido. Hoje, foi bastante interessante, porque na minha trajetória eu nunca valorizei muito a questão da urgência hospitalar e, hoje, eu me atentei para os modos de acesso aos serviços regionalizados, seja pela porta regulada, seja pela porta da urgência. Ambas cada vez mais afuniladas [...] eu tive a oportunidade de discutir isso com dois profissionais do serviço de urgência, problematizando as regras de funcionamento das entradas neste serviço. Muito legal poder conversar e colocar as coisas que eu tenho visto para o outro e, assim, ampliar o campo de problematização, de discussão de algumas questões. Seria isso a pesquisa-intervenção? (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 20 jun. 2016).

No decorrer dos meus pousos no campo, não só os [re]encontros iam acontecendo, como também fui aprendendo um jeito mais de ‘fácil’ de falar sobre o estudo, sobre a pesquisa, antecedendo a leitura do TCLE. Dizia assim: “É um estudo para saber como as pessoas fazem para cuidar da sua saúde, quando precisam de um atendimento, que não tem no lugar onde moram. Por isso, um estudo que precisava ouvir e saber o que ela, usuária, fazia”.

Ao ouvir o que eu mesma dizia e repetia, atentei-me para a imagem em constituição de um usuário-nômade, em andança. Os modos de gestão e de cuidado em saúde regionalizados faziam do usuário um andarilho. Nesta imagem-ação, os serviços de saúde se constituíam por uma forma sedentária, parada, fixa. Esta foi uma reflexão que se mostrou potente na análise. Uma reflexão que caminhou junto ao exercício do falar franco e que ganhou força nas vibrações pensantes das Escritas Cartográficas, assim como nos atos mesmos de conversar, observar, entrevistar.

Percebi, dessa forma, a potência transversal que a Escrita Cartográfica foi encarnando em engate com as outras ferramentas-caminho utilizadas, a entrevista, a observação e a análise documental. As coordenadas de cada uma destas ferramentas não ficaram estáticas, nas linhas X ou Y, compondo ângulos precisos e previsíveis em sua junção. Mas produziram uma superfície comum, a superfície das ferramentas-caminho, em regime de coexistência no ato de habitar, favorecendo a constituição de uma rede de agenciamento entre elas e, assim, potencializando a fabricação e a colheita de dados no campo de pesquisa.

Uma outra produção transversalizada foi em relação à habitação da CIR, que se estendeu aos outros lugares pelo aprendizado do pesquisar. Habitar a CIR constituiu-se como um desafio teórico-metodológico em cada pouso. *Como fazer? Como me portar? Falar ou não falar na reunião? Como capturar ou produzir afetações? Como dar conta do como fazer?*

Inicialmente, mantive-me quieta em observação e anotação, compondo minhas Escritas Cartográficas. *Aprendi que estar em silêncio e pôr-me em atenção era potente à produção-análise dos discursos proferidos*, vendo-pensando os modos de gestão aparecerem em múltiplas formas e expressões: nas pautas; nos ditos e escritos em documentos, fichas e indicadores de saúde; nas propostas de cursos de formação; nas práticas não discursivas; nas conversas informais; nas contações de ‘histórias’ vivenciadas no dia a dia de cada gestor.

A pista “*O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo*”, de Kastrup (2014), despontou o aprendizado de que a atenção não

[...] é uma simples seleção de informações. *Seu funcionamento não se identifica a atos de focalização para preparar a representação das formas de objetos, mas se faz através da detecção de signos e forças circulantes*, ou seja, *de pontas do processo em curso*. A detecção e a apreensão de material, em princípio desconexo e fragmentado, de cenas e discursos, requerem uma concentração sem focalização, indicada por Gilles Deleuze no seu *Abécédaire* através da ideia de uma *atenção à espreita* [...]. (KASTRUP, 2014, p. 33, *grifos meus*).

Uma atenção que toma as ‘coisas’ em acontecimento não como informações acabadas, mas “[...] como uma invenção, como engendrado conjuntamente com o agente do conhecimento [...]”, constituindo, assim, “[...] um outro tipo de política [cognitiva], que denominamos construtivista’. (KASTRUP, 2014, p. 34). Conforme esta autora, a atenção do cartógrafo põe-se em atitude não seletiva, mas ao mesmo tempo flutuante, concentrada e aberta.

Tratam-se de *atitudes atencionais* que potencializam um duplo de atos, o de cultivo e o de colheita da pesquisa no campo e o de análise de seus efeitos. Se a cartografia se articula à pesquisa-intervenção, implica em saber que a intervenção no

[...] processo de pesquisa faz emergir realidades que não estavam “dadas”, à espera de uma observação [...] Mas, se por um lado, a cartografia não lida com “dados” no sentido mais tradicional do termo, ela também não pode se esquivar do fato de que ela gera efeitos. (BARROS; BARROS, 2014, p. 175, *aspas das autoras*).

Mas estaria eu em atenção e quietude intervindo?

Mais recentemente, [re]visitando minha habitação na CIR de Sobral, para a escrita metodológica desta Tese, atualizou em mim o sentido de que aquela ‘imobilidade’ atenta e silenciosa se constituía em movimento-intervenção. Movimento marcado por uma escrita-experiência do olhar, do aquietar, do escutar, do sentir, do manter-se em atenção. Meus sensores e sensações me conduziram à Merhy (2015), ao abordar a Educação Permanente em Movimento. Voltei-me, assim, aos seus escritos.

Merhy (2015) inicia sua reflexão reportando-se a uma fala do músico Marcelo Yuka, feita em outubro de 2014, “[...] que em certo momento diz que depois de muito tempo percebia que da sua imobilidade se movimentava”. (MERHY, 2015, p. 7).

Esse artista tinha levado 8 tiros, em uma situação de violência e roubo, que lhe causaram várias sequelas, como: paraplegia, perda do controle sobre um dos braços, além de ter ficado entre a vida e a morte após o acontecimento. Óbvio que aquele trágico acontecimento não ficou impune, já estava desde o começo agenciando Yuka para algum lugar e parecia que o de despotencialização do viver era o mais evidente, entretanto há um momento que percebe que algo lhe acontecia para um novo campo de sensibilidades e de atividades que nunca tinha tido. *Seu olhar sobre si abre novas linhas de possibilidades, passa a ver coisas que não via, passa a falar coisas que não falava: a imobilidade me movimenta. O seu corpo sensível estava em total construção de si, sem parar.* (MERHY, 2015, p. 7, grifos meus).

Vislumbrei, então, que acompanhar processualidades, cartografar, pesquisar-intervir e mapear forças circulantes e [in]visíveis poderia acontecer em uma certa imobilidade que se movimenta. Um fazer performático compo uma estética cartográfica em quietude e atitudes atencionais. Nesse dia, meu corpo sorriu em produção e afetação, em que pese toda a diferença entre a minha experiência e a que aconteceu e mobilizou Marcelo Yuka. Mas a dele me afetou pela captura feita por Merhy (2015).

Mas vale dizer, também, que muitas interrogações, advindas das reuniões da CIR, ficavam suspensas em meu varal virtual. Estas também me mobilizaram. Sempre que possível, na reunião mesmo, em conversas de bate-papo, com um ou outro, durante o cafezinho, o almoço¹³⁵, elas se atualizavam e ganhavam corpo em diálogos intensos, onde podia falar o que estava vendo.

Mais do que falar, dar visibilidade e dizibilidade à produção do SUS, na Região de Saúde de Sobral, constituindo e atualizando este processo com alguns de seus sujeitos, quando das conversas ‘informais’ que mantínhamos. Uma linha transversal que se mostrou bastante recorrente e potente no decorrer da minha habitação.

Nesse movimento, outras problematizações se [re]faziam. Muitos encontros, durante e depois das reuniões e das entrevistas e conversas feitas, conforme já dito. Os encontros se [re]vitalizavam nestas conversas ‘informais’ e minhas Escritas Cartográficas se recheavam de robustos discursos não gravados, porém dialogados em intensidade e anotados em quietude. Tanto em uma forma como em outra, o uso da *atenção* era exercitado como um vetor de transversalidade, a produzir o inesperado.

¹³⁵Considerando que as reuniões finalizavam, algumas vezes, com um almoço acolhedor para os que, ainda, iriam viajar, retornando aos seus municípios.

Destaco, aqui, que essas rodas de conversa não pedem licença para nenhum organograma oficial de um serviço, nem para nenhuma hierarquia de uma organização. *Vão acontecendo no agir do trabalho vivo em ato de cada um e de todos, nos espaços informais que vão inventando no entre os formais de uma organização, ou seja, os próprios trabalhadores (ou qualquer tipo de agente institucional que aí se instala, como os próprios gestores e os usuários, de um modo geral) vão fabricando em suas ações, conversações, encontros, novos arranjos, etc. Ali no dia a dia, isso vai ocorrendo em acontecimentos, alguns dos quais podem ser intencionais, porém muitos outros não. Pode ser só um ir acontecendo de encontros que por si agenciam novos processos coletivos, não dados antes e nem buscados antes.* (MERHY, 2015, p. 8-9, grifos meus).

Assim, em encontros que agenciaram coisas não dadas e nem antes buscadas, ou ainda, como na *Metáfora* do poeta onde “*tudo-nada*” cabe, as [im]precisões narradas e atracadas à tecitura da experiência apontaram outros modos de pesquisar, pretensamente, sinalizadores do *incontível, incabível, inatingível* [talvez].

Linhas de força invisíveis atualizadas no percurso, ampliando os coeficientes de transversalidade e de imprevisibilidade da pesquisa em sua habitação no campo. Ambas articuladas às argumentações, sentidos e afetos que iam se produzindo e, assim, tecendo pistas metodológicas. “Cartografamos com afetos, abrindo nossa atenção e nossa sensibilidade a diversos e imprevisíveis atravessamentos”. (KASTRUP; PASSOS, 2014, p. 39).

Nesse sentido, em *produção desejante*, um andar cartográfico que ia compondo campos de visibilidade e dizibilidade das rotas de criação e de amarrações metodológicas construídas pela atuação na experiência, através dela, com ela e a partir dela.

Na sequência, abordo a perspectiva e o processo de construção da análise feita nesta Tese.

4.4 A tecitura da análise arqueogenealógica: analisadores-acontecimentos enunciados por processos, histórias e fragmentos de vida

O solo de produção da análise deste estudo articulou o engate dos Momentos Um e Dois de produção desta Tese, enlaçando a perspectiva teórico-metodológica da cartografia com a arqueogenealogia.

A análise foi operada não como uma etapa estanque da pesquisa, mas se desenrolando, também, nos momentos de produção e de colheita de dados. Tomar esta perspectiva como prática metodológica implicou em dois posicionamentos. O primeiro, referiu-se a não dissociação entre o objeto pesquisado e o sujeito pesquisador, como se o objeto em

estudo e análise mantivesse uma existência, *a priori*, à espera de ser coletado e analisado. O que houve, portanto, foi uma *produção e colheita de dados da pesquisa* e não uma coleta de dados.

O segundo, tratou-se da constituição de um regime de coexistência da *produção e colheita de dados* com a *análise de dados*, forjando uma processualidade analítica que dialogava, também, com os efeitos que iam sendo produzidos no campo, considerando a dimensão da pesquisa-intervenção e da cartografia que se desenha como acompanhamento de processos.

Nessa perspectiva, a analítica dos dados reiterou o pressuposto de uma realidade que se põe em produção pelo pesquisar-intervir, pela captura e atualização de linhas de força que atravessam sua máquina. “A realidade não é capturada como forma dada, tida como natural, mas tomada como forma a ser posta em análise”. (BARROS; BARROS, 2014, p.180).

Daí a implicação da cartografia e do olhar arqueogenealógico na produção de dados e da realidade e não da sua representação. “A formulação paradoxal de uma “produção dos dados” visa ressaltar que há uma real produção, mas do que, em alguma medida, já estava lá de modo virtual¹³⁶.” (KASTRUP, 2014, p. 33, aspas da autora).

Então, pela experiência do pesquisar, em camada estadual e regional, a analítica do estudo se constitui como exercício para ver-dizer e, assim, atualizar o diagrama de forças que estava lá de modo virtual, pondo a realidade em análise, em problematização.

Aliás, **“entender”, para o cartógrafo, não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar**. Para ele não há nada em cima – céus da transcendência –, nem embaixo – brumas da essência. O que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão. E o que ele quer é mergulhar na geografia dos afetos, e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem. Vê-se que a linguagem, para o cartógrafo, não é um veículo de mensagens-e-salvação. Ela é, em si mesma, criação de mundos. **Tapete voador...** Veículo que promove a transição para novos mundos [...]. (ROLNIK, 2016, p. 66, **grifo da autora**).

Esta é uma abordagem condizente com a arqueogenealogia foucaultiana, conforme seus Ditos e Escritos: “Não procuro encontrar, por trás do discurso, alguma coisa que seria o poder e sua fonte, como em uma descrição de tipo!” (FOUCAULT, 2006c, p. 253).

¹³⁶Em nota de rodapé, a autora coloca: “O conceito de virtual é empregado aqui no sentido que lhe confere H. Bergson (1897/1990; 1919/1990). O virtual se atualiza segundo um processo de criação e de diferenciação. Nesse sentido, distingue-se do possível, que se realiza através de um processo de limitação e de semelhança. Para a distinção detalhada entre virtual-atual e possível-real cf. Deleuze (1966). Um bom exemplo da atualização de uma virtualidade – como produção de algo que já estava lá – é a produção das mãos de um pianista através de repetidos treinos”. (KASTRUP, 2014, p. 33).

Na análise desta Tese, as relações de *saber-poder* foram tomadas como operadoras dos discursos, tendo sido adotado como discurso todos os arquivos documentais pesquisados, assim como, os enunciados dos sujeitos participantes e as Escritas Cartográficas. Os discursos foram constituídos, também, como práticas, no campo do não discursivo.

“À medida que Foucault substitui a noção de *episteme* pela de *dispositivo* e, finalmente, pela de *prática*, a análise do discurso começará a entrelaçar-se cada vez mais com a análise do não discursivo (práticas em geral)”. (CASTRO, 2016, p. 119, *grifo do autor*).

Desse modo, na análise dos discursos produzidos não me ative à compreensão “[...] de critérios lógicos ou gramaticais, pois, não se trata de frases, de atos de linguagem ou de proposições estruturais”. (BAPTISTA; BORGES; MATTA, 201, p. 157). Mas fiz o exercício de

[...] examinar as diferentes maneiras pelas quais o discurso desempenha um papel no interior de um sistema estratégico em que o poder está implicado, e para o qual o poder funciona. Portanto, *o poder não é fonte nem origem do discurso. O poder é alguma coisa que opera através do discurso, já que o próprio discurso é um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder.* (FOUCAULT, 2006c, p. 253, *grifos meus*).

Ancorei-me, então, na proposição de que é “[...] próprio à linguagem portar o acontecimento”. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, *apud* TEDESCO; SADE; CALEMAN, 2013, p. 304). Assim, para lidar com o *discurso como portador de acontecimento*, finquei o solo de análise *nos sentidos de acontecimento*, veiculados por Foucault segundo Castro (2016), especialmente os de acontecimento discursivo; acontecimento como relações de forças e acontecimento como “acontecimentalizar”, como método de trabalho histórico.

Como portadores de “acontecimentos discursivos”, “[...] através dos quais o poder é vinculado e orientado”, conforme Foucault (2006c, p. 254), tomei os enunciados em articulação com práticas de *natureza não discursiva*, compondo, assim, um campo de *práticas discursivas e não discursivas*, sendo estas últimas as “[...] que podem ser de ordem técnica, prática, econômica, social, política, etc.” (FOUCAULT, 1994 *apud* CASTRO, 2016, p. 26).

Ao fazer o deslocamento de análise para *o não discursivo*, Castro (2016) indica que Foucault começa a operar com o sentido do acontecimento não referido somente à ruptura radical de uma inovação ou diferença, como um “*acontecimento arqueológico*”, mas tratar-se-á de analisar o acontecimento, também, como prática histórica, um “*acontecimento discursivo*” que se inscreve em regularidade. “A novidade já não é o acontecimento oculto do qual as práticas seriam as manifestações; as práticas definem agora o campo das transformações, da

novidade”. (CASTRO, 2016, p. 25). Coloca-se, em jogo, a análise da formação das práticas como regularidade.

Uma regularidade pensada e articulada pela descontinuidade, transformações e materialidade de suas possibilidades de existência. Possibilidades, essas, corporificadas historicamente por tecnologias, estratégias, táticas, práticas discursivas e não discursivas, que são forjadas em jogos de luta, em mecanismos de saber-poder e de produção de verdade.

Nesse sentido, a ideia operada por Foucault, segundo Castro (2016), é do sentido do “*acontecimento como relações de força*”, onde não há uma determinação da história, mas há disputas e confronto de desejos, de projetos políticos, de pensamentos que tensionam os modos de fazer as coisas. Uma história que, uma vez não determinada, compõe-se pelo *acaso, pelas coisas que escapam, fissuram e descontinuum*.

“Dito de outra maneira, nós estamos atravessados por processos, movimentos de força; nós não o conhecemos, e o papel do filósofo é ser sem dúvida, o diagnosticador destas forças, de diagnosticar a realidade”. (FOUCAULT, 1994 *apud* CASTRO, 2016, p. 25).

Dessa forma, pelos sentidos do acontecimento como “*discursivo – com práticas discursivas e não discursivas*” e como “*relações de força*”, voltei-me, em atenção, *para o como* as ‘coisas’ da regionalização iam sendo compostas, tanto em camada estadual como regional, o mais proximamente possível das relações e das *práticas* em desenvolvimento.

Então, na *experiência* empírica de habitar o campo, me aliei às lentes foucaultianas para capturar as *práticas discursivas e não discursivas*; as tecnologias, os processos, as estratégias e os movimentos de forças potentes à atualização de ‘mundos’ ainda não ditos e vistos. Ver-dizer-compor o diagrama móvel da regionalização da saúde. Falar do “mais” do discurso e dos *regimes de verdade* em trânsitos.

O sentido de *acontecimentalização* constitui as pistas para o desenvolvimento de um método de trabalho analítico e histórico dos modos de produção de gestão e do cuidado em saúde regionalizados. Um exercício de problematização desses modos pelo seu presente, pela valorização da experiência e pela habitação da realidade.

Nesta Tese, não se tratou da análise dos dados produzidos que busca o verdadeiro ou o falso, as evidências que tornaram tais e tais práticas discursivas e não discursivas, verdadeiras ou falsas, na produção do SUS regionalizado. Mas do como, por quem, quando, onde, por que elas se constituíram e por meio de quais relações de saber-poder, com efeitos de produção de verdade e de subjetividade. Segundo Dreyfus e Rabinow (2010 *apud* Barros, 2014,

p. 141), “Foucault reconhece que os significados profundos, escondidos, os pontos inacessíveis da verdade, os interiores obscuros da consciência são puros artifícios”.

A perspectiva de composição do atual modo de regionalização vinculou-se ao olhar, que atravessava a história, não no sentido do registro de sua linearidade progressiva e verdadeira. Mas a dimensão histórica que se dedica a problematizar e

[...] encontrar a matéria que convém analisar, o que constitui o próprio fato do discurso [...] Se faço isso, é com o objetivo de saber o que nos acontece hoje, no que somos hoje [...] Penso que há, em nossa sociedade e naquilo que somos, uma dimensão histórica profunda e, no interior desse espaço histórico, os acontecimentos discursivos que se produziram há séculos ou há anos são muito importantes. Somos inextricavelmente ligados aos acontecimentos discursivos. Em certo sentido, não somos nada além do que aquilo que foi dito, há séculos, meses, semanas... (FOUCAULT, 2006c, p. 258, grifo meus).

Assim, pela dimensão da *história acontecimentalizada* – que produz e se constitui por acontecimentos -, dediquei-me a compor algumas das *condições de possibilidade*, que fizeram aparecer a regionalização e seus modos atuais de gestão e de cuidado em saúde, em produção no Ceará e na Região de Saúde de Sobral. Portanto, sem perseguir e valorar suas origens e suas possíveis essências, mas em extrair dos arquivos discursivos e não discursivos as *condições de possibilidade* produzidas.

Ora, se o genealogista tem o cuidado de escutar a história em vez de acreditar na metafísica, o que é que ele aprende? Que atrás das coisas há "algo inteiramente diferente": não seu segredo essencial e sem data, *mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas*. (FOUCAULT, 1990, p. 13, grifos meus).

Buscando, então, ver-dizer-mapear “*peça por peça*”, muitas vezes estranhas entre si, diluídas no tempo e em dimensão histórica, *problematizei a matéria* que convinha ser analisada. “A percepção da dimensão histórica da vida social é, sem dúvida, um dos desafios à transformação; é ela que faz possível a crítica à naturalização das instituições, das funções que lhe são atribuídas e dos papéis a serem desempenhados”. (AGUIAR; ROCHA, 2007, p.662).

Para isso, fiz a captura de *analísadores* relacionados aos *acontecimentos*. Rocha e Aguiar (2003, p. 71) colocam os *analísadores* como “[...] conceito-ferramenta formulado no percurso do institucionalismo francês, que funcionam como catalizadores de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e realizando a análise”.

Os analisadores seriam acontecimentos – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe. Eles assinalam as múltiplas

relações que compõem o campo tanto em seu nível de intervenção quanto em seu nível de análise. (PASSOS; BARROS, 2000, p.73, *grifos meus*).

Dessa forma, *pelos analisadores constituídos*, os atos de análise racharam *as palavras e as coisas* dos discursos e das práticas da regionalização. A constituição de *analisadores-acontecimentos* buscou, então, ver-dizer-mapear a regionalização da saúde, desnaturalizando seus processos de institucionalização e [ex]pondo as relações de saber-poder e a produção de regimes de verdade e de subjetividade para a constituição do SUS regional.

Nessa perspectiva, pus em diálogo os enunciados dos gestores públicos estaduais de saúde, produzidos no Momento [metodológico] Um desta Tese, pela Pesquisa do PPSUS, com os discursos dos demais sujeitos participantes do Momento Dois. Além dos documentos tomados, tanto em um quanto em outro Momento, e as Escritas Cartográficas produzidas, quando da minha habitação do campo de estudo.

A engrenagem metodológica foi a de tomar a produção realizada, nos Momentos Um e Dois, para constituir *um terceiro campo* que não se refere à simples junção vertical ou horizontal de um com o outro, mas diz respeito à uma tecitura transversalizada entre os dois Momentos. Ora com a intensidade discursiva de um, ora com a de outro, forjando, assim, velocidades distintas, em conformidade com a potência para ver-dizer-mapear uma ou outra linha de força, uma ou outra prática discursiva e não discursiva.

Assim, acoplando esses Momentos metodológicos, a composição dos sujeitos participantes deste estudo, especialmente a dos gestores estaduais de saúde ficou mais robusta, dado o desenvolvimento da Pesquisa do PPSUS ter sido centrada nestes sujeitos. A figura abaixo expressa a composição dos sujeitos do estudo, seja pela condição de ter participado de uma entrevista formal ou de uma conversa ‘informal’.

Figura 13 - Composição dos sujeitos do estudo: marcação de entrevistas e de conversas em acoplamento dos Momentos metodológicos Um e Dois.



Fonte: Elaborada pela autora.

Para análise dos discursos e das práticas produzidos pelos sujeitos participantes, pelas Escritas Cartográficas, pelos documentos e observações feitas, guiei-me pela escolha de *analísadores-acontecimentos*, construídos no caminhar da produção e colheita de dados. *Analísadores-acontecimentos* estruturados como eixos, em diálogo com os objetivos desta Tese. Foram eles:

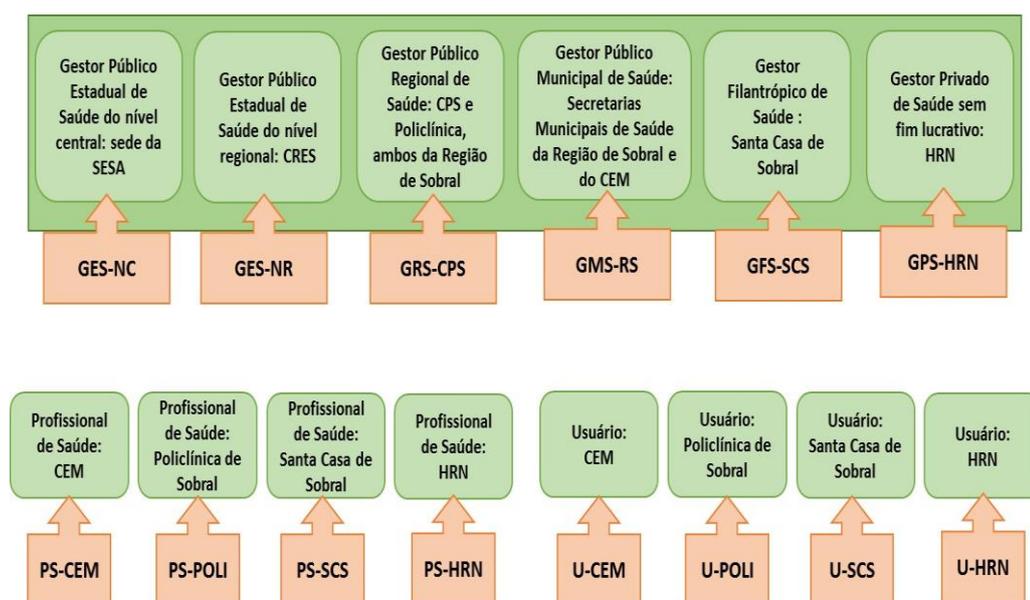
- i) *as práticas discursivas e não discursivas da regionalização da saúde do Ceará e da Região de Saúde de Sobral* para a captura de como acontece a produção de gestão e de cuidado em saúde atuais; as condições de possibilidade que fizeram com que tais práticas e discursos aparecessem; as engrenagens produzidas; as relações de saber-poder em exercício e seus efeitos de produção de regimes de verdade;
- ii) *as relações de força e os mecanismos de poder* operados na produção de subjetividades, saberes e institucionalidades no campo da regionalização da saúde;
- iii) *os efeitos das relações de poder-saber* na produção do direito à saúde.

Dessa forma, a composição dos capítulos seguintes foi tecida pela *língua* que cartografou os *analísadores-acontecimentos*, corporificados nos enunciados discursivos e nas práticas não discursivas produzidos. Especialmente destaco os enunciados dos sujeitos participantes, gestor, profissional de saúde e usuário, os quais me possibilitaram acessar

fragmentos de histórias de vida, compartilhados em conversas e entrevistas, capturados pela observação e problematizados nas Escritas Cartográficas.

Para compor e identificar alguns trechos recortados dos discursos, dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários do SUS, transpostos para esta Tese como citações narrativas, procedi os seguintes tratamentos: i) pequenos ajustes para a exclusão de vícios de linguagem, como viu, aí, né, então, entre outros, além de correções ortográficas, sem, contudo, alterar o sentido dito por cada sujeito; ii) inclusão de chaves, [], com texto explicativo, compondo com o trecho recortado e possibilitando esclarecimentos necessários; iii) identificação simbólica dos falantes como forma de garantir o seu sigilo (ver figura abaixo com identificação).

Figura 14 - Simbologia utilizada para a identificação das narrativas segundo sujeito participante.



Fonte: Elaborado pela autora.

A pista seguida, para destacar um ou outro *fragmento de história de vida*, considerou sua força de expressão e de conteúdo, tensionada pelos eixos *analísadores-acontecimentos* e potente à constituição de um campo de problematização, por catalisar fluxos, processos e sentidos dos modos de produção do SUS regionalizado. Um percurso analítico que engatou *analísadores-acontecimentos com fragmentos de histórias de vida*, os quais foram, também, tomados como uma produção de *saberes locais, saberes “menores”*, como diria Deleuze em referência feita por Foucault (1999, p. 16).

“Nesse sentido, contar histórias através de analisadores é buscar que “se instaurem novos regimes de verdade, *baixos começos* que movem montanhas, lutas que se opõem à mitificação de pequenos segredinhos, *banalidades da ação que preservam (ou ferem) grandes dominações*”. (RODRIGUES, 1993 *apud* AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 661 - 662).

Fragmentos de histórias de vida produzidos pela “*micropolítica do desejo*” (Guattari e Rolnik, 2007): agenciamentos de encontros, afetos e relações para produção de algo, “[...] a partir do rastreamento de lutas específicas, de um exercício de acoplamento das teorias e memórias locais. Entendemos que é daí, desses nossos lugares, que podemos produzir outras análises, movimentos e demandas e perguntarmos: *o que queremos transformar?*” (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 662, *grifos meus*).

Pus-me, então, a *compor os fragmentos de histórias de vida*, devorando aqueles que me afetaram, aqueles que tensionaram a produção dos *analisadores-acontecimentos* da regionalização da saúde. Uma antropofagia necessária à sua desnaturalização e a ‘contação’ de histórias com outras letras, palavras, sons e imagens.

4.5 O duplo regime ético em produção do *ethos* do pesquisador

As Pesquisas do PPSUS e do Doutorado desenharam-se por um duplo regime ético. O primeiro, que se orientou normativamente pelas Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, expressas na Resolução 466/2012. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Por este caminho, houve a submissão e a aprovação dos respectivos Projetos de Pesquisa, sendo: i) Pesquisa do PPSUS, com Parecer de aprovação número 137.055, pelo CEP da Universidade Federal do Ceará, Anexo A; ii) Pesquisa do Doutorado, com Parecer de aprovação em três CEP, considerando minha entrada em equipamentos de saúde, que dispõem de um Comitê específico: CEP da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, Parecer de número 1.569.583; CEP da Universidade Vale do Acaraú, Parecer de número 1.578.832, vinculado à Santa Casa de Misericórdia de Sobral; CEP do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Parecer de número 1.602.828, relacionado ao Hospital Regional Norte. Respectivamente, Anexos C, D e F.

Todas as informações pessoais dos sujeitos participantes foram devidamente resguardadas, mediante a apresentação dos TCLE de ambos as Pesquisas, garantindo o compromisso do pesquisador em manter sua confidencialidade e privacidade. Foi, ainda, assegurado a cada um a reparação de dano relativo ao vazamento de informações sigilosas ou

de qualquer outra situação de constrangimento. A cada sujeito foi entregue uma cópia do TCLE utilizado.

Pelo segundo regime ético, como já explicitado nesta Tese, a relação entre sujeito e objeto se constituiu pela perspectiva de coprodução, onde os sujeitos, pesquisador e participante, em diferentes intensidades e velocidades estavam em formação de si e produção do estudo.

Nesse sentido, a produção ética desta Tese foi a de *devires menores*, encarnados no processo do *pesquisarCOM* e não sobre algo ou alguém (Moraes, 2014); *produzir e colher* e não coletar dados; *encontrar* e não usar o outro; *afetar e ser afetado*; *potencializar a produção de si e do outro*. Práticas em tecitura pela experiência do real.

Pelo engate desses dois regimes, o estudo foi elaborado e desenvolvido, com a forte intenção e o *desejo*, de que os sujeitos participantes pudessem produzir, sem desconforto, sua experiência, afetações e pensamentos. Entretanto, pelo sentido ético de coprodução, implicação e afetação, muitas vezes, tive que lidar com imprevisibilidades, com lágrimas que cortavam a pele do pesquisador e do participante, dada a intensidade dos *fragmentos das histórias de vida* narrados.

Assim, a produção ética se constituiu *como atitude*. Como *ethos* no pesquisar: compromisso [con]sagrado à produção desta Tese. Uma *ética ativa e produtora*, que não se limita ao campo, mas que tece os atos de produzir saberes e práticas na Saúde Coletiva. *Uma ética de vida e de saúde*.

Como forma de tomar a mão, ou os olhos, do leitor, para apoiá-lo em seu percurso de apropriação desta Tese, sinalizo que os capítulos seguintes, um total de quatro, trazem as produções vivas das experiências de ‘campo’. Assim, foram fabricados no e pelo cruzamento das experiências da regionalização da saúde do Ceará, em camada estadual, e das experiências capturadas na Região de Saúde de Sobral, em camada regional. Portanto, em compreensão de que a macropolítica e a micropolítica de saúde, em conexão, produzem a realidade em estudo.

Vale reiterar que a tecitura dos capítulos seguintes foi engendrada pelos *fragmentos de histórias de vida*, potentes à captura de *analísadores-acontecimentos*, para a produção analítica da Tese, pelas lentes da arqueogenealogia foucaultiana, em diálogo com autores da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais e Humanas. Os capítulos a seguir estão, assim, compostos:

- i) apresentação e discussão da *formação discursivo-normativa da descentralização do SUS*, pelos caminhos da municipalização e da regionalização da saúde no Brasil e no Ceará;
- ii) problematização e análise do percurso de *desenvolvimento histórico-institucional da regionalização da saúde do Ceará, em diálogo com a sua produção na Região de Saúde de Sobral*, conformando o processo de reforma do setor saúde e a constituição de uma governamentalidade regionalizada de caráter neoliberal, sinalizando para os efeitos de produção da (in)visibilidade e a (i)materialidade dos princípios da integralidade e da universalidade do acesso à saúde;
- iii) discussão do *processo de regulação do acesso aos serviços de saúde* e análise dos seus efeitos em torno da produção do direito à saúde, problematizando tal processo, em intercessão com as modalidades de gestão, operadas pelo Consórcio Público de Saúde e pela Organização Social de Saúde, na condução da Policlínica de Sobral e do Hospital Regional Norte, respectivamente; pela Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, em administração direta do Centro de Especialidades Médicas, o CEM; pela Santa Casa de Sobral, em gestão filantrópica;
- iv) discussão, problematização e análise do *acontecimento do duplo microcefalia-Zika*, na Região de Saúde de Sobral, cujo enfrentamento reiterou os modos de governar os problemas de saúde da população, pela estratégia da regionalização da saúde.

5 OS DISCURSOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA EXPERIÊNCIA DO CEARÁ: DA ORDEM MUNICIPALIZADA À REGIONALIZADA

A regionalização da saúde foi instituída constitucionalmente como o modo de organização e de funcionamento do SUS, cujas ações e serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 1988). O espelho legal constituído refletia, entre outras imagens, a experiência pioneira de implantação do *National Health Service* (SNH), o qual teria sido desenvolvido sob as orientações do *Informe Dawson* produzido em 1920.

Kuschnir e Chorny (2010, p. 2308) indicam que o *Informe Dawson* foi elaborado “[...] por solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região”. Conforme estes autores, “A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo *Informe Dawson* [...]”. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2308).

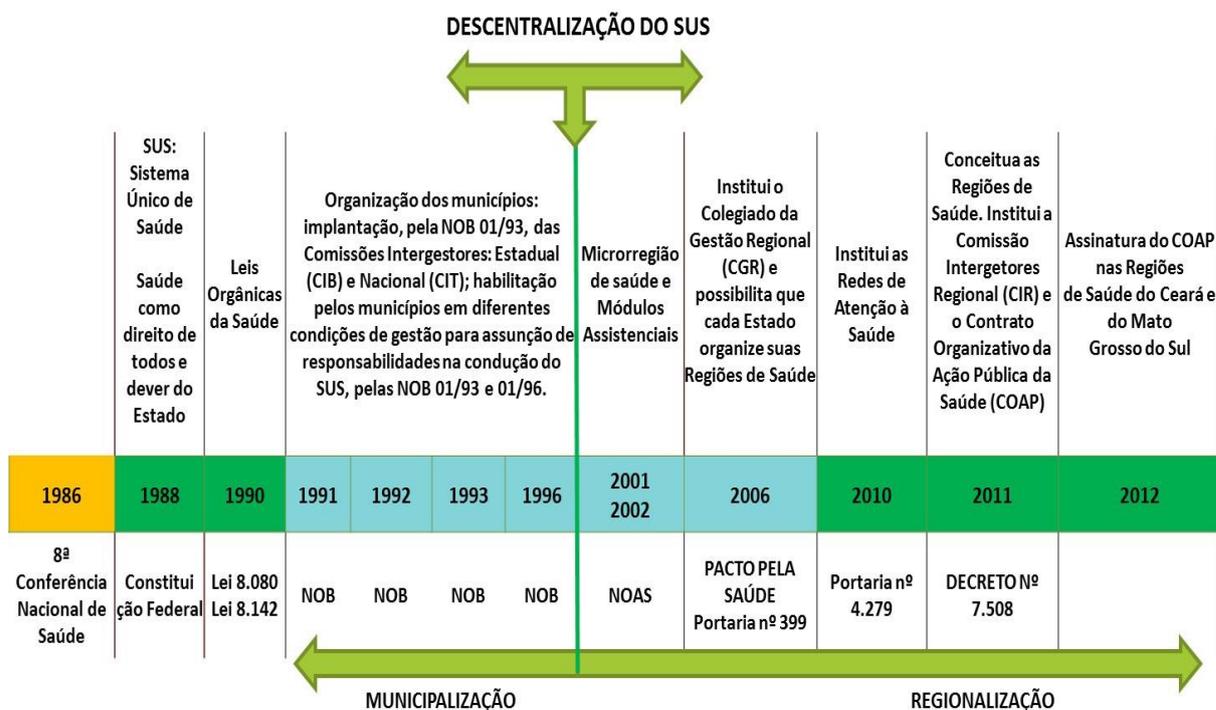
Campos (2006, p. 34), ao tecer o “*Comentário sobre a Reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS)*”, afirma que o *Informe Dawson*

[...] tem sido considerado *um dos primeiros documentos que sintetizou um modo específico de pensar políticas públicas de saúde mediante a criação de Sistemas Nacionais. Pode-se considerar que as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição de 1988 e regulamentado em 1990, filiam-se a essa tradição. Alguns desses conceitos que posteriormente serviriam de base para o SUS – o funcionamento em rede, a organização de serviços e equipes com base na regionalização e na territorialização, a integração sanitária da clínica e da saúde pública, e a hierarquização dos serviços em graus diferenciados de complexidade – também serviram de referência analítica para os autores desse estudo realizado há 35 anos. (Grifos meus).*

Entretanto, mesmo considerando a ordenação legal da regionalização da saúde, a linha de força predominante para o desenvolvimento do SUS foi a da municipalização das ações e serviços de saúde, no decorrer dos anos 90, logo após sua implantação constitucional. Durante esta década, sua normatividade discursiva foi entoada por um conjunto de Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91; NOB 01/92; NOB 01/93 e NOB 01/96), posteriormente, tensionadas pelas normativas da regionalização da saúde, após os anos 2000. Configurou-se, assim, duas linhas estratégicas de montagem do SUS, inscritas historicamente e institucionalmente: a da

municipalização das ações e serviços de saúde e a da regionalização da saúde, conforme figura seguinte.

Figura 15 - Discursos histórico-normativos da descentralização da saúde no Brasil.



Fonte: Goya, 2014.

Entre outras questões, as NOB cumpriram o papel de normatizar a operacionalização do SUS entre os entes federados, privilegiando, para isso, a organização e o funcionamento das Secretarias Municipais de Saúde. (ANDRADE, 2001). A intenção era de institucionalizar o SUS por dentro dos municípios brasileiros, constituindo os secretários municipais de saúde, também, como gestores-operadores do Sistema.

O discurso normativo-constitucional ‘deu vez e voz’ ao município, constituindo uma tríade governamental juntamente com os entes federal e estadual. A lógica do federalismo sanitário configurou, assim, o desenho organizacional do SUS, sob a responsabilidade legal das esferas de governo, porém em uma produção tensionada e atravessada por múltiplas forças políticas, para além das instâncias governamentais.

As mudanças institucionais, em curso, especialmente pela descentralização municipalizada, foram marcadas: pelo reposicionamento das forças e das relações de poder; pela inclusão de novos atores, tanto dos setores público e privado como das representações sociais diversas; pela redefinição das regras tributárias e fiscais para o financiamento das ações

e serviços de saúde; pelo estabelecimento de responsabilidades e funções, entre as instâncias de governo, quanto à implementação do SUS; e pela institucionalização de mecanismos de controle social.

A máquina do SUS constitui-se, assim, como uma produção complexa e como uma arena de batalhas políticas, biomédicas, jurídicas, econômicas, sociais, etc. Um conjunto de coisas e relações, que fomentaram a fabricação de uma racionalidade governamental e institucionalização do SUS. Uma racionalidade impregnada por atos e discursos em torno do *fazer viver*, requerendo, para isso, o uso de tecnologias, procedimentos, estratégias e políticas de normalização, controle e regulação dos indivíduos e da população, ou de grupos populacionais. Nesse percurso, definir os operadores do SUS colocou-se como estratégico.

Assim, nos anos 90, pelo viés da municipalização das ações e serviços de saúde, houve a inclusão técnico-política do gestor municipal no tabuleiro do SUS, potencializando os processos de gestão dos ‘problemas de saúde’ da população. Entre os entes federados, o governo municipal era o mais próximo do cidadão, favorecendo não somente a ampliação da prestação das ações e serviços de saúde, como também o *exercício do biopoder* para a regulação e o controle das condutas necessárias ao *fazer viver*, em acoplamento ao *poder disciplinar* para à disciplinarização do indivíduo. Regras, normas, práticas e condutas especificadas que adentraram, mais intensamente, as casas e as vidas das pessoas. Afinal os cidadãos moravam nos municípios.

Viana *et al* (2008, p. 62) afirmam que “[...] a estratégia privilegiada para a implantação do sistema foi a da descentralização, notadamente a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde”. Lima e Viana (2011, p.39), refletem sobre a envergadura do projeto audacioso do SUS, que deveria ser “[...] em um só tempo, nacional e universal, mas também descentralizado, integrado e hierarquizado no território, atendendo a diversidade regional do país”.

A década de 90 foi o momento para capacitar, instrumentalizar, estruturar e disseminar a arquitetura institucional, especialmente a municipal, para apoiar o *projeto audacioso* do SUS, em curso. A experiência do Ceará se inscreve nesse processo, ainda que em singularidade, destacando alguns atos anteriores à instituição do SUS, conforme figura seguinte.

Entre eles, os atos realizados, destaco: no ano de 1987, a efetuação do Convênio de adesão do estado ao Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados (SUDS); logo após à implantação do SUS, em 1989, a assunção, pelas prefeituras cearenses, do compromisso de estruturar suas Secretarias de Saúde, criar o Conselho e Fundo Municipal de Saúde e elaborar o Plano Municipal de Saúde. Fincava-se, no Ceará, o alicerce da arquitetura

institucional do SUS, cuja territorialidade era a de base municipal (figura abaixo), conforme o discurso normativo nacional.

Figura 16 - Processualidade histórica da ordem municipalizada do Sistema Único de Saúde do Ceará: atos e processos político-administrativos.

ANOS 80				ANOS 90					
1984	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994 a 1998	1998
Convênio para execução das Ações Integradas de Saúde (AIS), entre a União e o estado do Ceará, em 07 de agosto.	Convênio de adesão do Estado do Ceará ao Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados (SUDS).	Instituição do SUS no Brasil	Protocolo de Intenções celebrado entre o Estado do Ceará, representado pela Secretaria Estadual da Saúde, e as prefeituras municipais, objetivando a municipalização da Saúde	Resolução 10 do CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CESAU) , de 11 de outubro de 1990. Até o ano de 1990, 73 municípios cearenses haviam aderido ao processo de municipalização da Saúde.	Resolução 01/91 do CESAU , de 27 de junho de 1991. Até o ano de 1991 existiam 83 municípios com serviços municipalizados.	Mensagem Governamental de 1992 informou 88 municípios com a saúde municipalizada; 113 com planos de saúde; 116 Conselhos Municipais de Saúde criados e 103 Secretarias de Saúde estruturadas	Resolução 07 do CESAU , de 29 de julho de 1993. 21 de maio: realização da primeira reunião da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará (CIB/Ce)	Em janeiro de 1997, 148 municípios haviam aderido à municipalização, segundo a NOB 01/93 , 136 na condição de gestão incipiente e 12 na condição semi-plena.	A CIB passou a habilitar os municípios, conforme a NOB 01/96 . 169 municípios: 26 na Gestão Plena do Sistema Municipal e 143 na Plena da Atenção Básica Resolução 05/CESAU , de 21 de dezembro de 1998, aprovando o documento “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde” .
AIS: fortaleceram a integração da união, estados e municípios para realização dos serviços de saúde.	SUDS: incorporou o ideário da Reforma Sanitária, fortalecendo a descentralização para os estados e destes para municípios das ações de saúde, aumentando os repasses financeiros para estas instâncias.	SUS: Saúde como direito e dever do Estado	Protocolo de Intenções: estabeleceu que as Prefeituras Municipais deveriam assumir o compromisso de: estruturar as Secretarias Municipais de Saúde, a criar o Conselho e Fundo Municipal de Saúde e a elaborar seu Plano Municipal de Saúde.	Resolução 10: regulamentou o repasse de imóveis, com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis, referentes aos Postos de Assistência Médica do INAMPS, para as Prefeituras Municipais que assinassem o Termo de Adesão ao Sistema Único de Saúde.	Resolução 01: estabeleceu requisitos para a efetivação da municipalização das ações e serviços de saúde, destacando-se: elaboração de Plano Municipal de saúde, criação de Conselho e Fundo Municipal de Saúde e estruturação administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.	Mensagem Governamental refere-se a um documento oficial expedido anualmente pelo Chefe do Poder Executivo para prestar contas das atividades desenvolvidas no ano anterior.	Resolução 07: aprovou a proposta de ajustes à NOB 01/93 , editada em maio de 1993, adequando o processo de descentralização às normas federais	As condições de gestão estabelecidas nas NOB 01/93 e 01/96 , tanto para os estados quanto para os municípios, apresentavam diferentes prerrogativas e responsabilidades frente à organização e ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde. A ideia era de que o município assumisse cada vez mais sua condição de gestor do SUS. Em abril de 1999, dos 184 municípios cearenses, 177, 96%, haviam aderido à uma das formas de gestão proposta pela NOB 01/96, evidenciando a adesão municipal ao SUS. O documento “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde” representou um marco no SUS do Ceará, apontando à adoção da estratégia da regionalização pelo Ceará.	

Fonte: Elaborada pela autora em diálogo com Mota (2007).

Na processualidade da municipalização do Sistema, foi assegurado aos municípios a possibilidade do exercício da condição de gestor pleno, mediante a sua adesão. Por essa condição, o gestor municipal tinha a responsabilidade de governar o Sistema Municipal de Saúde, incluindo toda a rede pública de equipamentos de saúde e a privada, conveniada e contratada ao SUS. Na condição de gestão plena, os recursos financeiros relativos às ações e serviços de saúde prestados, por esses equipamentos, eram repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS).

Assim, o controle, a regulação, a auditoria e o pagamento dos serviços executados, pelos prestadores privados, passaram a ser funções de gestão do Secretário Municipal de Saúde, quando na condição de gestor pleno. No âmbito da ordem municipalizada do SUS, inscrevia-se uma série de funções políticas e técnico-administrativas, que deveriam ser praticadas como forma de assegurar o exercício do *governo que fazia viver e não morrer*.

Tratou-se de uma composição que alinhou os campos da gestão com o do cuidado em saúde. Campos de atuação em coexistência, onde os verbos planejar, controlar, investigar, auditar, regular, intervir, financiar, etc., passaram a ser conjugados com os verbos cuidar, tratar, recuperar, prevenir, salvar, etc. *Fazer viver pelos atos de governar, de conduzir condutas*, com maior ou menor probabilidade de intervenção, considerando a condição de cada grupo populacional.

Já nos anos 2000 em diante, para além da autoridade municipal, o *espaço territorial estendido*, encarnado em uma Região de Saúde (Brasil, 2006a; 2006b; 2011), tornou-se elemento estratégico ao desenvolvimento do Sistema. O desenho institucional do SUS, em modelo sanitário federalista, com responsabilidade trina pelo direito à saúde (união, estados e municípios), não estava dando conta da consecução real desse direito, apesar de todos os arranjos institucionais criados¹³⁷, ao longo de sua existência até os dias atuais.

Assim, na pauta de operacionalização do SUS, o caminho da regionalização da saúde foi pautado, provocando o rompimento das fronteiras federativas, constitucionalmente demarcadas pelos espaços do município, estado e união, e instituindo o território da Região de Saúde. (BRASIL, 2006a; 2006b; 2011). Um processo institucionalizado de borramento de fronteiras geográficas estabelecidas, produzindo *margens regionalizadas* para a organização e o funcionamento do SUS. Em curso, a institucionalização da centralização política e técnica-

¹³⁷A exemplo das estruturas: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde; Conselhos de Saúde, Nacional, Estadual e Municipal; Conferências de Saúde, Nacional, Estadual e Municipal desdobrando-se em algumas experiências em Conferências Locais; Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional (esta última vinculando-se à dimensão territorial da região de saúde), entre outras estruturas.

assistencial na Região de Saúde, pela junção de um grupo de municípios circunvizinhos (Brasil, 2011).

Segundo gestor estadual de saúde do Ceará, a constituição da regionalização da saúde explicitava a intenção sanitária de

[...] buscar, através de uma forma mais organizada, a oferta estrutural, a oferta de serviços dentro desses municípios [...] para garantir de forma mais próxima da população e de forma mais organizada, as ações e serviços de saúde, e a forma que a gente viu foi [a de trabalhar] a regionalização da saúde dentro do estado do Ceará [...] a gente sabia que era humanamente impossível querer ofertar todos os serviços a uma população dentro de um município e isso não tinha escala com suficiência, não tinha viabilidade econômica, nem política, para que isso pudesse estar sendo feito [...]. (GES-NR, grifos meus).

À lógica organizacional do SUS do Ceará, de forma enfática, foi acoplada a discussão da viabilidade econômica de implantação e manutenção de serviços de saúde, especialmente os de maior densidade tecnológica, no âmbito de cada município. O debate *econômico da saúde* tomou vulto, na medida em que a expansão da cobertura assistencial ganhou fôlego com a municipalização do Sistema. Paradoxalmente, a ampliação da prestação de serviços de saúde deu visibilidade e dizibilidade ao que não era passível de acesso.

A sustentabilidade financeira do SUS se contrapunha à sua constituição, enquanto Sistema Nacional de Saúde público, universal e integral, em uma ordem, ainda que municipalizada, efetivamente controlada pelo governo federal.

Qual a estrutura que nós temos hoje? Ainda continuamos a ter oitenta por cento dos recursos públicos do estado brasileiro geridos pelo governo federal. Tendo municípios que, na sua grande maioria, a única fonte de recurso é a transferência da receita federal. É claro que a capacidade de sustentabilidade desse sistema a nível municipal, onde uma grande quantidade de municípios com contingente populacional está abaixo de vinte mil, contrariava todo e qualquer modelo internacional de organização de ações de serviço, que chegasse a garantir o acesso da população à um serviço de maior resolutividade, no caso um serviço especializado. (GES-NC).

O financiamento do Sistema requeria não somente a racionalidade organizacional, que adotasse o critério da economia de escala, mas também o embate político para a descentralização dos recursos financeiros apossados pelas mãos do governo federal. Travado nacionalmente, esse embate resultou em alguns ganhos de repartição de recursos, porém quase todos carimbados com regras federais, explicitando onde e como deveriam ser gastos e, assim, compondo um cenário de descentralização tutelada. Quanto ao critério de economia de escala, tratou-se de uma discussão que tomou escala diante da realidade de grande parte dos municípios, não só cearenses, como também brasileiros.

Se você pegar um município pequeno do Ceará, que você entra na rua principal e tem lá uma placa: bem-vindo ao município X; e você roda duzentos metros e tem: o município agradece a sua visita; é lógico que esse município não vai garantir o transplante, não vai garantir e nem tem como. A grandeza do SUS é exatamente essa *visão do alcance da integralidade* através do percurso por dentro de redes de atenção [à saúde], numa programação pactuada previamente e numa locação de recursos dentro desse caminho desenhado das redes. Ou seja, se eu estou dizendo aqui, *estou me comprometendo com você que eu vou fazer tais ações, os recursos desses municípios, que não podem fazer essas ações, vêm previamente para mim para que eu atenda a minha população e a população desses municípios, que não têm condição de fazer, numa lógica de economia de escala. O SUS também busca a eficiência que é comprar ou realizar o máximo com o mínimo, eu vou gastar menos dinheiro para fazer mais e na hora.* Quando eu concentro algumas ações mais pesadas, mais caras em alguns serviços, é lógico que o custo dessas ações sai mais barato. Se cada município tivesse que fazer uma ação de alta complexidade, morria todo o dinheiro que ele tinha ou talvez nem fizesse. Uma ação de alta complexidade poderia comer o recurso da saúde do município todinho para tudo: então, não faz a vacina, não faz a prevenção das doenças imunopreveníveis, que é prioridade do SUS. (GES-NC, *grifos meus*).

A ordem discursiva de *“fazer o máximo com o mínimo [...] menos dinheiro para fazer mais e na hora”*, foi mais um elemento a compor a ordem regionalizada, que pretendia a otimização de recursos, o bom desempenho e a gestão eficiente. Pretensões, estas, que deveriam vir acrescidas de solidariedade e de responsabilidade compartilhada, entre os entes federados e demais institucionalidades, em regime de parceria. Garantir o direito à saúde, o *fazer viver*, o exercício do *governo que faz do mínimo o máximo*, em um só discurso, acoplava a *performance* da gestão eficiente, compartilhada, política e tecnicamente pactuada entre os gestores do SUS.

Assim, a regionalização do SUS constituiu-se por uma série de arranjos e tecnologias de gestão, que compuseram um regime de práticas discursivas, inclusive as normativas, indutoras de práticas não discursivas, conforme figura abaixo.

A cada edição normativa, a regionalização da saúde ganhava corpo, pela ênfase: i) das relações federativas em modelo de gestão trino, por meio das Comissões Intergestores, Tripartite, Bipartite e Regional (Brasil, 1993; 1996; 2011); ii) do sistema cooperado, interdependente e complementar, via a organização por Redes de Atenção à Saúde (RAS), (Brasil, 2010); iii) do exercício da pactuação compartilhada e solidária, via o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a; 2006b); iv) da negociação contratual, entre entes federados, por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Brasil, 2011); v) da nova territorialidade assistencial e de gestão pela Região de Saúde (Brasil, 2011).

Figura 17 - Discursividade normativa da regionalização da saúde do Sistema Único de Saúde.

TIPOS DE REGIONALIZAÇÃO	REGIONALIZAÇÃO NORMATIVA BUROCRÁTICA (Viana <i>et al</i> , 2008)	REGIONALIZAÇÃO PACTUADA Goya <i>et al</i> (2016)		REGIONALIZAÇÃO CONTRATUAL INTERFEDERATIVA Goya <i>et al</i> (2016)		
TERMO DE PACTUAÇÃO	Sem instrumento formal de contratualização de responsabilidades	Termo de Compromisso de Gestão: adesão individual de cada ente federado		COAP: adesão dos entes federados com responsabilização compartilhada na Região de Saúde		
CARACTERÍSTICA	Instituição da Microrregião de Saúde para organização regionalizada	Definição de Região de Saúde pela: diversidade econômica, cultural e social	Rede de Atenção à Saúde perpassando às Regiões de Saúde	Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. (BRASIL, 2011).		
INSTRUMENTOS E INSTÂNCIAS DE GESTÃO	Planos Diretor Regional e de Investimento (PDR e PDI) Programação Pactuada Integrada (PPI - instituída pela NOB 01/96)	Colegiado de Gestão Regional: pactuação regional PDR PDI PPI	Organização e Funcionamento em Rede de Atenção à Saúde com definição de pontos de atenção e fluxos de referência intermunicipal nas RS	CIR: pactuação regional PDR - PDI Relação Nacional de Medicamentos Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde Mapa da Saúde RAS	COAP nas Regiões de Saúde do Ceará e do Mato Grosso do Sul	Aditivo ao COAP nas Regiões de Saúde do Ceará e do Mato Grosso do Sul
PERÍODO/ANO	2001 / 2002	2006	2010	2011	2012	2013/2014
INSTRUMENTO LEGAL	Norma Operacional de Assistência à Saúde (Brasil, 2001; 2002)	Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a; 2006b)	Portaria 4.279, institui a RAS (Brasil, 2010)	Decreto 7.508, regulamenta a Lei 8.080. (Brasil, 2011)	PACTO PELA SAÚDE/RAS/COAP (Brasil, 2006a; 2006b; 2010; 2011) Redes Temáticas: Cegonha; Urgência e Emergência; Psicossocial; Pessoas com Deficiência e Doenças Crônicas	

Fonte: Goya *et al* (2016).

Em decorrência dessa *ênfase normativa*, ao longo dos anos 2000, o processo da regionalização da saúde transitou de um contexto denominado por alguns autores de Regionalização Normativa e Burocrática (Viana *et al*, 2008) para uma Regionalização Pactuada e Contratual Interfederativa (Goya *et al*, 2016).

A ordenação de possíveis ‘tipos de regionalização’ sinalizou para a produção e a circulação de “*enunciados de ordem*” (Foucault, 2006a), encarnados nas normativas especificadas na figura anterior, orientando o discurso e as práticas da regionalização da saúde e conduzindo as condutas de governo, necessárias à implementação desse processo.

Ao falar sobre os enunciados, Foucault (2008c) destaca o seu caráter de vinculação à um “*regime complexo de instituições materiais*”, apontando que ele nunca se apresenta em independência e neutralidade. Ao circular, os enunciados produzem um certo regime de funcionamento das coisas, mas também de tensionamentos, na medida em que provoca àqueles que a eles se opõem.

Os discursos da regionalização da saúde viabilizaram a formação de um regime de organização e de funcionamento do Sistema, ordenando o que falar, como fazer e o que financiar. O discurso normativo desdobrou-se em outras *práticas discursivas e não discursivas*, fomentando a produção maquínica do SUS com regularidade. Estabeleceu modos de relação, institucionais e intersubjetivos, em uma intensa constituição de *regime de luz*, o que se põe em visibilidade – os meios e as formas, e *em regime de linguagem*, o que é dizível e enunciado (Deleuze, 2013), ambos os regimes tecidos no entremeio de relações de saber-poder.

Houve (e há), assim, a formação de um *regime de verdade de como conduzir o SUS*, articulado por estudos acadêmico-científicos, mas também por normas, procedimentos e técnicas, que deveriam ser adotados e operados pelos sujeitos e instituições que se relacionam e produzem o Sistema. Afinal, é somente por meio dos *discursos e práticas verdadeiros*, saberes e conhecimentos científicos, que se garantiria o direito constitucional à saúde.

Nessa perspectiva, a municipalização e a regionalização da saúde não se constituíram como algo da ordem do ‘natural’ e do ‘progressivo’, no desenvolvimento do SUS, mas como processos fabricados e engendrados segundo interesses e contextos de relações de força-poder, dispostos no tabuleiro do SUS.

A formação discursiva e prática da regionalização da saúde não se compôs como um processo somente técnico, mas eminentemente político e social, com efeitos de *produção de verdade e de subjetividade*, destinadas à constituição de modos governar.

O capítulo seguinte traz a experiência da regionalização da saúde do Ceará em diálogo com o processo constituído na Região de Saúde de Sobral, constituindo um total de seis seções, algumas divididas, em subseções.

Por elas, seções e subseções, traço o percurso do desenvolvimento histórico-institucional da regionalização da saúde; sinalizo os acontecimentos que foram potentes à sua constituição e à implementação da aposta político-técnica da reforma do setor saúde, sob a perspectiva de uma governamentalidade neoliberal; e, neste contexto, problematizo as relações de saber-poder operadas e seus efeitos na produção da saúde como direito constitucional.

6 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO CEARÁ EM DIÁLOGO COM A REGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL: (IN)VISIBILIDADE E (I)MATERIALIDADE DO REGIME INTEGRAL E UNIVERSAL DA SAÚDE?

*“[...] não se pode falar de qualquer coisa em qualquer época;
 não é fácil dizer alguma coisa nova;
 não basta abrir os olhos, prestar atenção, ou tomar consciência,
 para que novos objetos logo se iluminem e, na superfície do solo,
 lancem sua primeira claridade.
 Mas esta dificuldade não é apenas negativa;
 não se deve associá-la a um obstáculo cujo poder seria, exclusivamente, de cegar,
 perturbar, impedir a descoberta, mascarar a pureza da evidência
 ou a obstinação muda das próprias coisas [...]”*
 Michel Foucault¹³⁸

Entre o primeiro e parte do segundo semestre de 2016, adentrei a Região de Saúde de Sobral, pelos lugares assistenciais da regionalização da saúde escolhidos. Lugares dispostos como referência regional para o atendimento de serviços especializados em saúde, segundo orientações e instrumentos técnico-normativos diversos, além das pactuações entre os gestores estaduais e municipais de saúde do Ceará.

Mas estaria o fluxo regionalizado, estabelecido no Plano Diretor de Regionalização (Ceará, 2014a), acontecendo? Estaria a Região de Saúde de Sobral, com seus equipamentos de referência, operando o atendimento dito regionalizado?

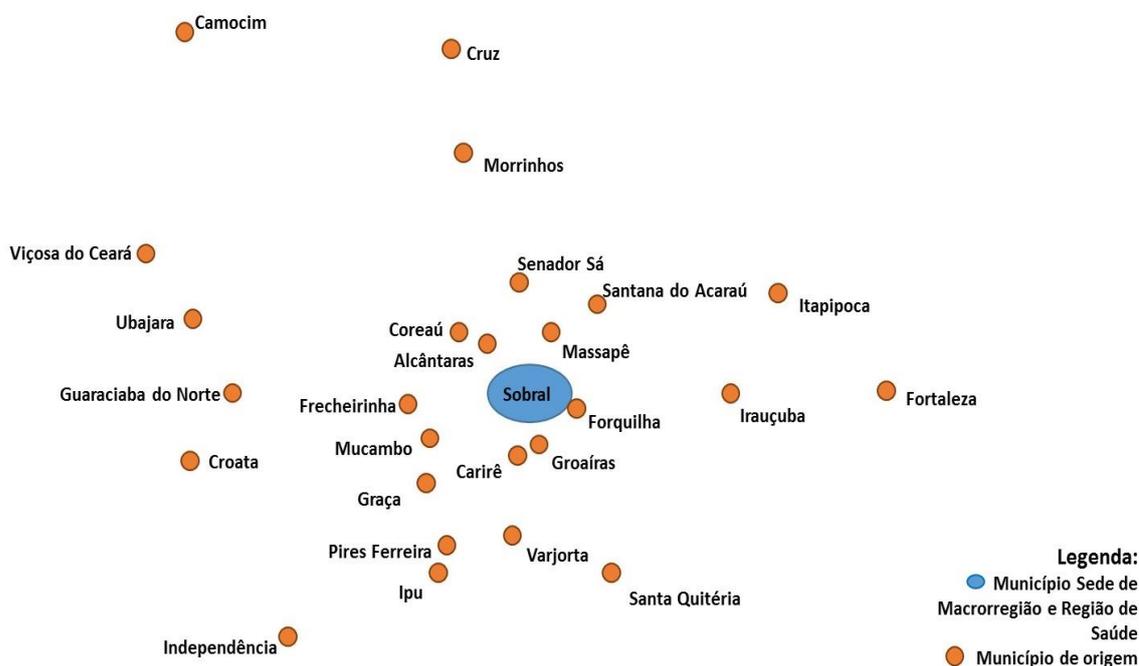
O exercício literal e físico de mapear o deslocamento à Sobral, dos usuários-sujeitos desse estudo, ou seja, dos entrevistados ou aqueles com quem mantive conversas ‘informais’, atualizou o que estava acontecendo. Na primeira Figura, logo abaixo, mapeio o município de origem desses usuários¹³⁹ em direção à um dos lugares¹⁴⁰ da regionalização da saúde de Sobral por mim habitados. Na Figura seguinte, registro o mesmo movimento de acesso, porém em transposição nos desenhos normativos, que compõem a Macrorregião norte do Ceará, constituída por cinco Regiões de Saúde, entre elas, a de Sobral.

¹³⁸FOUCAULT, 2008, p. 50.

¹³⁹Os municípios de origem, pontuados no mapa, correspondem à residência de um ou mais usuários, não tendo sido relacionado a quantidade de usuário por município de origem. Ative-me a identificar de onde os usuários vinham e a colocar no mapa o município referido. As repetições de município de origem não foram consideradas.

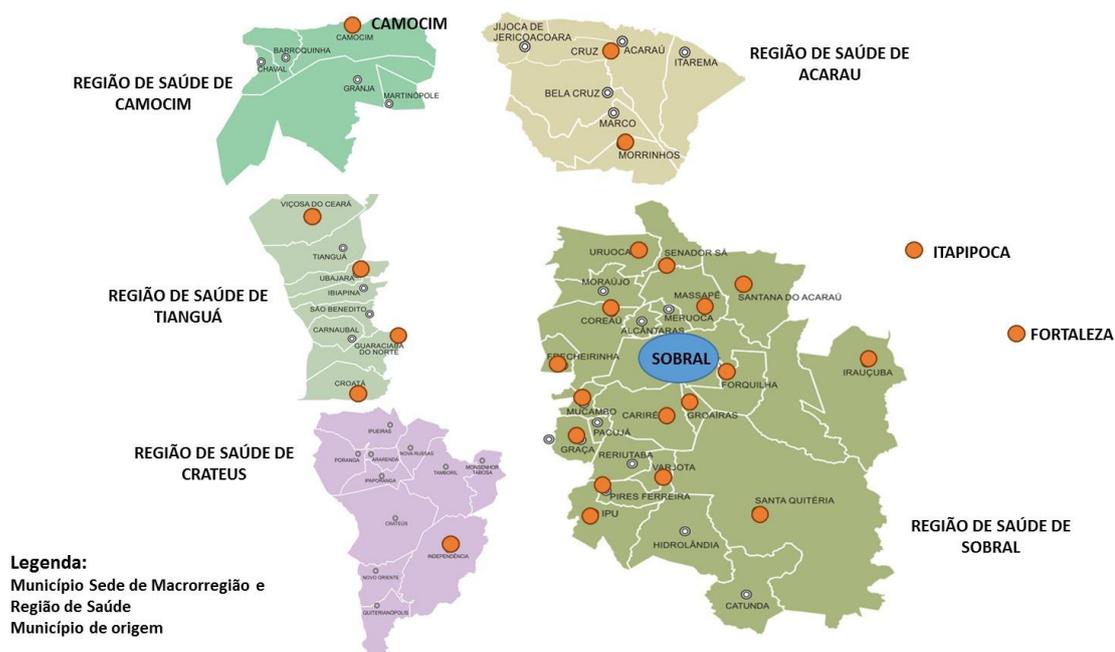
¹⁴⁰Os lugares são: Policlínica Bernardo Félix da Silva; Centro de Especialidades Médicas Dr. Aristides Andrade (CEM); Hospital Regional Norte (HRN) e Santa Casa de Misericórdia. Todos localizados em Sobral, no Ceará.

Figura 18 - O ir-e-vir intermunicipal aos lugares da regionalização da saúde, localizados em Sobral, Ceará.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 19 - O ir-e-vir intermunicipal aos lugares da regionalização da saúde de Sobral, em relação com o desenho normativo da Macrorregião Norte, incluindo a Região de Saúde de Sobral.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os deslocamentos dos andarilhos do SUS, transeuntes na Região de Saúde de Sobral, naquele tempo, reiteraram o fluxo normativo prescrito nos documentos que compunham a Macrorregião Norte, com destaque para a Região de Saúde de Sobral (CEARÁ, 2011a, 2012a e 2014a).

A realidade era de um movimento que aquecia as unidades de saúde de referência por mim habitadas. Algo um tanto óbvio, considerando que tais unidades de saúde existiam; recebiam recursos financeiros para prestar serviços de saúde no SUS, em atendimento às referências pactuadas entre os gestores. Regras e normas constituídas e implementadas por modos de gestão e de cuidado em saúde regionalizados.

Então, dificilmente, o movimento de ir-e-vir à Sobral seria outro. A institucionalização da regionalização da saúde impunha, hegemonicamente, esse vai e vem. Na precisão de um serviço de saúde, não disponível no local de moradia, o jeito era o de se deslocar até a ele.

Nessa perspectiva, o movimento da regionalização da saúde se compunha como um decalque dos Planos Diretores de Regionalização (Ceará, 2011a; Ceará, 2014a). Um processo que seguia uma ordem institucionalizada, como atestado pelo fluxo acima, devidamente, normalizada e ajustada ao modo de governar pela lógica regionalizada. *Mas haveria ali pulsação de vida? Produção de desejo para fazer algo, além do prescrito? Agenciamentos?*

Penso que sim. Não pelo cumprimento exato, que atesta o fluxo regionalizado, conforme o instituído. A *pulsação* da regionalização da saúde não estaria tão somente em acertar o endereço de destino, ou seja, um equipamento de saúde. Mas em seu caminhar e nas pistas-experiências de como chegar até lá, em sua travessia.

Muitas vezes, os corpos adoecidos não têm como estar em outros lugares. Porém têm como traçar os caminhos para chegar lá, seja repetindo sua institucionalização ou rompendo-a, ou compondo com ela. Um certo batimento que destoa, mas também entoa. *Em que medida? Em que modos? Em quais processos históricos de constituição de práticas discursivas e não discursivas?*

6.1 Base conceitual e operacional da regionalização da saúde do Ceará: capacidade instalada, suficiência e programação da oferta nos espaços territoriais [de]limitados

O tempo-calendário era de quase natal, 21 de dezembro de 1998, e “[...] a palavra usada era [a de] fortalecer a descentralização [...]” (GES-NR). No Ceará, acontecia a reunião do CESAU, que aprovava o documento “*Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará*”, por meio das Resoluções 05/98 e 06/98 (CEARÁ, 1999a; 1999b). A constituição e a aprovação desse documento foram um marco na institucionalização da regionalização da saúde do Ceará, por conformar suas bases conceituais.

O referido documento, constituído por oito Anexos¹⁴¹, foi elaborado pelos Grupos-Tarefa dos Projetos de Organização e de Desenvolvimento da Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária da saúde do Ceará e do Projeto de Modelagem de Gestão das Unidades Regionais. Sua produção contou com o apoio de uma consultoria externa, nacional e internacional, decorrente de uma cooperação técnica entre o Reino Unido e o Brasil, mediante o apoio e o financiamento do *Department for International Development* (DFID UK).

A instituição do SUS, pela Constituição Federal de 1988, e na sequência a promulgação das suas Leis Orgânicas (Brasil, 1990a; 1990b), chamou a atenção de organismos internacionais sobre como se daria a organização de um modelo de saúde descentralizado, em um país federalista, constituído por entes autônomos e independentes. Esta teria sido a perspectiva da cooperação técnica entre o Reino Unido e o Brasil, viabilizando o acompanhamento e a vinda de consultores ao Ceará, segundo gestor estadual de saúde, do nível central da SESA. A escolha do estado tinha como um dos focos a temática da descentralização com o fortalecimento regional. Além do Ceará, o município de Olinda, em Pernambuco, e o próprio Ministério da Saúde, também, foram incluídos como participantes dessa cooperação técnica.

No momento, eles colocaram o Ceará porque já havia, aqui, algumas cooperações internacionais com a JICA¹⁴², que era a questão da organização da área materno-

¹⁴¹Anexo 1 - Ações de Vigilância Epidemiológica por nível de atuação; Anexo 2 - Hierarquização das Ações de Vigilância Sanitária e espaço territorial/ Responsabilidades; Anexo 3 - Assistência Farmacêutica - Hierarquização das Ações; Anexo 4 - Atenção Secundária da Saúde - Especialidades; Anexo 5 - Organização do Estado por microrregião de Saúde; Anexo 6 - Projeto de Organização e Desenvolvimento da Atenção Secundária e Terciária de Saúde no Estado; Anexo 7 - Ações de Saúde Bucal/ Parâmetros e proposições; Anexo 8 - Adota a Portaria do Ministério da Saúde N°3.908, de 30 de outubro de 1998, para orientar as Ações e Serviços de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará.

¹⁴²*Japan International Cooperation Agency* (JICA) é uma agência governamental independente que coordena a Assistência Oficial ao Desenvolvimento em nome do governo do Japão. Mais informações em: <<https://www.jica.go.jp/english/>>.

infantil; já tinha uma cooperação com o KfW¹⁴³, na expansão de rede de unidades básicas do Saúde da Família; tinha um projeto com o Banco Mundial para expansão de serviço na atenção básica e não só em relação à questão do setor saúde, mas a interiorização de várias ações públicas de governo em projetos com a Secretaria de Planejamento e Gestão, na área de saneamento, na área de habitação. Eles escolheram, então, o estado do Ceará porque já tinha uma história de trabalhar com cooperação internacional. (GES-NC).

Alinhada à cooperação internacional, teve-se à época, a consultoria nacional do Senhor Eugênio Vilaça Mendes. Ambas as consultorias tiveram forte influência na concepção e no desenho organizacional do Sistema Estadual de Saúde, principalmente, no período de 1997 a 2002, como destacado, tanto pelos gestores estaduais de saúde como por Lopes (1997). Em seu estudo, Lopes (1997, p. 22) apontou que o Senhor Eugênio Vilaça Mendes teria encontrado no Ceará “[...] o cenário favorável à experimentação de sua proposição”, referindo à ideia de implantação de “Sistemas Microrregionais e Sistemas Integrados de Serviços de Saúde”. De acordo com Mendes (*apud* LOPES, 2007, p. 23), a perspectiva de “sistemas integrados” passava pela “microrregionalização cooperativa”, compreendida como:

[...] uma cooperação orgânica entre as Secretarias Municipais e a Secretaria Estadual, criando um sistema de cooperação gerenciada, expresso na existência de uma Comissão Intergestores Bipartite / CIB Microrregional e sustentado em um sistema de programação pactuada e integrada.

Dessa forma, a ênfase conceitual operada no estado foi a de “[...] descentralização com fortalecimento regional”. (GES-NC). A lógica de organização dos serviços de saúde de base regional assentou-se na ideia

[...] de uma região, que estava consorciada, vamos dizer assim, com vários municípios que tinham vontades comuns, desejos comuns, viabilidades tanto de acesso como por uma questão política, também, comum. Através desse desenho, a partir de noventa e sete, [começamos] a trabalhar a necessidade de implantação da organização do serviço de saúde de forma regionalizada. (GES-NR).

Para isso, em 1997, foram feitos estudos, identificando para onde os municípios, sem atendimento local de serviços especializados em saúde, estavam encaminhando seus usuários-residentes. Além disso, houve a captura dos fluxos viários utilizados para o deslocamento intermunicipal e de suas condições de infraestrutura. Um estudo da malha viária utilizada e de possíveis alternativas para facilitar o acesso e o tráfego intermunicipal.

¹⁴³ *KfW Bankengruppe* (Grupo de bancos KfW) pertence à República Federal da Alemanha (80%) e aos estados federados (20%). Mais informações em: http://www.brasil.diplo.de/Vertretung/brasilien/pt/08__Wirtschaft/Institutionen/KfW.html.

Entretanto, naquele momento, não se tratou de identificar o movimento ‘espontâneo’, de ir e vir, entre um município e outro. Anterior ao ano de 1997, ainda no início dos anos 90, sob a coordenação da SESA, em articulação com o COSEMS-CE, os municípios cearenses, realizavam grandes plenárias e utilizavam instrumentos de gestão para discutir, orientar e pactuar os atendimentos intermunicipais.

[...] a nossa primeira programação pactuada integrada¹⁴⁴ foi bem anterior ao que foi definido pelas normas do Ministério da Saúde, ela já dava oportunidade aos municípios de estarem se articulando, entre si, para viabilizar o acesso [da população]. Quer dizer, aqui, nós temos uma história por quê? Porque o [...], como secretário de um município pequeno [...] via que não era possível garantir, naquele território, [...] todos os serviços [...] Nós tínhamos o [...], nós tínhamos o [...], quer dizer, essa turma [referindo-se a alguns secretários municipais de saúde à época] verificava que esses municípios eram incapazes, como capacidade de governo a ser instituída, para dar conta ao que a população necessitava em termos de saúde. Nós começamos nesse movimento de organização [para agregar] esses municípios numa responsabilidade, colocando a descentralização como foco [...]. (GES-NC).

Anterior a normatização nacional, que implantou a PPI (Brasil, 1996), no caso a NOB 01/96, os gestores municipais e estaduais de saúde do Ceará já articulavam esta tecnologia de gestão, tomando como critérios a capacidade de oferta de cada município e a sua localização geográfica, para, assim, eleger as referências regionais em serviços de saúde especializados. Entre os gestores de saúde, ter oferta-equipamento para à consecução do acesso integral reverberou nas relações de saber-poder na produção do SUS.

A PPI nasceu aqui no Ceará, essa Programação Pactuada Integrada, que é uma alocação de recursos, uma lógica de regionalização de serviços e hierarquização da atenção, nasce no Ceará e depois ela é exportada para o Brasil e é regulamentada para NOB-96, que veio antecedendo a NOAS [...]. O estado do Ceará não teve dificuldade de fazer esse modelo [quando da edição da NOAS 01/2001], porque ele já vinha fazendo [antes da] NOB-96, já tinha PPI, já tinha a câmara de compensação¹⁴⁵ e já discutia referência e contra-referência, modelos, municípios que são sede de referências e que têm capacidade instalada. (GES-NC).

¹⁴⁴A Programação Pactuada Integrada foi instituída pela NOB-96 (Brasil, 1996, p. 22932) como o instrumento de gestão que “[...] envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. *Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual. (Grifos meus).*

¹⁴⁵A Câmara de Compensação referia-se a uma tecnologia que possibilitava a contabilidade financeira entre os municípios, que encaminhavam pacientes e os que recebiam. Ou seja, o controle dos procedimentos de saúde prestados pelos municípios de referência, os quais deveriam ser ressarcidos financeiramente, considerando que não recebiam recursos para uma oferta regionalizada à época.

Assim, os estudos realizados em 1997, apoiaram a formação discursiva do que já vinha sendo operado por acordos, práticas e instrumentos propostos e em uso pelos gestores do SUS do Ceará. Os estudos feitos compuseram o documento final “*O desenvolvimento institucional da Secretaria da Saúde do Ceará*”, Relatório de Consultoria do Senhor Eugênio Vilaça Mendes, datado de outubro de 1997. (MOTA, 2007, p. 78).

Nesse Relatório, dois aspectos foram fundamentais à institucionalização do sistema de saúde estadual em modo regionalizado. O primeiro, referiu-se à oficialização da estruturação do Sistema de Referência e Contra-Referência, centrado em três municípios que concentravam os fluxos dos usuários no estado (Fortaleza, Sobral e Crato). Cada um deles constituía uma rede de municípios que, em decorrência da malha viária, se subdividiram em 13 (treze) trechos (06 na rede Fortaleza, 05 na rede Sobral e 02 na rede Crato). Estes trechos foram divididos em territórios regionalizados, constituindo o desenho das microrregiões e macrorregiões de saúde do Ceará. O segundo aspecto, foi a captura de 10 categorias de especialidades médicas, que deveriam compor o leque de oferta regionalizada. (LOPES, 2007). Um horizonte assistencial a ser perseguido, no sentido da garantia dessas especialidades no âmbito microrregional.

Os resultados desse estudo técnico, esboçados no Relatório, embasaram as proposições contidas no documento “*Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará*” (MOTA, 2007; LOPES, 2007; CEARÁ, 1999a; CEARÁ, 1999b). Nessa mesma ocasião, o CESAU também deliberou a Resolução 07/98 (CEARÁ, 1999c), estabelecendo um conjunto de diretrizes políticas que o Sistema Estadual de Saúde deveria adotar a partir de então:

a) O Sistema Único Estadual de Saúde do Ceará dirigirá suas ações no sentido de que todos os cearenses sejam beneficiados com ações e serviços de promoção da saúde, de prevenção de agravos, doenças e mortes evitáveis, de atenção à saúde nos vários níveis de complexidade e de programas de reabilitação efetivamente de boa qualidade; b) A reorganização da atenção e dos serviços de saúde do SUS/Ceará será norteadas pelos princípios da democratização, da universalidade de cobertura e acesso, da descentralização, da integralidade na prestação das ações, da equidade e do controle social (Art.246 da Constituição do Estado do Ceará-1989), configurando efetiva estratégia político-social de produção de cidadania; c) O SUS/Ceará direcionará os serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida da população, promovendo a vigilância à saúde, em articulação intersetorial com organizações governamentais e não governamentais, o que permitirá a aplicação de recursos dos níveis federal/estadual/municipal com racionalidade, pelo lado do gasto, e equidade, pelo lado do usufruto; d) A assistência aos portadores de deficiências e de doenças crônicas será prestada, nos três níveis de atenção, sob responsabilidade direta do poder público, representado pelas instâncias gestoras; e) A Programação Pactuada Integrada - PPI, a ser preparada a partir do ano de 1999, deverá priorizar os níveis de Atenção Primário e Secundário da Saúde, onde as ações primárias se desenvolverão através da estratégia da Saúde da Família, ficando assegurado o seu funcionamento em todos os municípios do Estado. Também deverá ser oferecido à

Atenção Secundária, nas áreas de Clínica Médica, Pediátrica, Obstetrícia, Ginecologia, Saúde Mental (Caps), e Saúde do Trabalhador, *em todas as vinte micro-regiões do Estado*; f) O Estado participará do custeio dos serviços secundários, mencionados no item “e” e terciários, sempre que os recursos federais e municipais alocados para o seu custeio (PPI) se mostrarem insuficientes para sua manutenção; g) Os trabalhadores de saúde devem ser valorizados com salários dignos, adequadas condições de trabalho, capacitação, reciclagens e incentivos, admissão por concurso, dedicação exclusiva; h) O SUS/Ceará desenvolverá ações de atenção à saúde do trabalhador, baseado na articulação interinstitucional, dotando recursos de forma a permitir a identificação, prevenção e tratamento das doenças profissionais ou do trabalho conforme Portaria do Ministério da Saúde de nº3908, de 30.10.98. (CEARÁ, 1999c, p. 36).

Estava, assim, em produção os discursos do SUS regionalizado do Ceará. Algo da ordem do que já vinha sendo praticado, em alguma medida, mas que requeria uma racionalidade discursiva, com efeito de verdade, para a constituição das condições necessárias ao exercício de governo. Práticas discursivas e não discursivas autorizando e instruindo a razão da gestão e do cuidado em saúde, operacionalizadas no âmbito das microrregiões de saúde.

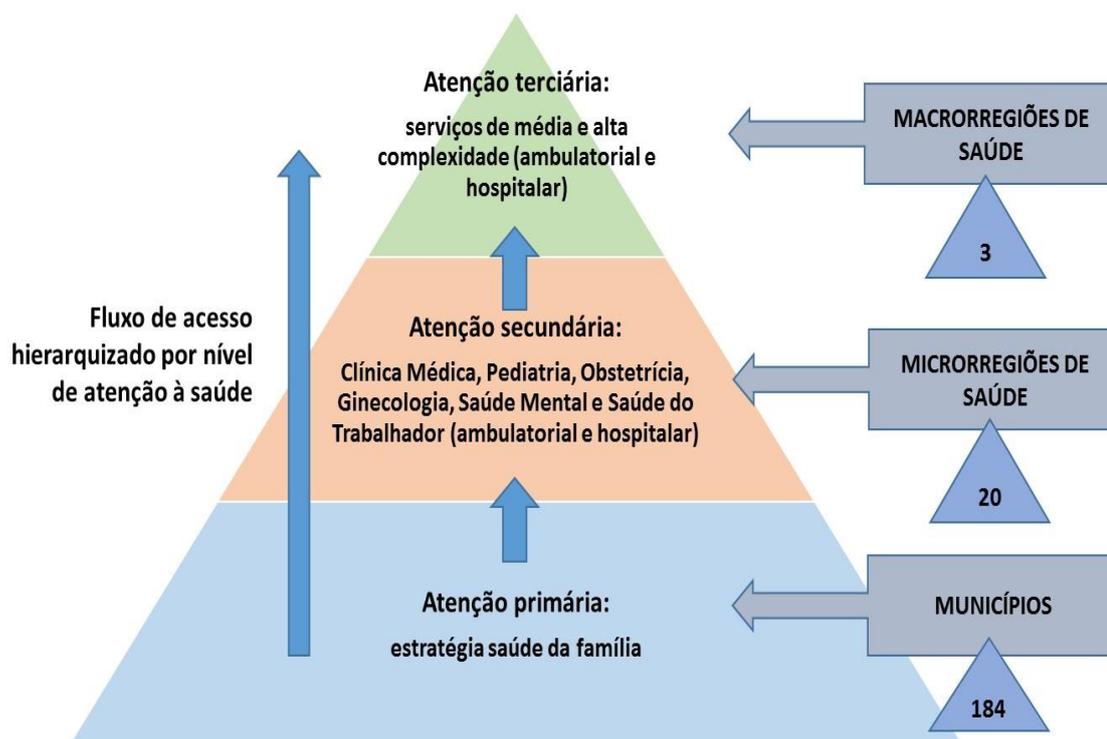
À época, o sistema regionalizado do Ceará foi institucionalizado com 20 microrregiões e 03 macrorregiões de saúde. Nesse processo, houve a definição de alguns elementos, destacando: i) a definição de princípios como a democratização, universalidade de cobertura e acesso, descentralização, integralidade na prestação das ações, equidade e controle social para garantia da cidadania; ii) desenvolvimento de serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida da população, promovendo a vigilância à saúde, em articulação intersetorial; iii) a explicitação de territórios regionalizados – micro e macrorregiões de saúde; iv) a vinculação de cada território a um nível de atenção especializado - secundário e terciário; v) a instituição do Saúde da Família como a estratégia para a organização e desenvolvimento da atenção primária em saúde; vi) a especificação de que todas as microrregiões de saúde deveriam ofertar atenção secundária, nas áreas de Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia, Saúde Mental e Saúde do Trabalhador; vii) a participação do governo estadual no custeio financeiro das ações secundárias e terciárias, sempre que necessário; viii) a definição de fluxos intermunicipais de referência e contra-referência. (CEARÁ, 1999c).

As responsabilidades de gestão e de cuidado em saúde foram pensadas e distribuídas relacionando, especialmente os níveis de atenção aos territórios de cuidado, recém-instituídos: “Atenção Básica como responsabilidade através das Equipes de Saúde da Família, Atenção Secundária como responsabilidade na Região de Saúde e a Atenção Terciária ofertada pela macrorregião”. (GES-NR).

O desenho regionalizado de 1998 constituiu-se, assim, por uma organização e um funcionamento do tipo piramidal, com uma base ampla representada pelo nível de atenção

primária à saúde, em todos os municípios, estreitando na atenção secundária, nas microrregiões de saúde, e afinando, ainda mais, nas macrorregiões de saúde, pela atenção terciária. Portanto, pela hierarquização e pelo fluxo de acesso, estabelecidos entre os níveis de atenção à saúde, em conjugação com o espaço territorial, conforme figura seguinte.

Figura 20 - Desenho assistencial da organização regionalizada do Ceará, segundo proposição em 1998.



Fonte: Elaborada pela autora em diálogo com Ceará (1999c).

Para implementação deste desenho assistencial, um desafio posto foi o de suprir os vazios de equipamentos-serviços de saúde, tanto nas microrregiões como nas macrorregiões. Nesse sentido, a consecução da integralidade do cuidado em saúde incorporou a meta da suficiência de serviços secundários e terciários, como da ordem do estratégico.

Uma meta que se desenhou com centralidade nas ações de governo, desenvolvidas no seguimento da regionalização da saúde, gerando efeitos significativos nos modos de gestão e de cuidado, por meio da produção de subjetividades gestoras para o [bom] governo do SUS, conforme abordado na seção seguinte desta Tese.

6.2 “O estado do Ceará é como um soldado”: a produção de subjetividades para o [bom] governo regionalizado do SUS

“[...] os técnicos do Ceará têm essa tradição e às vezes até vão antes da normatização e o que se faz aqui acaba sendo normatizado a nível federal depois [...]”.
(GES-NC).

A materialização da regionalização da saúde do Ceará teve como ‘ponta pé’ inicial a *microrregionalização de Baturité*, tomada como projeto piloto desencadeado concomitantemente à discussão e aprovação das “*Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará*”. Após Baturité, foram “microrregionalizadas” mais cinco regiões, num segundo ciclo e, depois, ainda em 2000, outras 15, totalizando o desenho de 21 micro e 03 macrorregiões de saúde naquela ocasião. Em relação às *Diretrizes*, que estabeleceu um total de 20 microrregiões, houve a inclusão de mais uma, fato que não alterou o cumprimento do planejado.

A constituição das microrregiões de saúde foi coordenada pela SESA, em forte articulação inicial com a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), responsável pela formação/capacitação de secretários municipais de saúde, seus assessores e equipe técnica da secretaria estadual. A formação se deu por meio do curso “Gestão de Sistemas Microrregionais”, fundamental à montagem da concepção teórica e operacional do modelo regionalizado da saúde, caracterizado como

[...] um projeto que buscava capacitar para poder ter todos os atores sociais e profissionais envolvidos, ter informações necessárias para propor um modelo de organização de ações de serviços nas regionais, isso foi em noventa e oito. E nós iniciamos esse processo, a capacitação [pela ESP-CE], através de oficinas temáticas, e foi como começamos a compreender melhor a regionalização e a contribuir para o seu fortalecimento [...]. (GES-NC, grifos meus).

Iniciado a partir de novembro de 1998, o Curso foi dado de forma sequencial e temática, por meio de seminários quinzenais sobre diferentes aspectos relacionados à organização dos serviços. Ao final de cada seminário, era constituída uma Câmara Técnica para elaboração de projetos de intervenção, tendo em vista a organização da microrregião de saúde. Esses projetos de intervenção eram pactuados, no âmbito regional, e culminavam com a formação da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional (CIB-MR), mais tarde denominada de CIR, agregando os secretários municipais de saúde e representantes da SESA em uma dada microrregião. (LOPES, 2007).

A microrregionalização da saúde constituiu-se como um movimento técnico-político que produziu, ao mesmo tempo, um conjunto de saberes acoplados à ordem discursiva e não discursiva em produção; instruiu o bom governo regionalizado do SUS, institucionalizando condutas de gestão e de cuidado em saúde; capacitou àqueles que seriam os seus “sujeitos do discurso” por estarem em condições e autorizados a falar e a agenciar processos; e instituiu o espaço de discussão e de pactuação das ações de governo regional, que seria a CIB-MR, operada pelos “sujeitos do discurso”.

O discurso tem um suporte histórico, institucional, uma materialidade que permite ou proíbe sua realização. O sujeito do discurso não é a pessoa que realiza um ato de fala, nem o autor do texto, nem o sujeito da proposição. *O sujeito é aquele que pode usar (quase sempre com exclusividade), determinado enunciado por seu treinamento, em função da ocupação de um lugar institucional, de sua competência técnica.* O enunciado pode ser usado ou reutilizado, entrar em tramas e circular conforme um interesse, uma prática; por exemplo, o enunciado do médico perito, um psiquiatra, para diagnosticar a doença mental, do pedagogo para aferir a aprendizagem de uma criança, do psicólogo para detectar distúrbios de comportamento. (ARAÚJO, 2007, p.7, *grifos meus*).

A formação discursiva em processo, nutrida pela capacitação dos “sujeitos do discurso”, produziu saberes da regionalização, potencializando a constituição do “[...] espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso [...] um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso [...]” (FOUCAULT, 2008c, p. 204). “O saber não está contido somente em demonstrações; pode estar também em ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas”. (FOUCAULT, 2008c, p. 205).

Porém, governar em modo regionalizado e, assim, conduzir as condutas de um sujeito, de um grupo e de uma população, requeria não apenas a produção de práticas discursivas e a capacitação de alguns dos “sujeitos do discurso” para operá-las, mas também a constituição de um feixe de relações e de institucionalidades regionalizadas.

Assim, outro elemento, integrante da (micror)regionalização da saúde, referiu-se à modelagem administrativa e de gestão da SESA, que de 14 Departamentos Regionais de Saúde passou a ter um desenho organizacional de 21 CRES, em correspondência a cada uma das microrregiões em implantação. Às CRES foi institucionalizado o papel de

[...] assessorar os municípios para que as políticas públicas, federal e estadual, sejam garantidas na regional, sejam discutidas, sejam implantadas e implementadas no nível regional, então, [...] eu estou lá para garantir, articular, apoiar, acompanhar todas essas políticas e todas as dificuldades que os municípios têm, *eu sou a porta-voz, digamos assim, da SESA junto aos municípios.* (GES-NR, *grifos meus*).

A ancoragem da microrregionalização da saúde nas CRES fortaleceu a institucionalização desse processo, com centralidade de mando na esfera de governo estadual. O desenvolvimento do SUS Regional, por entre os municípios e seus gestores, ganhou potência discursiva, pelos “*porta-vozes*” que se habilitaram, também, à condição de “sujeitos do discurso”, àqueles que articulam o discurso por seu treinamento em função do lugar institucional que ocupam, conforme Araújo (2007).

Os discursos e as práticas governamentais, desencadeados na regionalização do Ceará, possibilitaram aos sujeitos ‘capacitados’, especialmente os gestores, a operar a organização e o funcionamento do SUS regional, produzindo uma “vontade de verdade” orientada por uma “vontade de saber”. (FOUCAULT, 2014). Ou seja, o que se deve saber e qual o caminho a ser percorrido para se constituir a verdade, impondo “[...] ao sujeito cognoscente (e de certa forma antes de qualquer experiência) certa posição, certo olhar, certa função [...]”. (FOUCAULT, 2014c, p. 16).

Um regime de verdade da regionalização da saúde a ser acatado por todos, em constituição, também, de relações de poder, na medida em que a produção e a circulação dessa verdade acaba por “[...] exercer sobre os outros discursos – estou sempre falando de nossa sociedade – uma espécie de pressão e como que um poder de coerção” (FOUCAULT, 2014c, p. 17).

Um *poder de coerção* operado não por relações de força abusiva ou violenta. Mas por relações de poder-saber potentes à fabricação de subjetividades, encarnadas nos “sujeitos [gestores] do discurso”, por exemplo, que são ‘amoldados’ ao ritmo da regionalização, sob a justificativa verdadeira de ser este o caminho para a garantia do direito à saúde. Segundo um gestor de saúde, “[...] eles [referindo-se aos gestores municipais] têm hoje o amadurecimento de que o seu município não pode mais resolver sozinho, eles têm essa compreensão. Tudo hoje depende da região, da organização do sistema de regionalização”. (GES-NR).

Outro “sujeito do discurso” instituído nesse processo foi o prefeito municipal, conformando a ideia de que a regionalização do Ceará [...] não é só uma coisa do setor saúde, envolve também os prefeitos [...] Você não consegue modificar nenhum território hoje, constituído como Região de Saúde, sem o envolvimento político [...]”. (GES-NC).

Tratou-se de uma participação articulada pela SESA, desde os primórdios da (micror)regionalização, não somente de forma individualizada, mas também, por meio das Associações Regionais de Prefeitos, além da Associação de Prefeitos do Estado do Ceará (APRECE), na qualidade de entidade central, e do COSEMS-CE.

O processo desencadeado, ao final da década de 90 e com continuidade nos anos seguintes, constituiu-se como um projeto técnico-político governamental para fazer o SUS avançar, encabeçado pela SESA, contemplando: i) a concepção e formação/capacitação de um quadro executivo e coordenador da regionalização; ii) a organização de um modelo de saúde com a definição de territórios regionais; iii) a realização de uma reforma administrativa com a instituição de novas CRES, em diálogo com o modelo de saúde; iv) a constituição de instâncias de pactuação intergestores de âmbito regional; v) o envolvimento de coletivos representativos de prefeitos e secretários municipais de saúde.

Dessa forma, a regionalização da saúde foi institucionalizada, tanto pela condução do governo estadual como pela normatividade nacional do Ministério da Saúde. A organização e o funcionamento do SUS tornaram-se pauta e agenda dos seus gestores, prioritariamente. E como tal, constituiu os “sujeitos do discurso” inscritos no âmbito da gestão do SUS, deixando à margem os profissionais de saúde, onde

[...] essa noção de regionalização a gente aprende quando já está em um nível de coordenação, eu percebo que o profissional que está lá na ponta ele não tem muita noção disso não. Ele está preocupado ali, com o território que ele trabalha, e para ele ter conhecimento [...] para quem ele vai referenciar, fica muito no âmbito do município. Passou daí o problema é da Secretaria de Saúde, não é mais do profissional, a gente tem essa percepção, ainda hoje. No meu caso, eu acho que foi a partir do momento que eu estava, mesmo, no nível de Secretaria de Saúde, que [é onde] você começa a ter esse dimensionamento [...]. (GES-NR).

Isso não quer dizer que os profissionais da saúde e mesmo os usuários do SUS não operem, ainda que sob outras, ou mesmas regras e imperativos, a lógica da regionalização da saúde. Quer dizer, tão somente, que a constituição do direito universal à saúde, como dever do Estado, e a necessidade de normalização e de controle da população, para *fazê-la viver*, produziu modos de gestão, afunilados à condução privilegiada dos gestores do SUS, os quais, em maior ou medida, contribuíram nos processos de reforma do setor saúde do Ceará, segundo esboçado na seção e suas subseções seguintes.

6.3 Regionalização e reforma do setor saúde: o trânsito de institucionalidades pelos Consórcios Públicos de Saúde e Organização Social de Saúde

Em 2016, o modelo regionalizado de saúde do Ceará estava constituído por 22 Regiões de Saúde¹⁴⁶ e cinco Macrorregiões, conforme Figuras 1 e 3 desta Tese. Do ponto de vista da base conceitual e operacional da regionalização da saúde do Ceará poucas alterações foram feitas de 1998 a 2016. Nesse período, três questões foram destacadas nas narrativas dos gestores estaduais de saúde: i) o desenvolvimento do PROEXMAES; ii) a assinatura do COAP pelos entes federados; iii) a implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde¹⁴⁷.

O PROEXMAES, como já dito nesta Tese, objetiva apoiar a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, expandindo a cobertura da assistência especializada em todas as Regiões de Saúde do Ceará. (CEARÁ, 2011b). Refere-se a uma *“política social de expansão da média e alta complexidade”*, desencadeada como uma

[...] política do governador [...], a primeira gestão, de dois mil e sete a dois mil e dez, foi a de ampliar, expandir a atenção especializada para o estado do Ceará, em especial nas regionais de saúde [...], com a busca de um financiamento junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento para implantar dezesseis Centros de Especialidades Odontológicas, vinte e uma Policlínicas e dois hospitais macrorregionais, isso, naquela época, até porque depois acabou se expandindo ainda mais esse Projeto. (GES-NC, *grifos meus*).

Nesse sentido, a base conceitual e operacional da regionalização da saúde do Ceará manteve-se atualizada, orientando os atos de governo e de condução da sua institucionalização. Ou seja, a linha guia operada, ao longo dos anos, reverberou a conjugação do nível de atenção à saúde com o espaço territorial, seja da região ou da macrorregião de saúde, com ênfase no alcance da suficiência assistencial regionalizada; a ampliação da capacidade de oferta; a economia de escala; e a otimização dos recursos existentes.

Mas o que estaria na entrelinha dessa conjugação, instituída em 1998 e fermentada nos anos seguintes com o PROEXMAES¹⁴⁸?

¹⁴⁶Terminologia atualmente adotada em substituição às microrregiões de saúde, conforme Brasil (2011), a qual seguirei fazendo uso nesta Tese.

¹⁴⁷Redes Temáticas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência; Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Os primeiros Planos Estaduais das Redes Temáticas pactuados no Ceará foram da Rede Cegonha e Rede de Atenção às Urgências. Na sequência, vieram os da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência. A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas vem sendo organizada por Linhas Cuidado, tendo sido a de Obesidade pactuada em 2014 e as de Oncologia e Doenças Renais estavam em planejamento no ano de 2015.

¹⁴⁸O Proexmaes iniciou em 2007 com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde no Estado. O BID é o financiador do Programa, que agora vai entrar em uma segunda etapa. O Proexmaes II terá investimento de US\$

Conforme outro gestor estadual de saúde, o processo moderno¹⁴⁹ da regionalização da saúde do Ceará,

[...] se iniciou no Governo Tasso [Jereissati]. Com administração do [governador] Lúcio [Alcântara] e o Dr. Jurandir [Frutuoso], como secretário [de saúde], isso foi radicalizado. Então, [ele, referindo ao Dr. Jurandir Frutuoso] implantou [...] mais seis Regionais [de Saúde] e ele fortificou muito as Regionais [...] recentemente, o governo Cid Gomes fez um investimento muito grande na questão da média e alta complexidade, que foi a criação de vinte e duas Policlínicas e dezoito CEO, dezoito porque o Doutor Lúcio [Alcântara] já tinha criado quatro CEO, em quatro Regionais de Saúde, Aracati, São Gonçalo do Amarante, Iguatu e Tauá [...]. (GES-NC).

Tratou-se, então, da implementação não somente de um projeto técnico-político da SESA em torno da regionalização da saúde, mas de uma larga e potente ação de governo encabeçada por três governadores do estado, em períodos sucessivos, sendo: Tasso Ribeiro Jereissati (1995-1998; 1999-2002); Lúcio Gonçalo de Alcântara (2003-2006) e Cid Ferreira Gomes (2007-2010; 2011-2014).

Portanto, com desenvoltura e robustez de uma produção tensionada por forças, olhares e interesses diversos: seja pelos defensores dos seus princípios e diretrizes constitucionais; seja pela escolha técnico-política de instituição e implementação da ideia dos “*Sistemas Microrregionais e Sistemas Integrados de Serviços de Saúde*”, postulada pelo Senhor Eugênio Vilaça Mendes; seja pelo alinhamento político à governamentalidade neoliberal em fermentação, desde à gestão do Senhor Tasso Jereissati, com a continuidade nos governos seguintes.

Os dois planos de governo do Senhor Tasso Jereissati, “*Plano de Desenvolvimento Sustentável*” (1995-1998) e “*Consolidando o novo Ceará*” (1999-2002), apresentaram como premissa o crescimento econômico com o desenvolvimento social. O mandato de 1999-2002 aprofundou um conjunto de estratégias de reforma do Estado, sob a alegação de tornar a gestão

178,5 milhões, sendo US\$ 123 milhões do BID e US\$ 55,5 milhões de contrapartida do Estado. No Proexmaes II a meta é a melhoria da qualidade dos serviços em saúde, envolvendo investimentos em Tecnologia da Informação, capacitação de gestores e técnicos e a acreditação das unidades de saúde. O custo total da primeira fase do programa [construção e aquisição de equipamentos para as novas unidades de saúde] está estimado em R\$ 523 milhões entre recursos do BID e do Tesouro Estadual”. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/18266-seminario-internacional-avalia-expansao-da-rede-de-saude-no-ceara>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

¹⁴⁹Referindo-se ao contemporâneo, considerando os movimentos de regionalização anteriormente deflagrados pela Reforma Pelon em 1933, tendo à frente o médico Amilcar Barca Pelon. Segundo o gestor estadual de saúde, “[...] com a revolução de 30, o [presidente] Getúlio [Vargas] mandou interventores federais para a área da saúde e aqui para o Ceará veio o [senhor] Barca Pelon. Sanitarista baiano que empreendeu uma grande reforma, logicamente para a época, no sistema de saúde do estado do Ceará e neste período foi criado cinco regionais de saúde [à época chamadas de distritos sanitários]. Então, este foi o primeiro passo no processo de regionalização”. (GES-NC). Para outras informações consultar Barbosa (1994).

pública mais eficiente. Entre as medidas propostas, a reforma administrativa, o planejamento estratégico, a melhoria gerencial da prestação de serviços, a descentralização para fortalecer as estruturas regionalizadas e a aproximação entre os governos estadual e municipal. (LOPES, 2007).

Ademais este governo optou pela privatização e concessão de serviços públicos (Ceará, 2000) também como estratégias de modernização institucional [...] *Também houve o incentivo às organizações sociais, inclusive na saúde*, e à mobilização social, entendida como uma parceria com a sociedade na execução do plano, sendo preferencialmente firmada com as organizações não governamentais [...] contribuindo para a continuidade das mudanças no sentido de “[...] um Estado dotado de maior flexibilidade, capaz de descentralizar funções, transferir responsabilidades [...] sem abrir mão dos instrumentos de coordenação, controle e supervisão” (CEARÁ, 2000: 115-116). Ressalte-se ainda que *o plano de governo, referente ao período de 1999-2002, já explicitava a diretriz da SESA-CE de microrregionalização dos serviços de saúde*. Trata-se, portanto, de uma política estreitamente alinhada ao governo no qual se inseriu. (LOPES, 2007, p. 37-38, *grifos meus*).

Nesse sentido, a base conceitual e operacional da regionalização da saúde, nos marcos de 1998 e nos governos seguintes, foi atravessada pela *força do crescimento econômico*, aliada à ideia da gestão pública eficiente e competente, tensionando o SUS estadual à uma conformação, também, tecida pelas regras e lógica de funcionamento do mercado e da macroeconomia em seu processo de mundialização. (LOPES, 2007).

Então, o modelo técnico-político da regionalização da saúde, ‘incubado’ pelos referenciais dos “*Sistemas Microrregionais e Sistemas Integrados de Serviços de Saúde*”, constituiu-se como uma das condições de possibilidade para o exercício da *arte de governar neoliberal*, no campo da saúde pública do Ceará.

Mendes (2001a,b) assumiu os “sistemas integrados” localizando-os desde as proposições *dawsonianas* de sistema público de atenção hierarquizada e regionalizada, no Reino Unido, *passando pelo interesse dos Estados Unidos em aplicá-las no sistema privado*, para relacioná-los aos movimentos do campo empresarial, de economia de escala e expansão do mercados desse país, no que aí influenciaram a experiência de “*atenção gerenciada*”; também referindo processos de outros países, a exemplo da “*viragem ambulatorial*’ do Canadá e da “*substituição europeia*”, todos focados na melhoria de qualidade dos serviços e tendo como pressupostos a eficiência e a economia de escala/escopo. (MENDES, 2001a;b *apud* LOPES, 2007, p. 22, *grifos meus*, aspas da autora).

Pela ação de governos sucessivos, tratou-se do fortalecimento de uma gestão que pôs em diálogo o Estado, o mercado e a sociedade, sinalizando para a organização e o funcionamento de um Sistema *público*, porém, atualizado pelas *regras concorrenciais* de disputa no mercado ‘da saúde’, ou melhor dizendo, ‘da doença’.

Daí a forte ênfase à uma gestão aliada à “[...] tendência recente, de terceira geração dos sistemas de saúde, à “medicina baseada em evidência”, à “avaliação econômica de serviços de saúde e “avaliação tecnológica em saúde”, bem como “a “cooperação gerenciada”, conforme Mendes (2001a;b *apud* Lopes, 2007, p. 22, aspas da autora), em relação à sua concepção dos “*Sistemas Microrregionais e Sistemas Integrados de Serviços de Saúde*”.

O exercício da gestão pública, com ênfase na privatização e na condução do SUS em *padrão empresarial*, sob a batuta da qualidade, eficiência, flexibilidade e agilidade administrativa-gerencial; da transferência de sua responsabilidade direta pela prestação de serviços públicos, entre eles, os da saúde, às diversas institucionalidades, como as Organizações Sociais. Como justificativa plausível, tratava-se do exercício do *bom governo* do SUS, aquele que se centra na condução de processos e de condutas para *fazer viver a população*, considerando ser este um direito de cidadania e um dever do Estado.

Para isso, a gestão do Sistema Estadual de Saúde foi articulada aos instrumentos de planejamento do Estado, por exemplo ao Plano Plurianual do Ceará e à Lei Orçamentária Anual, prevendo metas, orçamento e recursos financeiros para o seu desenvolvimento, em conformidade com os sucessivos Planos Estaduais de Saúde, PDR e PDI. Dessa forma, foram enlaçadas as linhas da reforma do Estado com a do setor saúde, na perspectiva assinalada, não tão visíveis e dizíveis à época.

A expressão reforma do setor saúde, por mim adotada, está referenciada na ideia de “[...] designar as iniciativas de inovação no modelo organizacional da atenção à saúde das economias centrais nas últimas três décadas. A reforma tem sido definida como um processo de mudança contínuo e sistemático em um ou mais segmentos do sistema de saúde. (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 2000, p. 210). Esses autores identificam duas ondas de reforma do setor saúde de naturezas diferentes, sendo, a primeira, entre os anos 1970 e 80, e a segunda, no início dos anos 90.

A primeira onda de reforma do setor foi impulsionada pelo imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com a função saúde. Nos anos recentes, as inovações têm sido definidas pelos incentivos à criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de atenção, públicos ou privados. *A segunda geração de reformas tem desenhado novos papéis e relações para as agências e organizações públicas, estimulando a provisão de serviços por mecanismos de contratualização e pelo quase-mercado* (COSTA; SILVA; RIBEIRO; 2000, p. 210, *grifos meus*).

Atravessada por essas ondas, especialmente a segunda, a reforma do setor saúde no Ceará constituiu um modelo regionalizado, em diálogo com a normatização nacional e sob a

lógica de planejamento e de execução de uma série de iniciativas e interesses estaduais. Entre eles: a implantação de novas Coordenadorias Regionais; a ampliação da rede regionalizada pública de saúde pelo PROEXMAES, financiado por empréstimos do governo estadual junto à agência internacional; a contratação de institucionalidades para gerir novos equipamentos de saúde, como a OSS e os CPS; a contratualização entre os entes federados pelo COAP.

Frente ao acentuado crescimento econômico-assistencial do parque tecnológico médico e de outros afins ao campo da saúde, assim como da estrutura física de equipamentos públicos de saúde, no âmbito regional e macrorregional, a problematização acerca da gestão e do financiamento da rede física, em implantação, aqueceu e estabeleceu algumas decisões à época.

Esse investimento, desse governo [referindo-se ao governo Cid Ferreira Gomes], quem administra isso? E qual o custeio disso? Como se vai pagar? Então, se falava em OSCIP [Organização da Sociedade Civil de Interesse Público]. Falava-se em Fundação e o João Ananias, o então secretário [de saúde do Ceará], ele tinha uma experiência em Santana [do Acaraú, município do interior do Ceará] de consórcio intermunicipal. Então, ele foi um batalhador, com uma resistência muito grande daqui da SESA [...], a gente começou a batalhar essa questão da administração [das novas unidades de saúde] por consórcios intermunicipais, com a participação do estado. Então, o Consórcio é Estadual e Municipal e ele convenceu o governador disso [...] consórcios formados pelos municípios e pelo estado. Os prefeitos são os presidentes do consórcio e tem uma diretoria executiva, que administra o consórcio, e foi feita a Carta de Rateio, nisso, o governador participou pessoalmente [...] ele fez reunião com os prefeitos e com a secretária de saúde. Ele dirigiu isso e, praticamente, foi adesão de cem por cento na força política e esse consórcio está funcionando. Por que eu enfatizo isso? Porque eles obedeceram à mesma regionalização que já existia. (GES-NC, grifos meus).

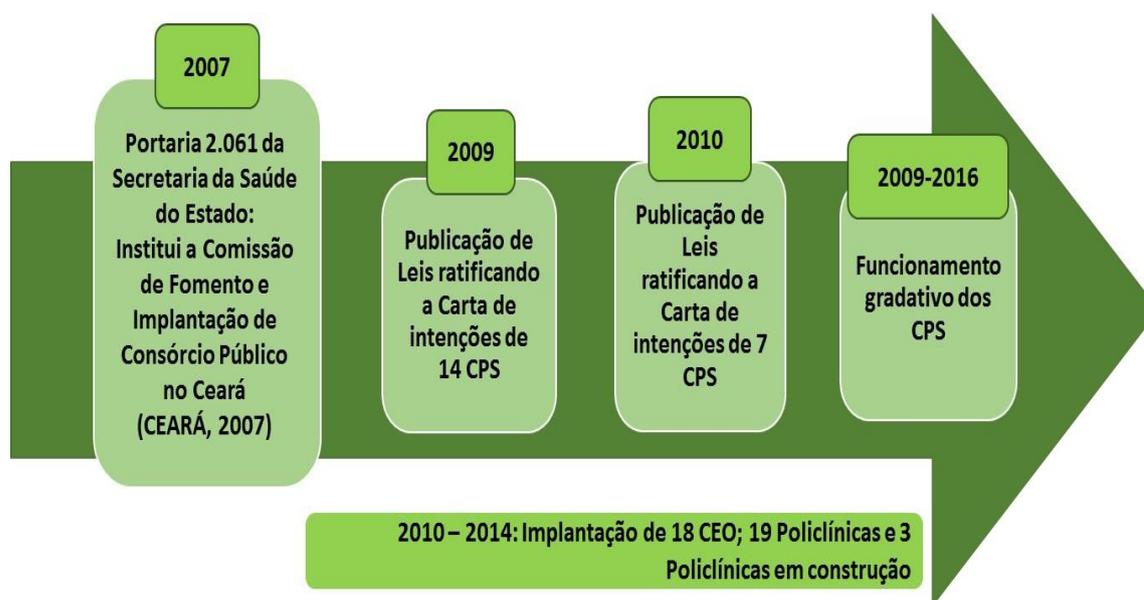
Em seguimento da lógica regionalizada estabelecida, na reforma do setor saúde, a a gestão das Policlínicas e dos CEO, recém-criados, ficou sob a responsabilidade da institucionalidade dos CPS, formados legalmente em cada uma das Regiões de Saúde, exceto na de Fortaleza, totalizando, assim, vinte e um Consórcios. Entre os operadores a encabeçar a instituição dos CPS, estavam o secretário estadual de saúde e o próprio governador, à época, além do COSEMS-CE.

O envolvimento direto desses “sujeitos do discurso” não só potencializou a institucionalização do CPS, normalizando as relações de poder em exercício, que “[...] não obedecem à forma única da interdição e do castigo, mas que são formas múltiplas”. (FOUCAULT, 2006b, p. 248). No caso, a “força política” garantiu a adesão de 100% dos municípios. No Ceará, algo não muito estranho, considerando sua história recente de adesão aos instrumentos-processos pertinentes à regionalização, como: em 2006, o Pacto pela Saúde

com quase 100% dos municípios cearenses; a contratualização via COAP em todas as Regiões de Saúde, envolvendo todos os municípios cearenses.

A primeira iniciativa na constituição desse tipo de institucionalidade e modalidade de gestão, o CPS, aconteceu em 2007 (Ceará, 2007), seguida de outras que asseguraram sua institucionalização no Sistema Estadual de Saúde, conforme figura abaixo.

Figura 21 - O trânsito da institucionalidade dos Consórcios Públicos de Saúde na Regionalização da Saúde do Ceará.



Fonte: Goya *et al*, 2016.

A criação dos CPS seguiu as orientações nacionais da Lei nº11.107, de 06 de abril de 2005 e do Decreto nº6.017, de 17 de janeiro de 2007 (Brasil, 2205; 2007), tendo sido concomitante à instituição das Policlínicas e dos CEO. Contudo, o funcionamento de alguns CPS não se deu de imediato à implantação de algumas Policlínicas, onde “[...] eles [referindo aos CPS] não estavam ainda estruturados, não estavam instituídos e se estava instituído eles não estavam com capacidade de funcionamento”. (GES-NC). Segundo Manual de Orientação para implantação dos CPS (Ceará, 2009), após a elaboração do Protocolo de Intenções, os entes consorciados deveriam cumprir uma série de etapas, sendo

[...] ratificação do *Protocolo de Intenção* pelo Poder Legislativo de cada ente consorciado, o que o transforma na Lei do respectivo Consórcio; elaboração do *Estatuto e/ou Regimento Interno*; pactuação do *Contrato de Programa*, obrigações referentes a encargos, serviços e bens necessários à implementação do Consórcios, transferência de bens, cessão de pessoal para o Consórcio e outros compromissos não relacionados a recursos financeiros; [...] elaboração de uma *Programação Pactuada Consorcial – PPC; Contrato de Rateio*, cuja finalidade é

estabelecer obrigações financeiras, ou seja, os compromissos na aplicação dos recursos pelos entes consorciados; definição da dotação orçamentária específica ou créditos adicionais por cada ente consorciado para assumir os compromissos no pagamento das despesas assumidas no Contrato de Rateio; estruturação e organização do Consórcio. (CEARÁ, 2009, p. 10, *grifos meus*).

Os Consórcios do Ceará foram instituídos como Associação Pública, de natureza autárquica e interfederativa, com Personalidade Jurídica de Direito Público, apresentando o estado e os municípios, adscritos a cada uma das Regiões, como entes consorciados. A representação municipal era do prefeito e a estadual do secretário de saúde do Ceará. Aos secretários municipais de saúde foi facultada sua participação, porém, sem direito a voto, o mesmo acontecendo com os coordenadores regionais das CRES. Tanto um quanto o outro, compuseram, em cada Consórcio, uma Comissão de Apoio à Gestão.

Na máquina da produção do SUS do Ceará, pelos CPS, as relações de saber-poder visibilizaram o prefeito municipal e o secretário estadual da saúde como os ‘sujeitos da decisão’ e os secretários municipais de saúde e os coordenadores de CRES como os ‘sujeitos de apoio técnico à gestão’.

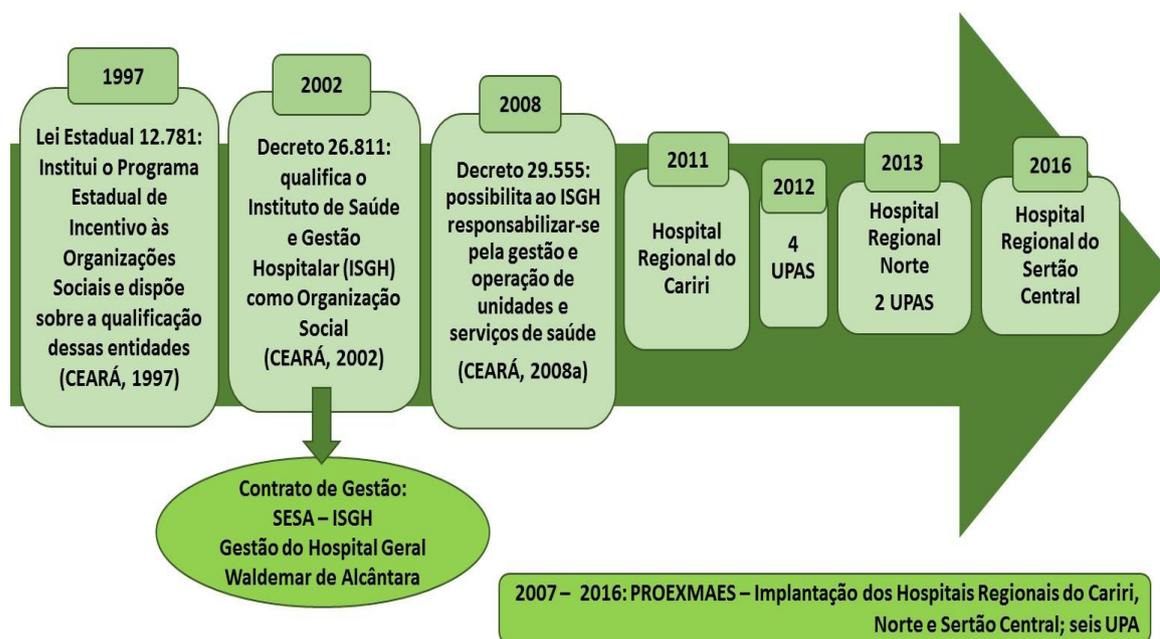
Tal perspectiva avolumou a dimensão política da negociação direta entre prefeito e governador, estabelecendo tensões e disputas entre os outros sujeitos da regionalização, onde “[...] a parte do consórcio vem muito de cima [...] os prefeitos se reúnem com o governador e eles fecham lá [...], o que deverá ser pactuado e a policlínica já teve a reunião com o governador e [...] a gente [referindo à CRES] fica totalmente por fora”. (GES-NR).

Nesse sentido, “[...] milhares e milhares de relações de poder e, por conseguinte, relações de forças de pequenos enfrentamentos, microlutas [...]” (Foucault, 2006a, p. 231), aconteciam nas negociações em torno da implantação dos CPS e definição das contrapartidas financeiras, que iriam compor o rateio para manutenção dos equipamentos recém-construídos ou em construção.

No que se relaciona à gestão dos Hospitais Regionais, Cariri, Norte e Sertão Central, e de seis Unidades de Pronto Atendimento (UPA), implantadas pelo governo estadual no município de Fortaleza, a opção foi pela institucionalidade e modelo de gestão via OSS. Na agenda da reforma do setor saúde, a possibilidade dessa modalidade (Ceará, 1997)¹⁵⁰ foi inscrita, ainda, no Governo Tasso Jereissati.

¹⁵⁰A Lei estadual nº12.781, de 30 de dezembro de 1997, inclusive, foi anterior a Lei federal nº9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

Figura 22 - Regionalização da Saúde do Ceará: o trânsito da institucionalidade da Organização Social de Saúde.



Fonte: Goya *et al*, 2016. Atualizado pela Autora em diálogo com o *site* do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar¹⁵¹.

Em 2002, o ISGH, de Personalidade Jurídica de Direito Privado, foi qualificado como Organização Social de Saúde, pelo Governo do Estado do Ceará, com o objetivo de pesquisar e produzir conhecimentos e técnicas nas áreas de saúde e de gestão hospitalar. (CEARÁ, 2002). Ainda naquele ano, assume a gestão do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, localizado em Fortaleza.

Em 2008, o escopo de sua atuação foi ampliado para a gestão e operação de “[...] unidades e serviços de saúde, tais como hospitais, policlínicas, unidades odontológicas, unidades radiológicas, laboratórios e outros, e prestar consultoria e assessoramento técnico e especializado na área de saúde e de gestão hospitalar”. (CEARÁ, 2008a, p. 1). Assim, entre 2008 a 2016, foram firmados *contratos* relacionados à gestão dos Hospitais Regionais e das UPA estaduais localizadas em Fortaleza.

¹⁵¹Disponível em: <<http://www.isgh.org.br/transparencia/contratos-de-gestao/contratos>>. Acesso em: 15 mai 2017.

6.3.1 Gestão da saúde regionalizada em modo contratual: o engate da dimensão jurídico-legal à técnico-assistencial

No trânsito das institucionalidades do CPS e da OSS, a ênfase ao regime contratual de serviços de saúde ganhou fôlego, dando visibilidade e dizibilidade à tecnologia de gestão operada pelo engate da dimensão jurídico-legal com a técnico-assistencial. No caso da contratualização com a OSS-ISGH, o instrumento legal adotado foi o Contrato de Gestão. Já na relação com o CPS, os Contratos foram o de Rateio e o de Programa.

Os Contratos de Gestão apresentaram em sua constituição o componente de Anexos, onde foram fixados, entre outros itens, a descrição dos serviços contratados; a sistemática de pagamento; a sistemática de avaliação com metas de produtividade, identificando a quantidade prevista e executada de cada procedimento e programa, metas gerais e indicadores de saúde e de qualidade; além do plano de trabalho.

Assim, pelos Anexos, houve uma descrição detalhada dos programas e serviços de saúde contratados e dos indicadores utilizados para mensurar e certificar o produzido, em consonância com o contratualizado. Uma perspectiva que acopla a prestação de serviços à sua realização, requerendo, nesse sentido, a aplicação de instrumentos e de práticas gerenciais de avaliação, por resultado, para o prosseguimento das relações contratuais.

O primeiro Contrato de Gestão entre o ISGH e a SESA, ao final do ano de 2002, teve como objeto a operacionalização da gestão e execução, pelo Contratado, das atividades e serviços de saúde desenvolvidos pelo Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. Conforme figura seguinte, o Contrato para os anos de 2002 e 2003, estipulou, para o ano de 2002, o montante orçamentário global de R\$2.700.000,00 (Dois milhões e setecentos mil reais) e, para o ano de 2003, o valor de R\$26.054.200,00 (vinte e seis milhões, cinquenta e quatro mil e duzentos reais), destinados ao custeio dos gastos e investimentos no referido equipamento. Em 2016, todos os Contratos de Gestão, com seus respectivos Aditivos, implicaram em valores contratados da ordem de R\$649.922.322,93 (Seiscentos e quarenta e nove milhões, novecentos e vinte e dois mil, trezentos e vinte e dois reais e noventa e três centavos). De 2002 a 2016, o valor total contratado pela SESA, junto ao ISGH, foi da ordem de R\$2.493.822.374,64 (Dois bilhões, quatrocentos e noventa e três milhões, oitocentos e vinte e dois mil, trezentos e setenta e quatro reais e sessenta e quatro centavos), acrescidos de seus Aditivos.

Figura 23 - Recursos Financeiros fixados em Contratos de Gestão e Termos Aditivos entre a Secretaria da Saúde do Ceará e o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar.

Unidade de Saúde	HOSPITAL GERAL WALDEMAR DE ALCÂNTARA Objeto: operacionalização da gestão e execução, pelo Contratado, das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos.	HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI Objeto: operacionalização da gestão e execução, pelo Contratado, das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos.	HOSPITAL REGIONAL NORTE Objeto: operacionalização da gestão e execução, pelo Contratado, das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos.	UPA (3 T II E 3 T III) Objeto: operacionalização da gestão e execução, pelo Contratado, das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos.	HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL Objeto: operacionalização da gestão e execução, pelo Contratado, das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos.	TOTAL
2002 ⁽¹⁾	2.700.000,00					2.700.000,00
2003 ⁽¹⁾	26.054.200,00					26.054.200,00
2004 ⁽²⁾	30.185.397,37					30.185.397,37
2005	28.509.217,00					28.509.217,00
2006	26.862.817,00					26.862.817,00
2007	29.647.526,38					29.647.526,38
2008	29.759.307,45					29.759.307,45
2009	48.094.981,36					48.094.981,36
2010	60.560.707,38					60.560.707,38
2011	67.929.909,06	38.000.000,00				105.929.909,06
2012	72.583.796,42	65.353.100,21		40.566.659,52		178.503.556,15
2013	80.849.161,14	80.934.066,33	77.228.848,91	69.351.861,49		308.363.937,87
2014	115.699.186,72	106.427.711,73	142.627.523,86	93.609.825,03		458.364.247,34
2015	118.835.628,15	123.932.688,26	163.019.857,51	104.576.073,43		510.364.247,35
2016	121.652.314,23	134.687.164,04	188.261.824,25	188.261.824,25	17.059.196,16	649.922.322,93
TOTAL	859.924.149,66	549.334.730,57	571.138.054,53	496.366.243,72	17.059.196,16	2.493.822.374,64

(1): Os anos de 2002 e 2003 constituíram um único Contrato de Gestão.

(2): Além dos recursos aportados para o ano de 2004, acresci o valor corresponde ao Aditivo 01, feito ao Contrato de Gestão de 2002 e 2003, para uso em 2004

Fonte: Contratos de Gestão e Termos Aditivos entre a Secretaria da Saúde do Ceará e o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar¹⁵².

Em 2016, o valor total dos Contratos de Gestão correspondeu a aproximadamente 19% do orçamento estadual da saúde, aprovado pela Assembleia Legislativa do Estado do Ceará para o respectivo ano. Os expressivos investimentos financeiros, impressos nesses Contratos de Gestão, reverberaram um modo de gestão associado ao chamado terceiro setor ou ao “quase-mercado” (Costa; Silva; Ribeiro, 2000; Miranda, 2013), composto por associações e entidades de natureza privada e sem fins lucrativos, a exemplo do ISGH.

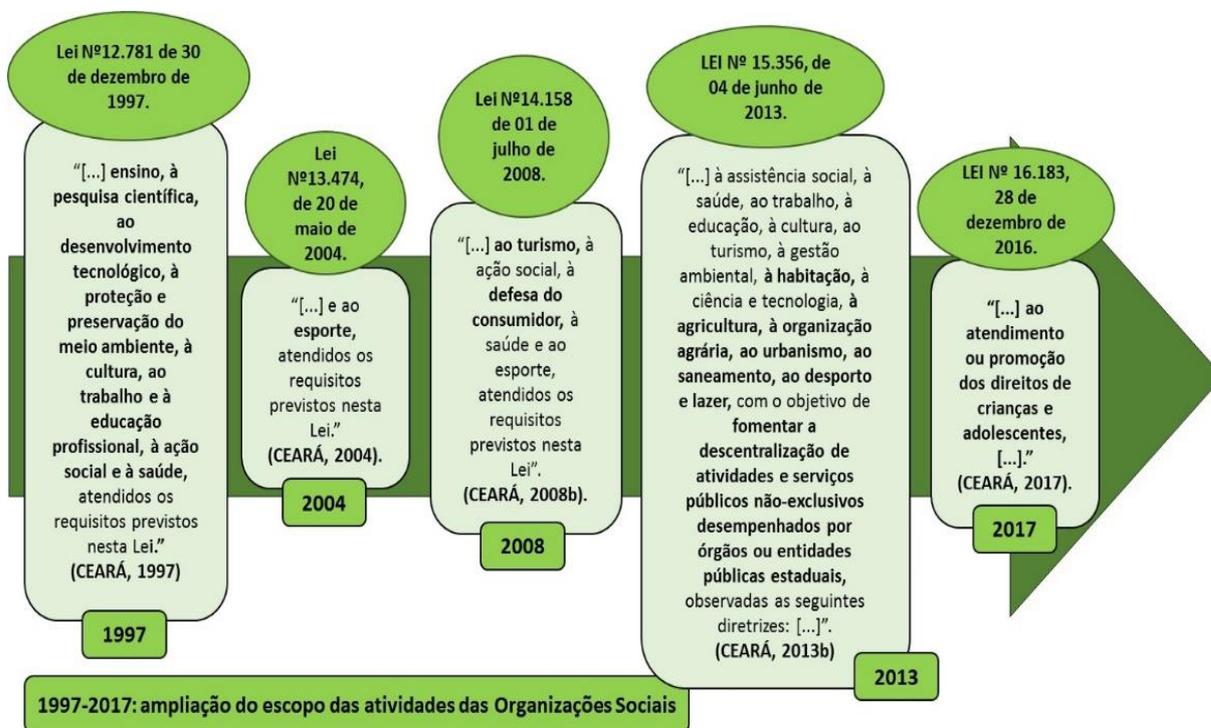
Aliás, um modo de gestão não restrito ao setor da saúde, em sucessivos governos do Ceará. Entre os anos de 1997 a 2017, a Lei estadual nº12.781/2007, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, teve seu artigo 1º alterado por quatro vezes, segundo figura abaixo. As alterações objetivaram a ampliação do escopo das atividades desenvolvidas por uma Organização Social, desde que devidamente qualificada para tal fim. Conforme a última alteração, as Organizações Sociais podem ser qualificadas para exercer as atividades relacionadas no Artigo 1º, da Lei nº 16.183, 28 de dezembro de 2016, abaixo

¹⁵²Disponível em: <<http://www.isgh.org.br/transparencia/contratos-de-gestao>>. Acesso em: 15 mar. 2017. Os valores destacados na Figura 23, correspondem ao montante contratado e especificado em cada Contrato de Gestão.

relacionadas:

Art. 1º O Poder Executivo poderá, mediante Decreto, qualificar como Organizações Sociais, *peças jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos*, cujas atividades sejam dirigidas à *assistência social, à saúde, ao trabalho, à educação, à cultura, ao turismo, à gestão ambiental, à habitação, à ciência e tecnologia, à agricultura, à organização agrária, ao urbanismo, ao saneamento, ao desporto e lazer e ao atendimento ou promoção dos direitos de crianças e adolescentes*, com o objetivo de fomentar a descentralização de atividades e serviços públicos não exclusivos desempenhados por órgãos ou entidades públicas estaduais [...]. (CEARA, 2017, p. 3, *grifos meus*).

Figura 24 - Histórico discursivo-legal da ampliação do rol de áreas de atuação passíveis de incorporação pela Organização Social: alterações do artigo 1º da Lei estadual nº12.781/1997.



Fonte: Ceará, 1997; 2004; 2008b; 2013b; 2017.

Considerando o alargamento de sua abrangência, o referido Programa ganhou força no governo do Ceará, institucionalizando tal modalidade de gestão, no campo da administração pública, de modo a normalizar o exercício de práticas e tecnologias a ela relacionadas.

No caso dos Consórcios de Saúde, houve a instituição de dois tipos de Contratos, assim compreendidos pelo gestor regional de saúde do CPS da Região de Sobral:

[...] o *Contrato de Rateio*, onde se demonstra o rateio que é o recurso financeiro que cabe a cada município e o *Contrato de Programa* que é onde a gente programa. No SUS, a gente tem a PPI e nos Consórcios a gente tem a PPC, que é a *Programação Pactuada Consorcial*. [Nela] a gente programa todas as ofertas de serviço [que será]

concedida a cada município e a Região como um todo. Este Contrato, [o de Programa] embora ele seja feito pelas unidades, CEO e Policlínica, é um documento do Consórcio Público de Saúde. *O Consórcio se compromete [...] enquanto pessoa jurídica a fornecer aos municípios àqueles serviços, onde cada município está investindo àquele recurso.* (GRS-CPS, *grifos meus*).

O Contrato de Programa compõe o leque de serviços de saúde que “[...] aquelas instituições [Policlínicas e CEO] se comprometem a produzir em termos de saúde, tantas consultas, tantos Raio-X”. (GES-NC). Mensalmente, as Policlínicas e os CEO atualizam a programação de cada especialidade e serviço de saúde, *segundo a capacidade de oferta* a ser operada no mês subsequente.

O cálculo da oferta das consultas médicas por especialidade, por exemplo, é feito “[...] considerando a carga horária do médico e o tempo de [realização] do procedimento, que varia muito de especialidade para especialidade [...]”. (GRS-CPS). Desse cálculo, é gerada a programação da cota de procedimentos destinada a cada município, mensalmente ajustada. Assim,

[...] do dia vinte ao dia vinte e três, as cotas são abertas [referindo à abertura da agenda de marcação pelo sistema informatizado], aí, ele [o operador da regulação municipal] vai colocando [as solicitações de referência – exames ou consultas] e o que for liberando a gente vai batendo palma. Vai colocando, vai colocando e o que for liberando, já vai entregando [para o usuário a guia de referência, o documento para que ele possa se dirigir à Policlínica], o que não libera [...] fica no sistema e a gente coloca nas pastas, mas está no sistema e falta liberar. Só que nem sempre a gente consegue colocar [todas as solicitações de referência] no sistema, às vezes, não tem vaga nem para inserir no sistema [e a demanda fica] nas pastas das guias de referência [...]. (GMS-RS).

Nesse sentido, a oferta é produzida pela disponibilidade médica, por exemplo, e não pelas necessidades reais de saúde que possam existir na Região, fato, este, que faz com que as *“demandas fiquem nas pastas das guias de referência”*, aguardando uma agenda que dialogue com a realidade e não com a sua representação, em torno do mecanismo da oferta programada. Não se trata de uma lógica, que perpassa somente o CPS, em suas formas contratuais, mas que atravessa o SUS em suas diferentes modalidades de gestão e institucionalidades, como indicarei na sequência deste Tese.

Em relação ao Contrato de Rateio, o critério para definição da cota financeira dos entes municipais, frente aos valores totais de custeio do equipamento de saúde, correspondeu ao percentual populacional de cada um em relação à população total da Região de Saúde. Ou seja, o critério utilizado foi o de proporcionalidade populacional, tomando como referência a população total da Região a qual pertence cada município.

Se, por um lado, houve um certo *equilíbrio na relação de uso-pagamento*, no sentido de que paga mais quem tem uma maior população e, portanto, usa mais serviço de saúde; por outro, houve uma *linearização* da oferta de serviços de saúde, mensurada pelo critério populacional e sua representação na conta do custeio do equipamento a ser paga. Dessa forma, não se considerou situações epidemiológicas, vulnerabilidades sociais, entre outras questões específicas e singulares, passíveis de existência entre os municípios.

A produção dessa ‘matemática assistencial’, um saber aplicado como prática de gestão, definiu a cota-parte respectiva à cada município-população, no latifúndio contratual das ofertas de serviços de saúde dos equipamentos geridos pelo CPS. Então, pela contrapartida municipal ‘matematizada’, era estabelecida a cota de procedimentos que cada município teria direito a fazer uso, compunha-se, assim, o duplo cota-rateio e cota-procedimento.

O valor rateado entre os municípios, em regra geral, corresponde a 60% do custeio total e o estado entra com os outros 40%. Entretanto, dependendo da situação financeira dos municípios de cada Região de Saúde, o governo estadual vem aportando mais ou menos recursos, “[...] como por exemplo, na região de Tauá, que é a mais pobre e são só quatro municípios, [então, lá] o Estado entrou com oitenta e seis por cento do custeio”. (GES-NC).

A assinatura do Contrato de Rateio apresenta uma dupla função. A primeira, refere-se à responsabilização do prefeito pela contrapartida municipal; e a segunda, a autorização de desconto automático do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), correspondente ao valor municipal devido ao CPS. Houve, assim, a instituição de uma forma legal e sistemática de financiamento das ações e serviços de saúde especializados. E isso, sem a possibilidade de ‘inadimplência’, considerando o modo operativo do desconto automático.

No âmbito da regionalização da saúde do Ceará, o instrumento contratual ajustou a distribuição do encargo financeiro, entre os entes de governo, carimbando a conta a ser paga e seus responsáveis. A conta dos serviços especializados, operados pelas Policlínicas e pelos CEO, foi compartilhada entre os municípios e o governo estadual, e a dos serviços prestados pelos Hospitais Regionais e UPA estaduais, localizadas em Fortaleza, foi assumida pelo governo estadual, por meio da SESA, com recursos financeiros próprios e do SUS. Nos Contratos de Gestão, o maior aporte financeiro vem sendo efetuado pelo estado, por meio de recursos do tesouro estadual.

Além disso, ancorado em leis nacionais e estaduais, o regime contratual, tanto pelo CPS como pela OSS, cumpriu o papel de regulamentar as responsabilidades de gestão e de

prestação de serviços públicos de saúde no território regional, à princípio, sem delegação de mando.

Na configuração constitucional brasileira, a Região de Saúde não dispõe de um ente federado específico, sendo sinalizada a responsabilidade do governo estadual, considerando tratar-se de um território incluído em sua área geográfica de abrangência. Entretanto, na prática, a responsabilidade pela gestão, investimento e manutenção dos equipamentos de saúde regionais reverbera, ainda, como uma questão que merece discussão e definição.

No caso do Ceará, pelas institucionalidades constituídas, um dos efeitos produzidos foi a regulamentação das responsabilidades de gestão, investimento, financiamento e manutenção dos novos equipamentos regionalizados. Se havia um vazio quanto à autoridade sanitária para assumir tais responsabilidades, frente à expansão da rede física de serviços de saúde regionalizada, os arranjos institucionais propostos responderam à esta questão. Uma questão, diga-se de passagem, que atravessa a agenda política dos gestores do SUS, os quais destacam

[...] a indefinição de papéis quanto à esfera responsável pela garantia do acesso a serviços de maior densidade tecnológica na região (Shimizu, 2013). Santos e Campos (2015) indicam possibilidades em modelos de gestão regional como a constituição de uma autarquia especial ou, ainda, uma entidade associativa regional, atrelando a ela o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Mendes e Louvison (2015) refletem que a discussão de uma “nova institucionalidade”, no contexto da regionalização, deve ser feita de modo a se pensar em uma reforma do Estado para “caber o SUS”, em conformidade constitucional de seu caráter público, universal, integral e de direção única. (GOYA *et al*, 2016, p. 904).

Contudo, pela experiência do município de Sobral, tratou-se de uma resposta que acabou minando o exercício de direção única do SUS, que segue o princípio prescrito na Lei 8.080, em seu artigo 7º, inciso IX, que é o da descentralização político-administrativa com direção única, em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990a). Pela condição de gestor pleno do Sistema, cabe à Secretaria de Saúde de Sobral, em seu território municipal, exercer a gestão do SUS, conferindo-lhe comando e direção únicos.

Nesse sentido, compete à Secretaria de Saúde de Sobral contratar os serviços da rede privada, existentes em seu território, para complementar a oferta programada de serviços, ambulatorial e hospitalar, tanto do SUS regional como do município de Sobral, especificamente. Em Sobral, este trabalho é desenvolvido pela

Coordenação de Controle e Avaliação [da Secretaria de Saúde de Sobral que] organiza, fazendo esse monitoramento de todos os prestadores, privados e

filantrópicos e os públicos. Então, cada prestador desse tem o seu contrato ou o seu convênio e as unidades públicas têm, também, a sua programação, a sua FPO [Ficha de Programação Orçamentária]. (GMS-RS).

Dessa forma, Sobral se compromete a viabilizar os serviços de referência pactuados na PPI, recebendo, para isso, os recursos financeiros correspondentes de cada município. Pela PPI, cada município da Região programa e compra os serviços de saúde, que serão realizados pelos equipamentos, públicos e privados contratados ao SUS, dispostos na cidade de Sobral e sob gestão da sua Secretaria de Saúde. O pagamento do contrato junto à Santa Casa de Sobral, por exemplo, para realização dos serviços para toda a Região, é efetuado pela Secretaria de Saúde de Sobral, que além desta responsabilidade, assume, também, a de auditoria dos serviços contratados.

Porém, se o papel de comando único foi formalmente mantido nas relações contratuais entre a Secretaria de Saúde de Sobral com a Santa Casa e o CEM, equipamento público municipal, o mesmo não aconteceu com a Policlínica e o HRN, considerando as modalidades de gestão operada nestes equipamentos.

No caso da Policlínica, o município de Sobral compra do CPS apenas os serviços que ele irá usar com seus munícipes, o mesmo acontecendo com os demais municípios da Região, utilizando, para isso, o instrumento da PPC. Já em relação ao HRN “[...] é outra lógica, ela não está dentro do SUS de Sobral” (GMS-RS). Isto é, as relações contratuais e de negociação não passam nem pelo gestor municipal de Sobral, nem por nenhum outro da Região, ficando restrita à SESA, em âmbito central, com o ISGH-HRN.

Nessa perspectiva, não se trata, tão somente, de resolver quem faz a gestão e paga o quê em relação aos novos equipamentos. E, sim, qual seria a “nova institucionalidade” e como ela operaria para fazer “caber o SUS”, tendo como força-guia seus princípios e diretrizes constitucionais, conforme sinalizam Mendes e Louvison (2015).

As institucionalidades do CPS e da OSS viabilizaram no Ceará a implementação da reforma do setor da saúde, sinalizando, contudo, escolhas de modalidades de gestão onde, talvez, não “caibam o SUS”, embora suas razões de existência sejam justificadas e contextualizadas por ele, SUS. *Seria assim?*

6.3.2 “É uma coisa que pode ser que sim e pode ser que não”: o ‘eterno retorno’ ao jogo da oferta-demanda e a Comissão Intergestores Regional

A prática contratual, nas relações com as novas institucionalidades aportadas, reiterou a lógica da capacidade instalada e da programação da oferta de serviços de saúde, operada na organização e no funcionamento do SUS do Ceará. Embora os procedimentos e ações dos Contratos de Gestão, entre a SESA e o ISGH, não constituam uma programação com uma cota de procedimentos explícita para cada município, a lógica de acesso ao HRN funciona pelo ordenamento de toda a sua oferta de serviços de saúde, disponibilizada ao agendamento eletivo ou para urgência e emergência hospitalar e ambulatorial.

Nesse cenário, pela camada da Região de Saúde de Sobral, perpassaram operações contratuais diversas¹⁵³, associadas à mecanismos de programação, também, variados: da Secretaria de Saúde de Sobral com a Santa Casa, instituição filantrópica-privada sem fins lucrativos, operada pela PPI; dos entes municipais e estadual no CPS da Região, via PPC; da SESA com o ISGH no HRN, pela fixação de metas e resultados a alcançar. Em relação ao CEM, a gestão é da Secretaria Municipal de Saúde, órgão da Administração Direta, sob a orientação de uma programação de oferta, estabelecida pela PPI, com procedimentos disponibilizados para a macrorregião de saúde de Sobral.

No engendramento do duplo, capacidade instalada e oferta possível, no âmbito da regionalização da saúde, ainda que nas entrelinhas, o pressuposto adotado e operado é o de ajuste e de modelação das necessidades de saúde às ofertas possíveis. Assim, a integralidade do cuidado e o acesso universal às ações e serviços de saúde são corroídos no desenvolvimento do Sistema. Vale dizer que estes princípios são constitucionalmente mantidos, como forma de representação do universal abstrato do direito à saúde, mas fraturados quando da sua real operacionalização.

Nessa perspectiva, há o deslocamento do ideário do SUS integral e universal, centrado na lógica das necessidades de saúde, para o SUS parcial e focal, operado pela racionalidade da oferta em relação à demanda. Demanda, esta, que se caracteriza como uma representação da realidade, na medida em que ela não é real, mas a modelação da realidade. Ou seja, a demanda é

[...] é, em boa medida, *as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem*. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem

¹⁵³Detive-me, aqui, aos equipamentos de saúde inscritos no escopo da pesquisa desta Tese.

outras. As *necessidades de saúde*, como vimos, podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um *vínculo (a)efetivo* com algum profissional, *a necessidade de se ter maior autonomia no modo de andar a vida*, ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. (CECÍLIO, 2001, p. 116, *grifos meus*).

Uma demanda, diga-se de passagem, muito maior do que a oferta existente, produzindo, assim, uma dupla problematização na produção do SUS: a primeira, que é a de não operar pela lógica das necessidades de saúde; e a segunda, que é a fabricação de uma demanda, dificilmente, ajustada à capacidade de oferta pública existente, engendrando, desse modo, o desequilíbrio necessário ao funcionamento do mercado de oferta e compra de serviços privados de saúde.

As formas jurídicas contratuais e os modos de acesso aos serviços de saúde, operados pelas institucionalidades do CPS e da OSS, fortaleceram esse duplo de problematização, no âmbito da Região de Sobral, inclusive, em diálogo ou não com a CIR, à princípio, posta como a instância que deveria discutir tais problemas e pactuar encaminhamentos.

O fragmento discursivo de um secretário municipal de saúde, abaixo recortado, atualizou a máquina de modelação e de restrição ao acesso aos serviços de saúde regionalizados, ritmados pelas formas contratuais.

P: Quando você tem uma gestante para pré-natal de alto risco, você encaminha para onde?

R: A gente manda para Policlínica.

P: Faz aqui [referindo à Sobral]?

R: Faz aqui, mas só com uma vaga por mês.

P: Só tem uma vaga?

R: Uma vaga por mês e aí você imagina. Muitas vezes, eu fico ligando [...], por favor, me arranje mais uma vaga. Fora da minha que está marcada, me arranje mais uma vaga para uma paciente [...], assim, às vezes eu consigo [...] Mas, uma vaga por mês é uma coisa que tem que sair escolhendo quem vai mandar.

P: Mas, você tem bem mais que isso de gestante de alto risco?

R: Tem com certeza.

P: Quando tem algum problema, uma gestante que vem sendo acompanhada normal, mas ela descobre que é hipertensa, por exemplo, você faz como?

R: A gente manda para Policlínica.

P: Mas, se essa uma vaga já estiver preenchida?

R: A gente manda para o hospital.

P: No caso qual é o hospital?

R: [cita o hospital que é sua primeira referência].

P: Eles acompanham lá?

R: Não, aí eles mandam para cá [referindo à Sobral], aqui, às vezes, a gente consegue ou para o Regional [HRN] ou Santa Casa e, muitas vezes, eles [referindo-se ao hospital primeiro de referência] *conseguem fazer com que a paciente fique sendo atendida aqui, mas não é uma coisa certa, é uma coisa que pode ser que sim e pode ser que não*. (GMS-RS; PESQUISADORA, *grifos meus*).

Nessa perspectiva, não houve visibilidade e dizibilidade da garantia universal e integral aos bens e serviços de saúde prescrita constitucionalmente. A realidade em produção foi a de um acesso restrito às possibilidades de oferta programada e de pagamento por ela. A “*escolha de Sofia*”, do gestor municipal entrevistado, mostrou-se cruel, dada as entranhas afuniladas do Sistema, mesmo diante da ampliação recente de sua capacidade instalada.

Além disso, pela *condição de programada*, uma oferta nem sempre realizada, considerando a existência de múltiplas variáveis que interferem nas relações de produção do SUS, mesmo diante da pactuação da cota de rateio e de procedimentos realizados pela PPC. Assim, “[...] em nenhum momento a pactuação é atendida cem por cento, nós não conseguimos ainda isso, então, sempre falta [...]”. (GMS-RS).

Entre os motivos, o destacado foi o não cumprimento, às vezes, da agenda de trabalho pelo profissional, gerando um “[...] espaço naquela agenda e que você não vai ter como suprir, porque o outro profissional não vai ter como dobrar o número de atendimentos, então, isso acontece”. (GMS-RS).

Da mesma forma, como nós, também, temos dificuldades nos nossos municípios [...] e, às vezes, por responsabilidade nossa, também: ou porque a gente não conseguiu inserir no tempo oportuno [referindo à inserção do procedimento no sistema para agendamento]; ou porque em algum momento, por ventura, nós não conseguimos garantir o transporte sanitário e o usuário não tinha como se deslocar por conta [própria], então, isso também acontece. (GMS-RS).

Entretanto, o gargalo maior do não cumprimento da cota programada, não estaria nas relações entre CPS-Policlínica-Municípios, instrumentalizadas pelo uso da PPC da Região de Sobral, mas nas outras programações e relações mediadas pela PPI. Em relação a PPC, “[...] as vagas da Policlínica, são excelentes, são fechadinhas e você consegue e lá não tem problema [...] a oferta é pequena, mas a oferta [que] nós temos, ela [é] real. Se eu tiver as três consultas eu tenho as três consultas e a PPI não, a PPI tem essa dificuldade”. (GMS-RS).

Talvez, o fato da Policlínica de Sobral, como as demais Políclínicas do estado, manter uma arrecadação financeira, pelo Contrato de Rateio, ajustada aos preços correntes no mercado em relação à cada procedimento de saúde, seja uma das variáveis a favorecer o cumprimento das cotas municipais e, isso, sem *déficit* na sua contabilidade. Ou seja, arrecada-se e paga-se o valor de cada procedimento, segundo o preço estabelecido no mercado.

Fato, este, algumas vezes, não passível de realização, quando das transações operadas pela PPI, cujos valores financeiros dos procedimentos de saúde, referenciados na Tabela de pagamento do SUS, encontram-se totalmente desatualizados em relação àqueles

praticados pelo mercado. Conforme gestor municipal de saúde da Região de Sobral, esta desatualização estaria influenciando na diminuição da oferta e, conseqüentemente, no acesso aos serviços, especialmente no que se refere àqueles prestados por instituições privadas de saúde, contratadas ou conveniadas ao Sistema, cuja programação é feita via PPI.

Mas assim, eu vejo que [...] a oferta está cada vez mais sendo diminuída [...] esses anos todos, eu vejo que a Tabela é impossível de se trabalhar com ela. Como é que você vai [...] para uma consulta de oftalmologia [onde] o oftalmologista [recebe] por essa consulta dez reais? [...] todos os exames que [ele] pedir para essa consulta vai ser pago, mas também com [um] preço irrisório. Então, se essa clínica, que é credenciada [ao SUS], não tiver um contrato considerável [capaz de ‘compensar’ os valores praticados], ela não tem condição de ofertar [aquilo que foi programado para que ela efetuasse]. (GMS-RS).

A participação da direção geral da Policlínica de Sobral, na reunião da CIR, para ‘prestar contas’ dos atendimentos feitos para cada município da Região, poderia ser outro fator a positivar a utilização das cotas municipais programadas. O mecanismo, em questão, refere-se ao exercício de um ‘balanço assistencial’, que relaciona mensalmente: as cotas municipais existentes; os agendamentos realizados e efetivados; os agendamentos realizados e não cumpridos; e as vagas não solicitadas. Há, assim, a aplicação de uma máquina para e na gestão das cotas de procedimentos, que busca a otimização da capacidade de oferta da Policlínica, assim como da sua produtividade mensal programada. Nessas discussões são relacionados:

[...] quantos pacientes do meu município foram atendidos em cada especialidade daquela, quantos foram marcados e voltaram, quantos não conseguiram marcar, falhas no sistema. [A partir deste levantamento] é mandado por e-mail [um relatório] e lá [na CIR] a gente discute. Por exemplo, acontece, às vezes do [meu município] ter quarenta vagas e não ter conseguido marcar onze, mas por que eu não consegui marcar onze? O problema foi do sistema? O problema foi meu, aqui, quando eu fui marcar? Porque a Policlínica, para não perder essas vagas, e como as especialidades são raras que trazem para cá, ela procura fazer tipo um banco de vagas, então, assim, eu tenho direito a tantas vagas, mas está chegando o último dia do mês e eu não utilizei, então, ela [Policlínica] oferta para aqueles outros municípios que estão na fila de espera, entendeu? Para não desperdiçar a hora médica que de qualquer maneira já está paga, o médico já está sentado no consultório [...]. (GMS-RS).

Dessa forma, as questões referentes à Policlínica tiveram maior ressonância no âmbito da CIR de Sobral, indicando que as relações eram mais fluídas e as problematizações assistenciais compartilhadas entre os secretários municipais de saúde, os gestores estaduais e àquele equipamento: “[...] toda vez que tem CIR, eles [referindo à Policlínica] vêm e quando a gente precisa, também liga, se for um erro e se a gente colocar, eles [ajustam], é uma relação bem amistosa”. (GMS-RS).

Talvez, a constituição consorciada entre entes públicos – municípios e estado, esteja potencializando o diálogo e o fortalecimento do espaço, tradicionalmente, destinado à pactuação intergestores no SUS. Porém, ainda assim, questões outras de ordem política, financeira e administrativa são postas na mesa de discussão do governador com os prefeitos, na secretaria executiva e assembleias do CPS.

Já em relação ao HRN, o jogo da oferta-demanda é, também, pautado pela gestão desta unidade, porém, com acentuada diferença, conforme pude capturar pelo funcionamento da sua emergência obstétrica.

R: A maternidade é realmente um nó, que a gente tem, em relação a superlotação da Santa Casa. A Santa Casa ela é porta aberta para obstetrícia, então, por conta, também, do histórico da resolutividade muito baixa nos municípios, todos os municípios encaminham para Santa Casa, então, a Santa Casa, por diversas vezes, ela superlota a obstetrícia e, realmente, é um caos.

P: O Hospital Regional Norte também [...] presta serviços na área da obstetrícia. Porque ele não é porta aberta nessa área, desafogando um pouco mais a Santa Casa?

R: *São acordos políticos, mesmo, que são feitos.* O Hospital Regional ele só recebe paciente referenciado, se for para obstetrícia, embora ele seja porta aberta para outras especialidades, por exemplo, pediatria, [...] mas é muito difícil para obstetrícia porque só recebe os pacientes referenciados [...] *muitas vezes, só tem o neonatologista que está na UTI NEO [do HRN] e que não pode fazer assistência ao parto. Então, assim, eles [HRN] são muito rígidos com os protocolos, por isso, é muito difícil a referência para eles. [...]*

P: Essa discussão do perfil de cada unidade hospitalar passa por onde?

R: É feita aqui em CIR, pactuação em CIR.

P: Mas, mesmo a CIR discutindo que a obstetrícia é um problema e que era importante o Hospital Regional Norte ser porta aberta, mesmo assim, não tem ressonância?

R: Não conseguiu resolução desse problema, é um problema mesmo de gestão e não seria de regulação.

P: Quer dizer, que isso já foi objeto de discussão e [...] o Hospital Regional Norte ele não abre?

R: Não. [...]

P: E como que é isso? Por exemplo, a gente tem uma Região de Saúde, nós temos a CRES que é representante do estado nessa Região, a gente tem um hospital que está lotado nessa Região e, mesmo assim ...

R: *É porque passa, além de decisões políticas, decisões também financeiras, realmente, a gente não consegue muito êxito em relação a isso. Eles [HRN] falam que não têm condições de ter o financeiro para manter porta aberta.*

P: Para obstetrícia.

R: Para obstetrícia. E não é só decisão política é também financeira.

P: E no caso, porque a Santa Casa também não deve ter condição financeira, mas mantém ...

R: Mas, a Santa Casa ela tem a questão da programação, ela recebe muita PPI dos municípios para que realmente atenda esses pacientes, então, acaba por atender.

P: No caso do Regional Norte, eles não operam com a PPI?

R: Não, não tem PPI. O Hospital Regional ele não funciona com programação.

P: Em nada?

R: Em nada.

P: Então [...] ele é mantido com recurso do estado?

R: Isso.

P: Exclusivamente?

R: Ele recebe alguns recursos federais também, mas que são geridos pelo Instituto [ISGH] que gere todo o equipamento. (GES-NR; PESQUISADORA, *grifos meus*).

Se, por um lado, o município não contribui para o financiamento deste equipamento, por outro, ele não é ‘convidado’ a participar de suas decisões de gestão, ainda, que estas ecoem na garantia constitucional do direito à saúde, cuja responsabilidade, também, é sua, na qualidade de gestor municipal de saúde e de representante de um ente federado.

Mesmo diante da extrema necessidade regional de atendimento à gestante, inclusive, discutida e atestada pela CIR de Sobral, a gestão do HRN-ISGH, pelas regras da *impossibilidade financeira, dos acordos políticos e pelo uso de protocolos clínicos e de gerenciamento*, manteve suas portas fechadas para a emergência obstétrica, sinalizando não ser a CIR a instância de pactuação em torno das questões que perpassam a gestão daquele equipamento de saúde.

Nas questões obstétricas, o que o HRN vem fazendo, em acordo com a SESA, refere-se ao atendimento das intercorrências, na gestação ou no trabalho de parto, das gestantes assistidas pela Policlínica de Sobral. Atendem, ainda, as pacientes reguladas provenientes da Santa Casa de Sobral.

Como a gente não tem uma emergência obstétrica ainda aberta, todas as pacientes que fazem pré-natal na Policlínica de Sobral e que são pacientes na sua grande maioria de alto risco e, por isso, fazem pré-natal lá, elas são vinculadas ao HRN e já tem essa ciência que qualquer intercorrência, durante a gestação ou no trabalho de parto, elas podem procurar livremente nosso serviço de obstetria e elas vão ter esse atendimento garantido. *Então, hoje a nossa obstetria funciona de forma regulada, especialmente atendendo pacientes da Santa Casa, que entraram por demanda espontânea na Santa Casa e a Santa Casa pediu transferência para cá, seja para parto normal ou parto cesariana, e além disso, as pacientes que fazem acompanhamento na Policlínica que são vinculadas ao HRN e que não necessariamente precisam ir para Santa Casa para vir para cá.* Elas já têm uma sinalização na caderneta da gestante que elas são vinculadas e a qualquer momento elas podem nos procurar. (GPS-HRN, *grifos meus*).

Trata-se de um tipo de serviço de “retaguarda” hospitalar, tanto para a Policlínica de Sobral como para as transferências solicitadas pela Santa Casa. Vale indagar, se um hospital, com a infraestrutura do HRN, deveria desempenhar este papel, importante, sem dúvida alguma, porém, bastante restrito frente às demandas regionais e macrorregionais existentes, na área obstétrica.

Inclusive, o HRN sinalizou, também, restrições à sua oferta de procedimentos ambulatoriais eletivos, especialmente nas chamadas ‘primeiras consultas’, onde, com o passar do tempo de sua atuação,

[...] muito por conta da demanda das emergências adulta e pediátrica, que consumiu a nossa agenda ambulatorial de pacientes egressos, a gente foi diminuindo a nossa oferta de consultas e exames para Central [referindo à Central de Regulação Estadual do SUS – CRESUS da Macrorregião de Sobral] e também por questões, propriamente, financeiras, e no final de dois mil e quatorze e no começo de dois mil e quinze, a gente precisou reduzir, sem prejudicar, uma demanda que já era muito grande nas emergências para o leito de internação ou tratamentos intensivos e cirúrgicos. Então, a gente acabou diminuindo, onde a gente podia tentar sem prejudicar tanto a rede. E assim, foi que a gente teve uma redução das consultas ambulatoriais para os pacientes externos, que a gente chama de primeira consulta. E hoje, as consultas ambulatoriais são muito mais de pacientes egressos, que já estiveram internados aqui e continuam o segmento ou pós-operatório ou pós uma internação a nível ambulatorial, geralmente, são três, quatro consultas pós-internação, que eles fazem no ambulatório, até que sejam encaminhados para atenção primária ou para um serviço de unidade secundária. (GS-HRN, grifos meus).

Dessa forma, pelo estreitamento da oferta das ‘primeiras consultas’ para os “pacientes externos”, o HRN teceu a escolha de atendimento das demandas dos pacientes internos e egressos, esboçando um certo ‘padrão de cobertura’ para aqueles que entraram na sua rede, porém, fechando para o ingresso de outros. Uma certa inclusão pela exclusão.

Seria isso? Ou seria possível reduzir “[...] sem prejudicar uma demanda que já era muito grande nas emergências para o leito de internação ou tratamentos intensivos e cirúrgicos”?

Em relação aos protocolos clínicos e de gerenciamento de serviços e fluxos administrativos, instituídos no HRN, seu uso foi sinalizado como uma das regras estratégicas, no jogo da oferta-demanda, por estabelecer parâmetros com efeitos na ampliação, ou não, do acesso aos serviços de saúde. Os protocolos clínicos são considerados como “[...] guias de conduta e procedimentos, desenvolvidos sistematicamente para auxiliar o médico em decisões sobre a melhor e mais apropriada conduta em situações clínicas específicas”, conforme Boxwala *et al* (2001) e Santiago, 2004 (*apud* Neto *et al*, 2009, p. 159).

Os protocolos potencializam a uniformização de condutas, mediante a padronização de situações clínicas e de gerenciamento administrativo. Sua perspectiva é a de maximização da eficiência e da qualidade dos serviços de saúde e de gestão, realizados, e da segurança, tanto do paciente quanto do profissional de saúde, pela ampliação da previsibilidade classificatória das situações e dos sintomas clínicos, e da automatização de procedimentos, sejam eles médicos ou gerenciais. Tudo deve estar, rigorosamente, sob o controle assistencial e gerencial, sendo, assim, fundamental a disposição de regras e normas, via protocolos, em normalização e naturalização das condutas, a serem adotadas.

Nas últimas décadas, a prática médica vem sendo acompanhada do desenvolvimento ampliado da tecnologia, refletindo num aumento de opções de diagnóstico e de terapêutica. *A variabilidade de conduta em função deste desenvolvimento, tornou-se motivo de atenção da categoria médica, bem como de administradores, governo e organizações financiadoras de saúde. A qualidade da assistência prestada também acompanhou esta discussão e passou a ser de assunto de extremo interesse. Para atenuar a variabilidade de condutas e garantir a qualidade da assistência prestada, surgiram algumas medidas como a implantação de protocolos clínicos* (Dent, 1999). Estas ferramentas são descritas como instrumentos designados para auxiliar os profissionais, neste caso médicos, a tomarem decisões mais complexas sobre a assistência de seus pacientes. Tais instrumentos são desenvolvidos através de uma análise sistemática da evidência científica com resultados de consensos de discussões de trabalhos de médicos especialistas ou clínicos, cabendo a estes profissionais a decisão de sua utilização ou não, a partir de um *processo de institucionalização* dos mesmos. (MAHMUD, 2002, p. 1, *grifos meus*).

Segundo profissional de saúde, que atua tanto no HRN como na Santa Casa de Sobral, uma das diferenças entre ambas as unidades hospitalares, seria a aplicação dos protocolos.

No [HRN] as coisas acontecem de uma forma controlada, [não] acontecem [por] livre demanda, tudo é sistematizado. A Santa Casa não implanta isso, a Santa Casa vai funcionando de acordo com a demanda e vai tentando fazer [no] limite, [no HRN] como *tudo é controlado, tudo é detalhadamente registrado, então, até para colher dados para pesquisa* [no HRN] *você tem uma maior fidelidade desses dados* e na Santa Casa *chega um paciente e já passa para o centro cirúrgico e já passa para cirurgia e as coisas não são bem protocoladas*. Ele vai de acordo com o exame clínico e que passa de um para outro e acontece como eu estava lhe dizendo, anteriormente, lá [Santa Casa] acontece mais [assim] e a vantagem disso, as coisas lá da emergência e centro cirúrgico, são bem mais rápidas e *numa necessidade real* você tem esse tempo ganho. Agora, as condições da Santa Casa são menores, no que tange a cirurgia segura, protocolo de cirurgia segura, protocolo de higienização, também, porque é um local mais velho e a rotatividade lá é muito alta e falta gente, então, *lá é um pouco mais precário, mas é mais ágil. Nós lidamos com esses dois polos*. (PS-HRN, *grifos meus*).

Lidar com esses dois polos: um que protocola e disciplina e controla tudo, por isso, *a cirurgia é mais segura*; e outro que vai tentando fazer no limite, onde as *“coisas lá da emergência e da cirurgia são bem mais rápidas”*, gerou em mim uma certa inquietação. Em minhas Escritas Cartográficas, nesse dia e em outros, onde a linha de cuidado em saúde pela via dos protocolos foi sendo atualizada, fiquei a indagar sobre os seus efeitos na produção do SUS e do direito à saúde.

Seria a qualidade dos serviços de saúde e a segurança da paciente, direitos inegáveis, impeditivo à ampliação do acesso e a garantia de ‘porta aberta’ na emergência obstétrica, por exemplo? Estaria o uso de protocolos burocratizando, ainda mais, os serviços de saúde, tornando-os mais lentos e excludentes? Estaria o protocolo, o controle e os registros

escritos decorrentes, produzindo dados e informações ‘verdadeiros’ e subjetividades que reconhecem e afirmam isso?

No entremeio destas interrogações e de outras, produzidas pelo campo em Sobral, a captura de que não era possível dizer “[...] que o Hospital Regional não contribui hoje [...] em termos de dar a solução para alguns problemas [...] agora, dessa forma, *ainda muito de porta fechada [...] a única maternidade para um milhão e setecentos de porta aberta é a Santa Casa*”. (GMS-RS, *grifos meus*).

Nesse sentido, o acesso aos serviços de emergência obstétrica foi atualizado como um dos problemas mais graves da Região de Saúde de Sobral, o qual não encontrou eco no HRN-ISGH, conforme discussão na CIR. As relações entre o HRN-ISGH e os gestores municipais de saúde da Região desenhou-se de forma “[...] menos próxima. Logo na implantação [do HRN], eles vieram uma vez [referindo à participação de representantes do Hospital em uma reunião da CIR] e colocaram como o hospital iria funcionar”. (GMS-RS).

Porém, na sequência, houve um certo distanciamento. “Ele [HRN] trabalha de uma forma diferente, é bem diferente do que a gente estava acostumada. Então, eles estiveram aqui e [...] depois não retornaram. Na verdade, a nossa grande ponte é a Regional [referindo à CRES para alguns diálogos com o HRN]”. (GMS-RS).

No que se relaciona aos serviços prestados, o HRN foi considerado por dispor de um

[...] um atendimento muito bom, muito bom mesmo, tanto dos enfermeiros como dos médicos. Eu estou com quarenta e cinco anos e eu nunca vi um hospital tão bem equipado, como esse hospital daqui, é a primeira vez. Primeira vez, que eu venho para cá, para Sobral, que eu estou vendo um hospital muito bom, muito bom mesmo. Os médicos são muito atenciosos, as enfermeiras, a limpeza nota dez e tudo aqui é nota dez. (U-HRN).

Mas, ainda assim, foi reiterada a dificuldade de aproximação, a “*depende da sorte*”, indicando uma certa diferenciação na relação que o gestor municipal de saúde tem com o HRN e a sua população usuária.

A minha população fala bem, *depois que a pessoa consegue entrar é bem atendido, mas a dificuldade é para entrar. Eles [...] têm uma política que ninguém consegue informação, mas assim, são bem atendidos, tem [...] uma estrutura boa, eu acho que é porque eles querem [...] não criar aquela multidão igual à da Santa Casa* e a gente tem dificuldade até de conseguir informação, às vezes, *mas eles são também superacessíveis e depende da sorte da gente*. (GMS-RS, *grifos meus*).

Portanto, as relações entre os gestores de saúde e as institucionalidades do CPS-Policlínica de Sobral e do ISGH-HRN estão sendo constituídas por modos diferenciados, com maior ou menor aproximação na discussão assistencial e nos encaminhamentos deliberados. Em ambas as institucionalidades, há o funcionamento de instâncias próprias para a tomada de decisão e condução político-administrativa da gestão das unidades de saúde sob a sua responsabilidade.

Dessa forma, os modos de gestão operados por essas institucionalidades atualizam as relações de saber-poder entre as forças políticas na produção do SUS, da Região de Saúde de Sobral, sinalizando a composição de novas fronteiras para a o seu governo-condução, certamente, não abarcadas pela CIR. No tabuleiro do SUS, com maior ou menor risco de ‘sucesso’, o jogo da oferta-demanda pode ser *“uma coisa que pode ser que sim e pode ser que não”*.

Quais seriam, então, os efeitos da associação entre a produção do SUS regionalizado, a garantia constitucional do direito à saúde e as formas jurídicas contratuais em uso intensificado no Ceará?

6.3.3 Efeitos de verdade e de normalização das relações entre Estado, sociedade e mercado

Em tempos de novas institucionalidades e com diferenciações, a gestão do SUS colocou-se como um exercício repetitivo de contagem de quantos doentes; quanto dinheiro; quantas vagas; quantas mortes; quantas operações; quantos protocolos clínicos e de serviços a seguir; quantos agenciamentos para que um ou outro ‘problema’ fosse resolvido e o acesso ao serviço de saúde assegurado. Mas também, posto ao lado, *“a depender da sorte da gente”*, dada a balança assistencial pender, excessivamente, para uma demanda não acolhida.

Nas entrelinhas dos discursos contratuais, houve a *regulamentação* não só da prática de gestão calculista para gerir os problemas de saúde da população, como também da condição de acesso restrito, regulado pela oferta de serviços e não pelas necessidades de saúde. Como efeito, os enunciados contratuais foram institucionalizados como verdadeiros, porque emanados com força de lei, ou seja, em constituição legal; produzidos por normas e saberes técnicos amparados em documentos de planejamento¹⁵⁴, mas também em saberes médicos produtores dos protocolos clínicos e de outras práticas e discursos de saúde.

¹⁵⁴Plano Diretor de Regionalização; Plano de Desenvolvimento Institucional; Plano Estadual e Municipais de Saúde; Programação Pactuada Consorcial; Programação Pactuada e Integrada; entre outros.

Dessa forma, entre os gestores do SUS e as institucionalidades contratadas, houve a *sistematização acordada* de pacotes de ações e serviços de saúde, que deveriam ser realizados, institucionalizando um ‘padrão de oferta’ não integral e não universal. O trânsito das institucionalidades, no SUS regionalizado, sinalizou *efeitos de verdade à restrição do direito constitucional à saúde*.

Paradoxalmente, uma restrição de direito operada pelo *regime de verificação* constituído, também, pelo campo do direito em sua forma contratual. Pelas regras contratuais e saberes médicos, especialmente houve a *naturalização e normalização* do direito à saúde, circunscrito ao contratado, ao regulado e ao pago; ao cálculo do factível de realização, mediante o gerenciamento econômico e assistencial das ofertas de saúde existentes, em processo de constituição de uma *gestão da saúde medicalizada com efeitos sobre como fazer a vida andar, sobre como gerir um equipamento de saúde*.

Digo *medicalizada*, considerando o uso da mesma mecânica de organização e de funcionamento, por exemplo, dos protocolos clínicos nos processos de gestão dos equipamentos de saúde, pela adoção e engrenagem de protocolos administrativos e gerenciais. Estes, os administrativos e gerenciais, são adotados e utilizados para o alcance das metas, dos indicadores, dos resultados, das cotas de procedimentos de saúde programadas, enfim, de todos os serviços de ‘gestão’, que precisam ser ajustados, padronizados e sistematizados para garantir a efetivação dos contratos firmados.

Portanto, em acoplagem da mecânica de disciplinarização e da regulação dos protocolos clínicos, nos protocolos gerenciais, que passam a ser mais requisitados frente à necessidade de implementação do que está contratualizado. Um mesmo mecanismo operacional que engrena, nas distintas áreas de trabalho – de gestão e de cuidado em saúde – a produção do SUS regionalizado. Uma máquina de *gestão da saúde medicalizada*, que disciplina os corpos, mas também regula e controla a vida e os modos de como gerir um equipamento de saúde, portanto, corpo e vida adoecidos ou corpo e vida em processo de trabalho.

Nesse sentido, a prática dos protocolos clínicos foi atualizada, compondo o controle do corpo ‘doente’ com o controle da ‘alma’ da gestão e da vida dos sujeitos, com implicação não só para a constituição de uma gestão médico-hospitalar eficiente, de qualidade e segura, mas de uma produção de pessoas e de uma sociedade eficiente, de qualidade e segura, dado o feixe de relações institucionais e sociais tecidas na fabricação da saúde.

O selo de ‘qualidade total’, mensurado pela correta aplicação dos protocolos clínicos e gerenciais para a consecução dos contratos, leia-se o ‘direito à saúde’, espelham,

então, este padrão não somente dentro da instituição, como também para fora dela, pelos efeitos que reverberam nas relações intersubjetivas e sociais. O alcance de indicadores e metas de gestão e de saúde positivos, potencializados pelo uso dos protocolos, sinalizam o deslocamento onde o “[...] cronômetro é substituído pelos indicadores e a visibilidade se desloca do corpo para o cumprimento das metas. Desqualificação da vigilância sobre o corpo, ênfase no controle sobre as almas”. (VEIGA-NETO, 2013, p. 43).

Controle, este, efetuado pela produção de subjetividades que não só aprovam, onde *“tudo aqui é nota dez”* e *“depois que a pessoa consegue entrar é bem atendido”*, como desejam tal controle para estarem seguras, *“ainda que seja difícil entrar”*, conforme sinalizado nas narrativas anteriormente citadas. Algo da ordem do inominável, principalmente, considerando a inseparabilidade, socialmente produzida, dos binômios doença e saúde, visibilizados em morte e vida.

Se, a Santa Casa, uma instituição antiga, vai ao limite, dada a extensa rotatividade de usuários e o uso pouco intensivo do protocolo; o HRN em sua arquitetura nova e arrojada, aplica intensivamente os protocolos, encarnando-os como inovação e ponte ‘segura’ para *o fazer viver*, para o exercício do ‘bom governo’ do SUS.

Assim, as verdades constituídas pela *gestão da saúde e da vida medicalizada* potencializaram a *produção de subjetividades*, que as acataram e as fizeram circular e cristalizar nas mais ínfimas relações e nos lugares mais recônditos de produção do SUS. Portanto, produção de verdade, socialmente, construída e maquinada *pela microfísica do poder-saber*.

O fragmento da história de vida de uma das usuárias, dos serviços ofertados pela Policlínica de Sobral, com quem conversei, me fizeram problematizar, ainda mais, o afunilamento do direito social à saúde, invisibilizado e indizível, dada a veracidade imposta pelo regime contratual em vigor. Problematizações em torno da produção de verdades e de subjetividades e seus efeitos na garantia, ou não, do direito constitucional à saúde. Ou seja, *em tempos de restrição contratual, o que fazer para ter acesso aos serviços de saúde não disponibilizados?*

A usuária estava acompanhando sua pequena filha adoecida. Seu relato foi entrecortado pela sua resistência, mobilizada pelo cuidado necessário à criança; pelas ofertas do Sistema, em matizes do que demorava mais ou menos e o que não era possível de acesso; pelas possibilidades postas pelo mercado da doença-saúde; e pelas práticas clientelistas que atravessam as políticas públicas sociais.

Considerando o adoecimento da filha, a mãe acessou o SUS, pelo atendimento municipal, realizando uma consulta com o Saúde da Família, em seu local de origem, e pelo fluxo intermunicipal, os serviços acordados junto ao CPS-Policlínica e regulados pelo UniSUS-Web¹⁵⁵; usou a assistência social do município, para conseguir um produto ortopédico, destinado à filha, porém, sem sucesso, dada a sua falta no serviço público, mas viabilizado em compra particular, após sua solicitação junto à primeira-dama municipal, sinalizando práticas clientelistas travestidas como política social; usou os serviços privados pelo pagamento direto por consultas e exames especializados, mediados pela recomendação de profissionais do SUS, ponderando acerca da escolha que a mãe deveria fazer sobre o que pagar e o que acessar pelo Sistema, considerando a necessidade múltipla de serviços pela criança, o que demoraria mais ou menos e a urgência do diagnóstico.

Em torno do agenciamento produzido, por essa rede de sujeitos e *microrrelações de saber-poder*, a máquina do SUS foi constituída pela atuação de diversas institucionalidades, do público e do privado, pondo em relação Estado, sociedade e mercado. Relações de *saber-poder* que atravessaram não somente as instituições, mas o *cotidiano vivo* da mãe e da filha, dos agentes públicos e privados da saúde e da assistência social, institucionalizando *modos de existência e de trabalho, práticas discursivas e não discursivas* em torno da gestão e do cuidado em saúde. Uma institucionalização autorizada, agenciada e potencializada por subjetividades, que iam tecendo a máquina de funcionamento do SUS, em aliança entre Estado, sociedade e mercado.

Em outro fragmento de vida, narrado por um gestor municipal de saúde, a perspectiva *mercadológica-empresarial* perpassou às orientações médicas em exercício de saber-poder, quando da indagação do profissional médico ao pai: “[...] *you have money?*”. A indução comercial era para aquisição de um colete ortopédico, que o pai deveria obter para o filho. Já a indução empresarial, era a de que a produção da doença-saúde não se desassocia das

¹⁵⁵Trata-se de um “[...] sistema informatizado de regulação que integra os estabelecimentos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Complexo Regulador do Ceará [...] Os complexos reguladores são compostos por uma ou mais centrais separadas por categorias, como as responsáveis por internações, consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, dentre outras. Eles ordenam o fluxo de pacientes em cada tipo de atendimento: dos mais básicos aos mais graves. Cabe aos complexos reguladores gerenciar desde a ocupação de leitos hospitalares até o controle dos limites financeiros. No Ceará, o Sistema Estadual de Regulação Assistencial é coordenado pela SESA, sendo composto por unidades operacionais que têm responsabilidades específicas. Esse sistema inclui atividades de quatro naturezas diferentes: Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação Assistencial. As atividades das três primeiras categorias são desempenhadas diretamente pela SESA. *Já as atividades específicas de Regulação Assistencial, ainda que supervisionadas pela SESA, são desempenhadas pelo conjunto de Centrais Regionais de Regulação Assistencial, divididas em três macrorregiões (Fortaleza, Sobral e Cariri)*”. (CEARÁ, 2014b, *grifos meus*). Disponível em: <http://www.ipc.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=948&catid=948&Itemid=76>. Acesso em: 31 mai. 2017.

relações entre as múltiplas empresas que operam neste ‘ramo de negócio’, sejam elas do SUS ou não. Para isso, a recomendação ‘médica’ era

[...] leve quinhentos reais que o aparelho é quinhentos reais lá na [...], quando ele chegou na [...], quinhentos reais eram só para segurar o aparelho, o aparelho era mil reais e ele [o comerciante] fazia por novecentos e cinquenta e mandou o orçamento para prefeitura e a prefeitura teve que se virar, sendo que o estado [governo estadual] dá o colete [...] Então, se o médico atende dentro do SUS [...] porque ele não encaminha para o SUS? Porque o médico que atende dentro do SUS [...] ele ainda vai mandar para o consultório particular, e mais, ele ainda disse para o pai do menino, que se com uma semana não tivesse com o colete, o menino iria ficar deficiente, que é para família ficar louca, arrumar dinheiro e comprar o aparelho ou, então, botar o prefeito na justiça. (GMS-RS).

Os ‘negócios’ entre o público e o privado atualizaram, normalizaram e regularam o modo de relações entre os sujeitos, afetando gestores, profissionais e usuários. As ‘conversas de privatização, mercadorização e empresariamento’ do Sistema, não estavam apenas nos livros, nos artigos e nas teses acadêmicas. *Elas estavam acontecendo na vida das pessoas*. De um tanto de pessoas, que ainda podia pagar por um ou por outro serviço de saúde, ou que podia ‘negociar’ com as várias ‘empresas’, postas no mercado de compra e venda de produtos de saúde. Porque me defrontei com outras pessoas, que não podiam pagar nada e que se punham à *mercê* das (im)possibilidades do Estado, que se fazia ‘mínimo’, na empreitada do direito à saúde.

Assim, a perspectiva *medicalizada, mercadológica e empresarial* do Sistema, antes virtualizada, se atualizou em dupla forma: *discursiva*, pelo regime de visibilidade e dizibilidade conferido pelas regras protocolares, contratos com distintas institucionalidades, CPS-Policlínica e OSS-HRN, ou ainda, por normas outras estabelecidas; e de *prática não discursiva*, pelo exercício de tecnologias como os protocolos clínicos e de gerenciamento, os ‘aconselhamentos’ de profissionais aos usuários, a aplicação de técnicas para o cálculo das cotas-procedimentos de saúde; enfim, as diferentes práticas de gestão e de cuidado em saúde, operadas por gestores, profissionais e usuários.

Os *efeitos de verdade e de produção de subjetividades* potencializaram o deslocamento das regras de mercado para dentro dos processos de fabricação do SUS. Processos, estes, associados ao *saber-poder médico*, que profere a verdade do diagnóstico e da urgência do consumo de um serviço, sob pena de prejudicar a saúde do outro; e engatados ao *saber-poder da prática técnica*, que indica qual *fila-serviço* anda mais rápida e aconselha sobre aquilo que deve ser feito pelo público ou pelo privado.

Diante da finitude fabricada do Sistema, dadas as corrosões neoliberais em curso, suas faces perversas se revelaram, emoldurando gestos, escolhas, orientações e agenciamentos múltiplos. Castelo Branco (2013a, p. 87), em artigo intitulado a “*Seguridade Social em Michel Foucault*”, indica que:

Para Foucault, o sistema de seguridade é finito diante de uma demanda infinita, e a estratégia de sobrevivência do sistema acaba por se revelar com muitas faces perversas; nelas, as aspirações dos indivíduos não são levadas em conta, são desprezadas, e os indivíduos são vítimas potenciais dos rigores burocráticos e de determinações puramente econômicas.

Nessa máquina de funcionamento e de organização, que preza o rigor burocrático e as determinações econômicas, o ideário da saúde como direito social foi invadido e permutado pelo direito do consumidor, considerando o processo de mercadorização da saúde, onde seus procedimentos são comprados, são negociados, são contratualizados como mercadoria de consumo. Pelo desbloqueio das relações entre o público e o privado, houve a ampliação das diferentes ofertas de institucionalidades da saúde e de modalidades de gestão para a prestação de seus serviços.

Daí os modos empresariais de gestão serem intensificados pela diversidade de empresas-institucionalidades e de suas formas jurídicas contratuais e de gestão: empresas de saúde com a administração pública direta, empresas de saúde com a intermediação de parcerias públicas, filantrópicas e privadas, com ou sem fins lucrativos.

Então, são elas, empresas-institucionalidades com diferentes possibilidades de existência, que potencializam a produtividade, mensurada por resultado e impositiva de certa *performance* de gestão a ser adotada; que sinalizam o uso de instrumentos para a avaliação permanente dos graus de eficiência, eficácia e qualidade da gestão e da prestação de serviços; que utilizam de mecanismos diversos para a magnificação das suas condições concorrenciais no mercado, portanto, concorrência entre as institucionalidades-empresas, onde, por exemplo, o valor salarial influencia na escolha de onde trabalhar.

Percebemos, por exemplo, o profissional que ele é contratado no Hospital Regional ele tem um [salário] superior ao que é contratado pela gestão pública e pela gestão filantrópica e privada também. Aí, às vezes, aquele profissional ele prefere a organização social, porque ele lá vai ganhar um [valor] muito maior. (GMS-RS).

Nesse sentido, em um mercado diversificado de ofertas empresariais, a concorrência se avoluma e ajusta as regras de funcionamento das instituições de saúde. Daí o

‘aconselhamento’, por exemplo, para fazer determinados serviços pelo público e outros pelo privado, onde no mercado público a oferta e o acesso maior se dão em relação a estes serviços, já para outros não.

Em modos regionalizados e em trânsito de institucionalidades, a governamentalidade da saúde se constituiu pelo desenho de um Estado minimizado, na sua condição de executor e responsável direto pela gestão e provisão de serviços públicos de saúde, agigantando sua condição de Estado regulador. Contudo, este exercício, o de regulação, está atravessado por dificuldades e fragilidades. No deslocamento de um Estado executor para um Estado regulador a pergunta posta foi: *E agora José?*

Não adianta, não adianta, não adianta eu dizer que eu vou controlar as vagas que estão dentro de uma pactuação prévia, de [um] acordo prévio e está dentro de um contrato, como responsabilidade minha de fazer aquela ação e eu não ter o controle disso ou ter controle só de dez por cento, porque aonde eu não tenho controle estraga. Porque [...] as unidades de saúde são complexas, então, dentro de um hospital, regula o porteiro, regula o médico, regula o auxiliar de enfermagem, regula o auxiliar de gesso [...]. Conhece o doutor e [solicita a ele um] um favor: atenda aqui, e ele atende até na calçada, [mas] não atende o que vem, às vezes, oficialmente dentro do sistema [...]. Porque se o controle for do doutor, da enfermeira, do maqueiro, do porteiro, está ruim, e hoje nós temos o quê? Essa *porta da informalidade do controle* ela é dez, vinte, trinta vezes maior do que a *porta oficial do controle* do sistema nas redes de atenção. (GES-NC, *grifos meus*).

A constituição do Estado regulador foi considerada, pelo gestor de saúde, como um desafio do Sistema, inclusive, anterior às institucionalidades do CPS e da OSS instituídas, onde “[...] o estado no seu papel de regulador, o município no seu papel de regulador, de controlador do setor complementar, essa fragilidade esteve muito presente no Pacto [referindo-se ao Pacto pela Saúde em 2006], e ao longo desse processo, quando do Decreto 7.508 [...]”. (GES-NC).

Entretanto, as fragilidades de execução regulatória vivenciadas, tanto pelo município como pela SESA, não se constituíram como impeditivos à extensão do regime de contratualização, via OSS e CPS, o qual deveria, em tese, acentuar o exercício regulatório. Assim, a regulação do acesso, como já destacado, manifestou-se como

[...] um nó crítico da regionalização, porque além de implantar ação e serviço de saúde, [...] eu tenho que ver a questão do princípio do acesso, como se dá esse acesso às ações e serviços de saúde. *Porque regionalizar não é só implantar; não é só formatar serviço, mas é fazer com que essa população chegue à esse serviço, seja atendida e seja cumprido o seu princípio de integralidade.* [...] Essa questão da integralidade ela [fica] fora dos planejamentos. (GES-NR, *grifos meus*).

Assim, em pese a positividade das medidas de ampliação da capacidade de oferta, assinalada pelo gestor municipal de saúde da Região de Sobral como “[...] um grande avanço para gente e para Região [...] coisas que não tinham e que agora têm [...]”, o rastro a ser dito-escrito-atualizado ainda é o da integralidade da atenção à saúde.

Trata-se de um princípio, ainda, não visível nos processos de reforma do Estado e do setor saúde em curso no Ceará. Contudo, não se refere tão somente à invisibilidade e imaterialidade da integralidade do cuidado em saúde, mas da *produção* de um regime de invisibilidade e imaterialidade, dado o engate aos modos empresariais de produção do SUS em tempos neoliberais. Ou seja, há intencionalidades e escolhas nos modos de como produzir o SUS e, entre elas, desenhou-se a produção do COAP na regionalização da saúde do Ceará.

6.4 “De quem cobrar o milagre”? A produção do Contrato de Ação Pública da Saúde¹⁵⁶ pela lente de seus gestores

*“[...] então, como não tinha isso muito formalizado ficava assim:
de quem é a responsabilidade?
Não, é o do município, é do estado, é da união e ficava, assim,
uma espécie de Santíssima Trindade,
que pai é Deus, que filho é Deus, Espírito Santo é Deus,
e a gente não sabe de repente de quem cobrar o milagre”.*
(GES-NC).

O COAP foi instituído pelo Decreto 7.508 (Brasil, 2011), o qual pretendida sua plena institucionalização no SUS. Sua normatividade discursiva visibilizou o desenvolvimento de uma gestão regionalizada da saúde pautada pelo uso de um instrumento jurídico formal de caráter plurilateral.

É pelo contrato que os entes federativos poderão definir, de acordo com suas realidades e no âmbito de suas competências comuns, o papel de cada um na rede de atenção à saúde, se *auto-impondo* regramentos resultantes de negociação solidária e responsável no tocante à competência comum de cuidar da saúde da população. *Trata-se de uma regulação negocial, ajustada mediante cláusulas e condições contratuais, as quais passam a exercer o papel que seria previamente reservado à lei quanto à definição, em minúcias, das competências dos entes na área da saúde.* (SANTOS; ANDRADE, 2013, p. 66-67, *grifos meus*).

Dessa forma, responsabilidades, competências e acordos sanitários deveriam ser selados entre os entes federados, conformando o exercício de uma gestão cooperada e negociada

¹⁵⁶Para informações mais detalhadas do processo de feitura do COAP no Ceará, verificar Goya *et al* (2017).

no âmbito da Região de Saúde. O COAP funcionaria como um instrumento de *autoimposição* de regramentos acordados, um instrumento jurídico com força de lei, mas também de produção de subjetividades gestoras, que deveriam nortear suas condutas de gestão segundo as negociações compartilhadas.

O COAP, eu acho que o COAP veio com uma visão muito certa, porque você está trabalhando com ações [...] de relevância social, a saúde é de relevância social, e nós tínhamos nos modelos anteriores uma coisa muito frágil que eram os pactos. *Pacto, ainda, daquela ideia do filho de bigode, [onde o] cara dizia eu dou a palavra e está dado, é um pacto e não tem nada formalizado ou cartorializado como um documento formal, que pudesse ser cobrado posteriormente as responsabilidades [...]. Então, isso dificultou muito a implementação de algumas coisas, e o COAP não, o COAP trouxe uma formalização, [sem mudar] nada da lógica da pactuação, que é tradição política do SUS a pactuação [...]. (GES-NC, grifos meus).*

Em repetição e regularidade de um modo de gestão, o modelo sanitário espelhou-se, mais uma vez, na organização federativa brasileira. Porém, desta vez, as negociações seriam contratualizadas, tendo como signatários os três entes federados e corporificando uma normatividade do tipo “*Regionalização Contratual Interfederativa*”, conforme Goya *et al* (2016; 2017).

Do ponto de vista ideal, o COAP foi pensado como um instrumento para responder, ao mesmo tempo, questões sobre como operar a regionalização da saúde, em um sistema federativo, sem um ente respectivo para dar conta da Região de Saúde; e ainda, em como promover as competências e as atribuições dos entes federados no tocante à formulação e ao desenvolvimento da política de saúde regionalizada, definições, estas, não especificadas na Constituição de 1988 e nas leis Orgânicas da Saúde (Brasil, 1988; 1990a e 1990b); e, por último, sobre como fazer tudo isso em um regime de cooperação e pactuação entre os entes.

Todavia, o fôlego político para expandir tal proposta manteve-se oxigenado, especialmente na gestão do então Ministro da Saúde, Senhor Alexandre Rocha Santos Padilha, e do seu Secretário de Gestão Estratégica e Participativa, Senhor Luiz Odorico Monteiro de Andrade, ambos, entre 2011 a 2014. A produção do Decreto 7.508 aconteceu nessa gestão ministerial, com o intenso protagonismo da SGEF, responsável pela articulação técnica dos saberes que comporiam o teor do referido Decreto, juntamente com a assessoria jurídica do Ministério da Saúde.

A feitura dos primeiros COAP sinalizou o não consenso, entre os gestores federais de saúde, quanto à sua implementação. Fato, este, sinalizado pela experiência do Ceará, em 2012, onde a elaboração do documento COAP contou com

[...] um envolvimento efetivo da equipe da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP - e [...] as outras Secretarias do Ministério da Saúde entraram nesse processo tardiamente, já quando o estado do Ceará estava apresentando todo o processo, os produtos desse processo [referindo ao documento e suas partes constituintes]. Nós já estávamos apresentando os produtos finais desse processo e foi quando as outras secretarias começaram a participar [...]. (GES-NC).

O posicionamento afirmativo do Ministro Alexandre Padilha, em relação à implantação do COAP, funcionou como a autoridade necessária para que, mesmo tardiamente, as demais secretarias ministeriais acompanhassem a finalização dos documentos das Regiões de Saúde do Ceará. Porém, a saída desse Ministro, no início de 2014,

[...] desacelerou alguns processos que já estavam sendo vivenciados no Ministério e ainda não foram retomados. Lentamente, agora essa semana, é que eles retomaram, e nós estamos com o segundo termo aditivo [aos COAP 2012-2013], no Ministério da Saúde, ainda, aguardando a assinatura do ministro. As áreas técnicas do Ministério ainda não se posicionaram em relação a isso. Nós estamos com o COAP de Iguatu lá, também, para ser assinado pelo ministro e estamos com o COAP da Região de Fortaleza para o governador assinar [referindo às Regiões de Saúde que não assinaram o COAP em 2012]. (GES-NC).

A contratualização pelo COAP não contou com recursos financeiros adicionais, como um incentivo para os municípios e estados signatários, contrariando, assim, uma prática não discursiva do Ministério da Saúde, que é a de estimular, pela via financeira, ações de governo consideradas estratégicas. Talvez, a disputa política pela implementação ou não desse instrumento jurídico-legal tenha contribuído para isso, reiterando o exercício da *microfísica do poder*, ou seja, as relações de poder estão diluídas por entre os diferentes sujeitos e secretarias ministeriais. Assim, a lógica do COAP foi a de que

[...] não teria dinheiro novo a priori, teria dinheiro depois da identificação dos vazios assistenciais [referindo à inexistência de serviços de saúde em uma ou outra Região], assim, com as ações identificadas se cobre os vazios, que é a estória do PDI [Plano de Desenvolvimento Institucional], que ficou como recursos [financeiros] a identificar e que até hoje nunca se fez [no sentido de não ter sido viabilizada a alocação de recursos financeiros decorrentes da adesão ao COAP ou para implementá-lo]. (GES-NC).

A experiência de implantação do COAP no Brasil, até 2016, manteve-se restrita aos estados do Ceará, com 22 Regiões de Saúde, e do Mato Grosso do Sul com quatro, totalizando uma adesão de 5,5% das Regiões de Saúde estruturadas no país. Por estes sinais quantitativos, a aposta na desarticulação do COAP, o qual deveria ser nacionalizado, constituiu-se como força hegemônica no cenário de organização e funcionamento do SUS regionalizado.

Diante disso, quais as condições que teriam possibilitado ao Ceará uma adesão de 100% das suas Regiões de Saúde ao COAP?

6.4.1 “O estado do Ceará é como [um] soldado”: da ‘costura’ técnico-política à institucionalização do COAP

Na regionalização da saúde do Ceará, duas questões foram centrais para a institucionalização do COAP. A primeira, referiu-se à tradição histórica do estado na descentralização da política de saúde, com forte ênfase na regionalização, onde, ao sair “[...] uma determinação organizativa, através de uma portaria, de um decreto ou de um ato qualquer de quem compete a organizar o SUS, que é um setor federal, *o estado do Ceará é como soldado [...]*”. (GES-NC, *grifos meus*).

A outra, estaria vinculada à operação técnico-política realizada, especialmente pelo então Secretário de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde e reiterada pelo Ministro, em um esforço conjunto de convencimento do governo do Ceará.

Muita gente critica o Ceará [...] sempre precipitado, não sei o quê. Eu acho que não, *eu acho que existiam condições históricas e atuais*, eu acho também que [...] [referindo ao então Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde à época], ele, nessa posição, ele contribuiu muito, o entusiasmo dele com a força política junto ao governador. Eu acho difícil, naquele momento, se não fosse a presença [dele, Secretário da SGEP], eu acho difícil ter ocorrido, então, ele puxou, ele veio várias vezes aqui, viajou para o interior, mesmo com a dificuldade das funções dele, viajou e teve essa disponibilidade, foi as Regionais todinhas, o COSEMS mobilizou essas Regionais [...] E esteve, aqui, muitas vezes, acompanhando, mandando a equipe dele [...]. (GES-NC).

Tais condições positivaram a decisão do governador e de seu secretário de saúde, à época, para aderir à proposição do COAP, sinalizando a constituição de uma decisão

[...] das três esferas de governo. A APRECE [Associação dos Prefeitos do Estado do Ceará] participou ativamente nesse processo de decisão, o governo do estado e não somente os secretários [municipais e estadual]. Isso foi uma decisão do governador com a direção superior da Secretaria e o Ministério de Saúde, o próprio ministro e o secretário de estado buscaram uma estratégia participativa, que tinha um interesse do estado aderir a esse processo, então, foi uma *decisão política*. (GES-NC, *grifos meus*).

Para dar conta dessa decisão política, no ano de 2012, “[...] a prioridade de todas as ações da Secretaria de Saúde, como demanda para as regionais [referindo às CRES], seria a construção dessa agenda do COAP”. (GES-NR). No âmbito regional, as CRES “[...] foram um motor propulsor da mobilização dessas assinaturas do COAP [...]” (GES-NC), conferindo aos

coordenadores e suas equipes o exercício de funções técnico-políticas na Região de Saúde. Uma “[...] batalha para fazer adesão dos municípios, era o nosso papel [...] foi dado um norte pela Secretaria de Saúde, através da Coordenadoria de Políticas de Saúde, e nós começamos como *soldados* a trabalhar”. (GES-NR, *grifo meu*).

A experiência, pioneira no Brasil, constituiu um aprendizado tecido à luz de “[...] noites e noites de trabalho” (GES-NR), onde “[...] não há um técnico dentro daquela Regional de Saúde que não saiba que existe um COAP porque *a palavra do dia, a tônica de todos os dias, a tônica de vários meses foi o COAP*”. (GES-NR, *grifos meus*).

Assim, o cumprimento da agenda de institucionalização do COAP foi efetivamente assumido e realizado pelas CRES, sob a gestão central da Coordenadoria de Políticas de Saúde e da Coordenadoria das Regionais de Saúde da SESA. O comando e a feitura do documento COAP foram dos gestores estaduais de saúde, em parceria com os gestores municipais de saúde. Uma vez finalizados, os Contratos constituíram documentos volumosos, em média, com mais de 300 páginas, chegando até a 500 páginas, ou mais, em alguns casos.

Além de volumosos, a produção do COAP implicou na adequação de instrumentos já utilizados e na proposição de outros que integrariam o Contrato, os quais ainda não estavam dados, ou melhor dizendo, “[...] não estavam atualizados e não existia nenhum suporte nacional na construção desses instrumentos, é tanto que agora o mapa da saúde ainda está em discussão como instrumento”. (GES-NC).

O exercício do fazer apontou para o ‘desconhecimento’ do ‘como e por onde fazer’, que o Decreto 7.508 e outras normativas, inclusive as Resoluções da CIT, à época, não deram conta do ponto de vista de sua elaboração prática, onde “[...] o esboço do COAP não tinha os instrumentos, como é que vou colocar isso, a planilha tal, como é que vou colocar os indicadores, qual é a tabela que eu vou suar [...]”. (GES-NR). Esse ‘desconhecimento’ produziu *stress* à sua elaboração:

[...] a gente quase morre, nós passamos mais de um ano sem direito à férias, ao sábado, domingo, feriado, tudo, porque não existia [um] exemplo [de como fazer], era o primeiro do país, então, a gente recebia as orientações e ia para Região construir com os municípios e trazia para o estado [SESA] e, quando chegava, no estado, o COSEMS ou o pessoal lá do Ministério da Saúde discordava e a gente voltava e desfazia tudo e ia fazer de novo, esse fazer e desfazer foi muitas vezes, muitas vezes mesmo. Não, fica melhor assim, não, é melhor condensar, não, é melhor descritivo. (GES-NR).

Em relação aos gestores municipais de saúde, à luz das narrativas dos secretários da Região de Saúde de Sobral e dos gestores estaduais entrevistados, a participação aconteceu pela sua presença, em reuniões estaduais e regionais, como também por meio da representação

do COSEMS-CE. O espaço de articulação para a feitura e pactuação do COAP foi a CIR de cada de Região de Saúde. Em 2012, a pauta dessas Comissões foi intensificada pelas discussões e encaminhamentos relativos à produção do COAP, com desdobramentos de encaminhamentos para cada município e para as comissões de trabalho regionalizadas.

A gente começou indo à Fortaleza e foi na época em que o doutor [referindo ao secretário da SGEP à época] trouxe o pessoal e apresentou. Fez aquela primeira grande apresentação do que seria o COAP, como é que o COAP tinha [funcionado] no estado de Sergipe¹⁵⁷ [...] e, então, foi assim: primeiro vendo, conhecendo, recebendo aqueles livros sobre o COAP e fomos estudando. Aqui [referindo ao seu município], eu reuni o colegiado gestor [...] fizemos uma apresentação do que era o COAP, [a partir] de uma apresentação do Ministério da Saúde [...]. Discutimos algumas [questões], tirando as dúvidas e quando fomos pactuar, nós pactuamos por pedaços [...]. O que era em relação a vigilância à saúde, o município [...] chamou a vigilância ambiental, a vigilância epidemiológica, a vigilância nutricional, chamamos todas as vigilâncias, sentamos e pactuamos juntos. O que era da assistência, chamamos todos da assistência. O que era da atenção básica [...]. Fizemos por grupo e depois [fizemos] uma apresentação geral para todo mundo, porque eles [referindo aos profissionais de saúde] tinham que saber qual era a meta que estavam trabalhando, ali, para atingir. (GMS-RS).

A tônica de discussão local foi a de construção de metas e de indicadores respectivos, que comporiam as responsabilidades municipais e regionais, respectivamente, pelas metas individualizadas e pelas metas solidárias pertinentes à cada Região de Saúde. Em relação ao alcance das metas solidárias, estas se apresentavam em dependência de cada município cumprir sua meta individual, o quê reverberaria no resultado regional. As metas indicadas, representando as responsabilidades dos municípios e da Região, assim como os outros documentos municipais, que iriam compor o COAP, deveriam ser aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Conforme relatado pelos gestores estaduais e municipais de saúde da Região de Sobral, houve uma indagação inicial sobre o caráter jurídico-contratual do COAP, onde “[...] teve algumas pessoas, que tiveram medo e que não sabiam, [...] amedrontando: você assinou aqui, você vai responder judicialmente”. (GMS-RS). Ou ainda, “[...] logo que o COAP saiu: vamos assinar o COAP e quem não cumprir vai ser preso? ”. (GMS-RS).

A perspectiva contratual levou à inserção dos procuradores municipais na discussão do COAP. A assunção de responsabilidades individuais e solidárias, entre alguns prefeitos municipais, gerou, também, “[...] um certo medo, receio [...]” (GES-NR), quanto às possibilidades de judicialização em torno de compromissos e responsabilidades não cumpridas.

¹⁵⁷O estado de Sergipe havia desenvolvido uma experiência inicial de contratualização, entre entes federados, que apoiou a proposição do Decreto 7.508 e do COAP.

Assim, o movimento de adesão ao COAP do Ceará mobilizou a Confederação Nacional dos Municípios (CNM), que atuou no sentido de evitar que os prefeitos o assinassem, alegando possíveis implicações legais decorrentes de sua natureza contratual.

[...] nós tivemos problema no COAP foi na assinatura, nós passamos acho que quase nove meses trabalhando e nenhum secretário, município, sinalizou que não ia assinar, quando foi no final, o município [...] disse que não ia assinar [...]. Então, a gente fez todas as estratégias, conversamos [...], então, o estado conversou [...]. Porque a gente fez uma reunião com os procuradores municipais para mostrar o que era o COAP, como [alguns] diziam [sobre as possibilidades de] penalidades [...], o procurador do município entrou em contato com a CNM, lá em Brasília, eles [a CNM] disseram [...] que não assinassem, [...] a CNM, no dia da assinatura [do COAP], estava mandando mensagens para os prefeitos não assinarem e isso gerou uma certa confusão, mas, no final, [todos] assinaram [...], depois de muita sensibilização. (GES-NR).

Contudo, apesar de forças contrárias, como a CNM, em agosto de 2012, houve a assinatura pública e simbólica dos COAP do Ceará, pela finalização de sua feitura por quatro Regiões de Saúde do estado. Entre os meses de outubro e dezembro de 2012, os extratos dos Contratos de 20 Regiões de Saúde haviam sido publicados no Diário Oficial da União. O COAP estava, então, legalmente institucionalizado na regionalização da saúde do Ceará. (CEARÁ, 2012c). E até 2014, eram 22 Regiões de Saúde devidamente contratualizadas pelo COAP.

Hoje, ano de 2016, os secretários municipais de saúde atualizaram o uso do COAP, como uma linha de argumentação nos processos de judicialização da saúde, contrariando as preocupações iniciais e positivando seu caráter contratual. Segundo narrativas de alguns gestores municipais de saúde,

[...] algumas coisas do COAP, na parte de responsabilidade, [...] a gente já precisou citar, em algumas respostas de demanda judicial, de quem é a responsabilidade, principalmente, de medicamento [...] de alto custo, [onde] quem compra é o estado, às vezes, eles [o Ministério Público] desviam essa notificação, essa ação do município para o estado. Acontece desse jeito. (GMS-RS).

[...] um dia desses eu recebi uma intimação, um mandado de intimação, que me dava trinta dias, para que eu garantisse ao usuário uma artroplastia total de quadril, sendo que esse procedimento nem na nossa Região é realizado, só é realizado em Fortaleza. *E aí eu fui e conversei com a juíza sobre isso, mostrei o COAP, aliás, mostrei não, porque não houve interesse dela em ver. Falei sobre o COAP, disse toda a legislação que regulamenta – doutora, isso não é responsabilidade do município e eu não tenho como garantir isso. A nossa parte a gente está fazendo que é a de inserir no sistema, estar monitorado, mas o agendamento, a garantia desse procedimento não é minha.* (GMS-RS, grifos meus).

Ao dar o nome do deus, ao pai, ao filho ou a espírito santo, o milagre, referido na responsabilidade de realização de um serviço de saúde, conforme fala do gestor estadual que

abriu esta subseção, em tese, poderia responder melhor à efetivação do acesso, ainda que o caminho administrativo se esticasse um tantinho a mais, dadas as questões de judicialização da saúde.

A atualização em curso, pela linha de constituição do COAP, fortalece a burocratização judicial do acesso à um bem e serviço de saúde, prescrito como de direito, configurando, também, pelo desfinanciamento da saúde pública, o prolongamento da promessa e *do milagre*, em torno do regime integral e universal do SUS.

Em tempos de uso generalizado dos instrumentos de contratualização, encarnados nas formas do COAP, do Contrato de Gestão e dos Contratos de Rateio e de Programa, entre outros, a linha em atualização, talvez, seja a de que as *pelejas judiciais*, como já acontecem, poderão vir a associar, ou não, o ente federado ao seu parceiro contratual.

Assim, a judicialização da saúde incorporaria, como sujeito responsável, o duplo Estado e institucionalidade, ou apenas o Estado, ou apenas a institucionalidade contratada pelo Estado, para gerir e prestar serviços de saúde. *Isso poderia vir a acontecer? Estaria em vias de atualização, dada a intensificação das parcerias para a gestão de equipamentos e de serviços de saúde?*

Tanto em um modo quanto em outro, estaria em processo a desresponsabilização do Estado pela garantia do direito constitucional à saúde. Inclusive, mesmo em operação do COAP, onde um ente federado transfere ao outro o cumprimento de determinado serviço de saúde. Afinal, o COAP designa e especifica responsabilidades individuais e solidárias.

6.4.2 Quando o “tempo político” é sufocado pelo “tempo técnico”: é possível (re)organizar o Sistema em aditivos contratuais junto ao COAP?

A produção do COAP aconteceu em concomitância às eleições municipais, em 2012. Este fato trouxe a necessidade de agilizar sua feitura, considerando as negociações políticas com os prefeitos e os secretários municipais de saúde, com a direção da APRECE e do COSEMS-CE, os quais já acenavam favoravelmente a sua implantação. Assim, antes das eleições municipais, tratava-se de garantir sua assinatura e publicação oficial.

A ideia circulante era a de fazer “[...] porque o momento político é este, se não fizermos agora talvez não consigamos fazer amanhã, então vamos fazer e depois a gente adita, faz um aditivo e ajusta o que precisar, *então, recupera o momento técnico num aditivo*”. (GES-NC, *grifos meus*).

Nesse sentido, o COAP teria vindo a “*a toque de caixa*” com uma “*data X para ser finalizado*”, configurando um processo que não dispôs de tempo para qualificar e aprimorar os instrumentos construídos “[...] porque não tínhamos *tempo político* [...] o tempo político que foi dado era muito pequeno em relação ao *tempo técnico* de construção dos instrumentos para dar base a esse Contrato”. (GES-NC, *grifos meus*).

A supremacia do momento político sobre o momento técnico gerou problemas centrais relacionados ao desenvolvimento do COAP, considerando a relação entre alguns instrumentos técnicos e a consecução das responsabilidades nele estabelecidas. O primeiro deles, referiu-se à manutenção e ao uso da PPI em curso. A PPI é um instrumento da regionalização da saúde, cuja lógica de prestação de serviços de saúde acontece segundo a capacidade instalada, que orienta a alocação intermunicipal de recursos financeiros e o fluxo de referência pela programação da oferta.

O segundo problema, em diálogo com o primeiro, foi a não atualização do CNES, constituindo uma oferta e uma capacidade instalada irreal, “[...] porque muito do que está lá como verdade, no Cadastro Nacional de Estabelecimento do SUS, não é verdade [...]”. (GES-NC). *Como, então, realizar uma PPI com uma oferta e capacidade irreais?*

A questão da PPI foi reverberada como sendo “[...] uma PPI que a gente sabe que não funciona” (GES-NR), uma PPI que “[...] a gente tinha que reformular, tinha que fazer algumas alterações e não tinha dinheiro novo [...] e os municípios só alteraram poucas coisas [...]” (GES-NR). Tratou-se de um problema antigo do Sistema, revisitado quando da feitura e operacionalização do COAP, tendo sido recorrente o sentido de que

[...] a PPI ela é desrespeitada pelo município grande e pelo município pequeno. O município pequeno, quando ele manda usuários que não estão dentro da PPI para procedimentos no município grande, como o município grande, ele assume a responsabilidade de atender as referências e, muitas vezes, deixa de atender, muitas vezes mesmo, embora esteja na PPI, mas a PPI ela não é cumprida ou é cumprida de forma muito incipiente. (GES-NR).

Agregado à PPI, o problema de que “[...] com esse contrato não foi acrescido recurso financeiro. Essa é a dificuldade, devido uma Tabela muito defasada [...] que não tem a mínima condição” (GMS-RS). A desatualização da Tabela de pagamento do SUS foi, também, indicada como algo recorrente. Porém, sendo a Tabela desatualizada, os valores transferidos, em tese, acabam sendo insuficientes para cobrir a programação da oferta de serviços estabelecida na PPI. Mesmo, assim, a máquina das pactuações permanece rodando de modo

a constituir um jogo, onde seus participantes mexem as peças mesmo sabendo que algumas rodadas estão plenamente perdidas.

A gente percebe que os próprios profissionais eles não estão mais querendo trabalhar pela Tabela SUS, eles não querem operar pelo valor de Tabela. Eu não consigo garantir para ninguém do município uma cirurgia de amígdalas [...] e não é por outro motivo, se a gente conversar com o otorrino ele vai dizer que é por conta do valor da cirurgia. Então, a gente tem essa dificuldade e a gente consegue esse mínimo de organização que a gente tem hoje, permitindo uma visibilidade muito grande, apesar de todas as dificuldades de Sobral. Eu considero Sobral um grande parceiro, ele assume uma responsabilidade muito grande na regionalização e deve ter um custo muito grande para ele [...] Se eu for ler [a PPI] e não olhar o todo, eu vou entender que ela, [a Secretaria de Saúde de Sobral], tem que garantir, porque quando eu pactuei com ela, que eu tive uma reunião e que eu assinei a minha responsabilidade e que ela assinou a minha participação, a minha PPI, a minha Programação Pactuada Integrada, ela disse para mim que ia garantir, que todo mês eu ia ter cinquenta consultas de oftalmologia e ela não se preocupou em repugnar [...]. Então, vendo ao pé da letra, eu entendo que eu teria que entrar em um debate [...] mas quando eu vou compreender o processo como todo, tem que perceber que não dá e que essa discussão precisa ir adiante. Eu poderia cobrar de Sobral [...], se tudo fosse justo. Se o financiamento fosse justo, se houvesse, talvez, além do financiamento, recursos humanos e todas as especialidades. (GMS-RS).

Outra narrativa de um gestor municipal de saúde da Região de Sobral, reiterou a inoperabilidade da referência intermunicipal, demarcando a corrosão das pactuações em curso e assinalando as relações de poder-saber exercidas pelos profissionais, especialmente médicos que se negam a prestar serviços para o SUS valorados pela sua Tabela.

É uma luta muito grande que a gente tem e que já faz muito tempo em relação as cirurgias ortopédicas que [...] estão paradas. *Tem paciente lá no município que está acidentado e não tem condições, tem paciente que já criou um calo ósseo e não tem mais jeito de fazer e já morreu e a gente não consegue fazer isso, não consegue [...]*

P: E a referência para você nessa área ortopédica é aonde?

R: Sobral, mas Sobral não está fazendo.

P: Qual é o hospital?

R: Santa Casa. Mas, [segundo a Secretaria de Saúde de Sobral], porque os cirurgiões ortopédicos não querem operar pela Tabela do SUS que é um valor mínimo, então, eles não fazem, fazem particular, se a pessoa tiver dinheiro para fazer, faz a cirurgia [...].

P: Mas tem um recurso seu que é para essa área na PPI?

R: Tem [e] que vem para Sobral.

P: Mas você não consegue o acesso?

R: Não, nenhum município consegue.

P: E esse repasse fica aqui?

R: Fica aqui [...] porque realmente os cirurgiões não querem fazer pela Tabela do SUS, eles não fazem. [...]

P: Mas o seu paciente não é atendido aqui?

R: Não. Inclusive tem outra coisa, vou dar um exemplo aqui para você. Uma especialidade de neurologia, por exemplo, eu tenho pactuado trinta consultas, por mês, eu consigo sete, no máximo, o que eu consigo é sete, então quer dizer, as vinte e três consultas não consigo.

P: É para onde neurologia?

R: Sobral, tudo é Sobral.

Nessa perspectiva, a PPI utilizada, em algumas áreas clínicas, acabou não dando conta, como já não vinha dando. Assim, mesmo com o COAP, a lógica do SUS regionalizado permaneceu rodando pela oferta programada, insuficiente e irreal, com valores da Tabela totalmente defasados. A realidade se constituiu, tanto pelo cumprimento de coisas pactuadas como pelo não cumprimento. Um contrato novo, porém, sem efeito real na garantia do acesso à saúde. Afinal, “[...] muitos profissionais recusam a trabalhar pelo SUS, *recusam a vender o seu serviço pelo COAP-SUS*”. (GMS-RS, *grifos meus*).

Ao ler essas narrativas, indaguei sobre as diferenças entre o COAP e os contratos efetivados com o CPS e a OSS-ISGH, no âmbito da regionalização da saúde do Ceará. O COAP é um contrato entre os três entes federados, que tomou como base para contratualização a PPI. No CPS, os entes são o estado e os municípios, operado pela PPC. Já o HRN, as relações contratuais são entre o estado, representado pela SESA, e a OSS, encarnada no ISGH, sem programação da oferta, com a disponibilização de serviços em metas e resultados esperados.

Do ponto de vista da vinculação entre a dimensão jurídico-contratual e a dimensão assistencial, O COAP não apresentou potência de realização dos acordos feitos, mantendo a máquina do SUS danificada pela engrenagem da PPI. *Uma carcaça nova para um motor avariado. Uma proposta que se constitui esvaziada de força política e de recurso financeiro.*

Ainda sob este ponto de vista, tanto o CPS como a OSS-ISGH, mostraram-se como institucionalidades que encarnaram a ampliação da oferta real, na Região de Saúde, embora caracterizando uma oferta, ainda restrita, direcionada, calculada e contada. Mas algo da ordem do bem-vindo, frente às necessidades da população cearense. Todavia, referindo-se à institucionalidades adequadas ao projeto político neoliberal de reforma do setor saúde. Portanto, carcaças novas em motores ‘empresariados’, rodando pela PPC e pela disponibilização de serviços-metas ajustados aos protocolos clínicos e de serviços.

A elaboração do COAP atualizou, então, o não enfrentamento de questões primordiais, relacionadas à organização do SUS em modo regionalizado. Dessa forma, *problemas estratégicos* para o seu desenvolvimento foram (re)visitados e atualizados: o financiamento insuficiente associado à desatualização da Tabela de pagamento do SUS; a organização e o funcionamento do Sistema em redes de atenção à saúde; a regulação em saúde; entre outros. Uma ordem de problemas, cuja condução requeria não apenas o esforço local, regional ou estadual, mas um esforço de implementação de uma macropolítica de saúde.

Mesmo assim, para alguns gestores estaduais de saúde, a experiência do COAP teria fortalecido a regionalização, considerando que

[...] foi nesse momento da construção, vamos dizer, do instrumento formal, escrito,

que a gente trabalhou muito, eu acho que fez o repensar da região [...] Fez a gente pensar nas nossas potências, pensar nos desafios, nas redes assistenciais, e fez, principalmente, a gente pensar onde a gente quer chegar. (GES-NR).

Já para outros gestores, o COAP seria um documento como tantos já feitos, apontando para as limitações e frustrações experimentadas em momentos anteriores de operacionalização da política de saúde:

[...] por enquanto o COAP ainda é um instrumento cartorial [...] a coordenadoria regional acredita no COAP, mas não tem conseguido sensibilizar de forma efetiva os gestores municipais, eles se dizem cansados, descrentes do processo, acham que é mais uma norma operacional que não deu certo, mais um projeto que vai ficar no papel [...]. (GES-NR, grifos meus).

Entre os diferentes sentidos que a produção do COAP constituiu, houve a sinalização de que “[...] ainda existe e a gente não pode deixar de reconhecer isso, *uma distância entre o que está pensado e o que está sendo feito* [...]”. (GES-NC, grifos meus). Algo da ordem que tem “[...] *um SUS real e tem um SUS ideal*”. (GES-NR, grifos meus).

Nessa perspectiva, uma realidade que ainda está a requerer processualidade para além da instituição formal, ou *cartorial*, de um regime contratual. Mesmo porque, a experiência vivida apontou a impossibilidade de ajustar a organização e o funcionamento do SUS regionalizado por meio de aditivos contratuais.

Considerando que outras formas contratuais e práticas de mercantilização, privatização e empresariamento da saúde atravessam a produção do SUS, na Região de Sobral, a seção seguinte, adentra em alguns processos da Santa Casa de Sobral, os quais sinalizam, também, o afunilamento do direito à saúde e a expansão do uso do pagamento direto de serviços de saúde, inclusive, alguns indevidos.

6.5 A prática do “contribuinte” e de outros modos de relação entre o público e o privado: processos institucionalizados na Santa Casa

O “*plano do contribuinte*” ou o “*plano econômico*”, ofertado pela Santa Casa de Sobral, atravessou o estudo desta Tese, na primeira vez que adentrei aquele hospital. Foi na sala do Acolhimento com Classificação de Risco¹⁵⁸ (ACCR), onde ouvi sobre a possibilidade de

¹⁵⁸A sala de ACCR da Santa Casa de Sobral, a qual me refiro, nesta Tese, é a que se localiza junto ao serviço de emergência e urgência que recebe paciente poli traumatizados, portanto, não engloba as pacientes de obstetria, que dispõe de outro serviço de emergência e urgência.

acessá-lo em casos de urgência, onde não era possível, ao usuário, esperar pela marcação de um procedimento ambulatorial especializado. Nesse momento, a ideia que me foi passada era a de um pagamento reduzido, em comparação com o valor de mercado. Um serviço disponibilizado pela Santa Casa de Sobral como uma *“parceria com o SUS”*.

À época, meus sentidos ficaram atentos para seguir a *linha do contribuinte*, que se atualizava na habitação da Santa Casa de Sobral. Digo atualização, considerando que esta prática já acontecia desde minha passagem pela Secretaria de Saúde de Sobral, entre 1997 e 1998, momento em que participei de muitas discussões ‘calorosas’, em torno dessa modalidade de acesso, que acontecia em paralelo ao atendimento SUS. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 27 jun. 2016).

No início dessa modalidade de acesso, havia muitas reclamações que chegavam até a Ouvidoria da Santa Casa, onde os usuários alegavam o não atendimento pelo SUS, mas a sua realização quando pago. Mas se tratava de um *“serviço opcional”*. Segundo anotação em minhas Escritas Cartográficas, as reclamações acabaram por se esvaír, sendo substituídas, atualmente, pela falta de leitos, indicando que sua prática sistemática acabou normalizando-a e naturalizando-a, dando vazão a outros problemas.

Mas o que seria mesmo o “plano no contribuinte”? Como ele funcionava? Quais as relações entre este plano e o SUS? Seria possível separar o que era serviço SUS do que era serviço pelo contribuinte em um mesmo equipamento de saúde?

O *serviço do contribuinte* foi instituído na Santa Casa de Sobral à época da municipalização da saúde, quando os municípios, em gestão plena do Sistema Municipal (Brasil, 1996), obtiveram a prerrogativa de receber todos os recursos financeiros de transferência do SUS, inclusive, aqueles destinados aos prestadores conveniados e contratados. O município passou a pagar os serviços de seus contratados e, estes, deixaram de receber os recursos financeiros correspondentes, diretamente, do Ministério da Saúde.

O que foi essa saída [de estar] cobrando há muito tempo? Porque na época que a saúde foi municipalizada, muito médico pretendia sair [da Santa Casa], porque o dinheiro, você sabe que antigamente vinha direto para as instituições. Mas o que aconteceu, como o médico iria sair, e nessa época o nosso diretor era o Padre José Linhares [...], ele criou esse plano econômico, que era uma saída que o paciente tinha para ser atendido [...] porque houve a municipalização e os médicos tinham saído, não queriam atender só pelo SUS. Porque, antigamente, eles trabalhavam com a carteira assinada, quando foi municipalizado, o dinheiro vinha para o município, como [ainda acontece] hoje em dia, vem para o município e o município passa para Santa Casa [...] assim, não deu mais certo e não sei se foi o dinheiro que era pouco, não sei lhe explicar. (GFS-SCS).

O serviço para a consulta ambulatorial especializada, tanto do *contribuinte* como dos pacientes referenciados pelo SUS, ocupam o mesmo espaço físico, com “[...] guichês [de atendimento], um funciona para o SUS [agenda da Central de Regulação Estadual do SUS da Macrorregião de Sobral - CRESUS-Sobral] e o outro para o posto [agenda da Central de Marcação de Consultas de Sobral para os seus municípios] e dois para o plano econômico”. (GFS-SCS).

Em relação a atividade dos médicos, há uma separação da sua carga horária, compondo agendas diferenciadas, onde estes profissionais

[...] não atendem o plano econômico junto com o SUS [...] Vamos supor, o médico está aqui de oito às dez, de oito às nove, ele atende o plano econômico ou o SUS [...]. Todos os médicos [atendem pacientes] referenciados, [há a emissão] de uma agenda com a data e a quantidade de pessoas que eles [médicos] querem atender, quando o paciente chega, vamos supor se é de oito às nove, ele vai atender só o SUS e o posto [agenda SUS de Sobral]. Ele só começa a atender o plano econômico quando termina esse horário, você está entendendo? Porque não pode fazer os dois sistemas ao mesmo tempo. (GFS-SCS).

O pagamento dos profissionais é feito segundo sua produtividade, que tem como base a realização de cinco consultas em uma hora. A produtividade é contabilizada entre os dias

[...] primeiro até [o] dia trinta e um, ou dia trinta; [entre os] dias dois e cinco [de cada mês] estão pagando [referindo à Santa Casa de Sobral]. Agora, o SUS quem paga é o município [de Sobral]. Vai para lá a quantidade [de atendimentos feitos] e com três, quatro meses ele [profissional médico] recebe. (GFS-SCS).

O acesso do *contribuinte*, ou *pagante*, à Santa Casa de Sobral acontece

[...] assim, o paciente vem numa demanda espontânea e não precisa passar pelo município e nem trazer ficha [de referência], nem nada. Eles chegam e procuram [...] o representante que é do município¹⁵⁹. Ele procura o representante, tem os guichês, ele vem e tira a consulta, é uma demanda espontânea e não tem nada com o município [...] Paga a consulta, recebe um recibo com a quantidade X, que ele pagou, e ele recebe a nota fiscal, tudo regularizado. É uma demanda espontânea não é referenciada. Referenciada é aquele que vem com a referência e com o boleto [agenda marcada pela Central de Sobral e CRESUS-Sobral], e esse não, é uma demanda espontânea, que ele não quer procurar o município porque ele diz que demora muito [...]. (GS-SCS).

Além das consultas especializadas, pelo *plano econômico* há, ainda, a oferta de alguns exames especializados, onde a argumentação para sua realização ou não, pelo

¹⁵⁹O representante municipal é um profissional pago por algumas Prefeituras Municipais, que auxilia o deslocamento interno do paciente seja na Santa Casa de Sobral, ou em outro equipamento de saúde. Ele acompanha, portanto, os pacientes do município que representa. No capítulo seguinte desta Tese, sobre regulação do acesso, farei uma abordagem sobre o trabalho deste profissional.

contribuinte, está em relação ao tempo de espera, ao quadro clínico de urgência e a capacidade de pagamento próprio do usuário.

Embora bastante esclarecedor sobre o que seria uma demanda por exame e consulta especializada espontânea e referenciada¹⁶⁰, sobre o pagante e o não pagante, com guichês e carga horária dos profissionais separados, a prática do *contribuinte* colocou-se, ainda, como um tema de gestão polêmico, apesar do tempo de seu funcionamento e da sua substituição, em termos de reclamação, pela falta de leitos de internação.

Há algum tempo atrás, em consulta realizada sobre o “*contribuinte*”, pela Santa Casa ao Ministério da Saúde, este último “[...] não se julgou capaz e mandou que o município [de Sobral] fiscalizasse isso” (GMS-RS), considerando ser responsabilidade da Secretaria de Saúde de Sobral auditar os serviços por ela conveniados e contratados ao SUS. Serviços, estes, tanto para o próprio município como para outros, que mantem referências em PPI para Sobral.

Assim, para além das consultas e exames especializados ambulatoriais, pela forma do *contribuinte*, há a internação e o uso dos serviços de urgência-emergência, os quais não podem ser acessados pelo “*plano do contribuinte*”, ou mesmo, pela via privada de pagamento direto ou por planos de saúde, considerando serem 100% mantidos e financiados pelo SUS.

A Santa Casa [...] recebe um recurso através de Portaria [do Ministério da Saúde] por ser um hospital de emergência nível III. Nesse recurso, [...] ela recebe um incentivo para ser cem por cento SUS na parte de internações¹⁶¹. A Santa Casa não tem nenhum equipamento, na parte de internamento, que não seja cem por cento SUS, está numa Portaria do Ministério da Saúde [...] na parte de internamento não pode [...] a parte ambulatorial é em torno de oitenta e cinco por cento, isso sob Portaria. (GMS-RS).

Daí a necessidade da realização de auditorias regulares, tanto pelo município de Sobral como pelo próprio Ministério da Saúde, a depender do caso em questão, onde,

[...] de vez em quando, acontece do Ministério da Saúde [vir], através do seu departamento de auditoria, e já houve casos que esse hospital [referindo à Santa Casa] devolveu recursos para o usuário.

P: Porque ultrapassou essa cota no ambulatório [referindo ao percentual de ambulatório de oitenta por cento SUS]?

R: Não ultrapassa cota, *ele faz uma cirurgia por essa contribuição voluntária* e um belo dia, o usuário recebe uma cartinha do Ministério da Saúde, que afirma que ele [usuário] fez uma cirurgia na Santa Casa, que custou três mil reais [para o SUS], e [pergunta] se deu tudo certo, [se houve o pagamento] de alguma coisa. Então, o usuário responde [...] eu paguei por essa minha cirurgia, por esse meu tratamento [...]. E o Ministério manda [...] apurar [...]. Caso a Secretaria de Saúde do município de Sobral não faça essa auditoria, o Ministério vem fazer e [...] a Santa Casa já foi penalizada, [...], mas há uma omissão nisso. [...] a gestão [municipal] acha que [...] se

¹⁶⁰A regulação do acesso pertinente aos pacientes referenciados será tratada no capítulo seguinte desta Tese.

¹⁶¹Referindo à Portaria do Ministério da Saúde Nº 929, de 10 de maio de 2012. (BRASIL, 2012, p. 137).

a perder a Santa Casa [...] fica sem saber o que fazer [...] *Hoje é um acordo de cavalheiros. (GMS-RS, grifos meus).*

O fragmento de uma entrevista que fiz expressou não somente o *uso do contribuinte*, como também de outros mecanismos de cobrança por serviços de saúde prestados, no âmbito da Santa Casa de Sobral.

Trata-se de um acompanhamento de pré-natal feito na Santa Casa de Sobral pela modalidade do contribuinte, com consultas pagas no valor de R\$100,00 (cem reais). O exame solicitado, como o ultrassom, por indicação do médico da Santa Casa, foi feito em um consultório externo e pago lá no valor de R\$70,00 (setenta reais).

O parto cesáreo foi realizado no Centro Cirúrgico da Santa Casa de Sobral, tendo sido, segundo o usuário, companheiro da gestante, “[...] combinado para pagar a diária do apartamento e os médicos particulares por fora, à parte”. O valor pago pela diária do apartamento foi de R\$900,00 (novecentos reais) e a equipe médica foi de R\$2.300,00 (dois mil e trezentos reais), sendo R\$300,00 (trezentos reais) para o anestesista; R\$200,00 (duzentos reais) para a enfermeira e o restante para os médicos que haviam auxiliado a cesariana. O pagamento do apartamento foi feito no “balcão”, com recibo identificado como da Santa Casa de Sobral. Já o outro pagamento, o da equipe médica, não teve recibo, tendo sido efetuado “dentro do quarto” onde estava a paciente.

Para o companheiro da paciente e para ela própria, o fato do bebê ter nascido e estar bem compensou o pagamento. Mas há uma certa lamentação, especialmente pelo pai da criança, pela falta do recibo, no caso do pagamento médico, havendo a comparação de ter pago algo “[...] como quem compra, coisa na feira [...] se você compra dez bananas, ele não [lhe] dá o documento [recibo], só te dá as bananas se você der o dinheiro para ele”.

Lembro-me que neste dia, fiquei impressionada com a comparação feita. De fato, os mecanismos mercadológicos e de privatização estavam fraturando o SUS e adentrando suas veias, os corpos das instituições e dos sujeitos na tecitura de suas vidas e relações. Uma privatização que transforma o que deveria ser público em pagamento privado. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 29 ago. 2017).

A paciente ficou internada no Hospital Dom Walfrido ou Complexo Hospitalar Dom Walfrido, vinculado à Santa Casa de Sobral.

O Complexo Hospitalar Dom Walfrido, voltado para a assistência privada, foi fundado em novembro de 2012 [...] atualmente dispõe de 35 leitos, sendo 18 apartamentos e 17 enfermarias, distribuídos em dois andares. Em seu térreo encontra-se a recepção, uma sala de acomodação para pacientes e brevemente uma sala de

pequenas cirurgias. Sua estrutura de pessoal é composta por 110 colaboradores diretos, englobados em 8 serviços: Direção, Serviço de Recepção, Serviço de Higiene e limpeza, Serviço de Enfermagem, Serviço de Nutrição e Copa, Serviço de Portaria e Vigilância, Serviço de Farmácia e Serviço de Faturamento de Contas hospitalares. O corpo clínico da unidade conta com mais de 60 profissionais médicos realizando procedimentos de Clínica Médica, Nefrologia, ortopedia, obstetrícia, *cirurgias plásticas*, urologia, pediatria, proctologia, neurologia, ginecologia, mastologia, *cirurgia cabeça e pescoço*, otorrinolaringologia, *cirurgia geral*, cardiologia e pneumologia. (SANTA CASA DE MISERICÓRIA DE SOBRAL..., 2016).

À época da pesquisa de campo desta Tese, colhi a informação de que o Complexo Hospitalar Dom Walfrido não dispunha do seu próprio CNES, obrigatório a todos os estabelecimentos de saúde. “Na verdade, [o] Dom Walfrido [...] é um serviço que está dentro da Santa Casa como todos os outros”. (GMS-RS). Conforme o *site* da Santa Casa, o “[...] objetivo da iniciativa é gerar mais um meio de entrada de recursos financeiros e, desta forma, ajudar a subsidiar a assistência aos mais necessitados na unidade matriz Santa Casa de Misericórdia de Sobral”. (SANTA CASA DE MISERICÓRIA DE SOBRAL..., 2016).

Todavia, há questões que merecem um tanto mais de problematização:

[...] eu que vou para o Dom Walfrido, eu pago a minha cirurgia, mas os equipamentos [onde] realizei a minha cirurgia, que eu paguei, ele é do SUS, ele é cedido ao SUS cem por cento [...] porque ele é o SUS, ele é credenciado ao SUS [...] Então, qualquer pessoa hoje que está lá dentro do Dom Walfrido, feito uma cesárea ou feito qualquer outro procedimento, ele não tem centro cirúrgico, ele não tem o CNES porque ele não tem os equipamentos [...] ele usa o centro cirúrgico, ele usa os fios do centro cirúrgico, ele usa a rouparia toda do lado de cá [referindo à Santa Casa de Sobral], [...] eu vou fazer uma cirurgia, eu vou fazer uma cesárea particular, eu vou ter o leito no Dom Walfrido, mas eu não usei o centro cirúrgico do Dom Walfrido, eu usei o centro cirúrgico da Santa Casa. (GMS-RS).

Assim, o fragmento da história de vida dessa gestante e narrativa desse gestor de saúde constituem uma composição bastante complexa da saúde, tecida por várias linhas que não apenas a da modalidade de acesso via *contribuinte*, como a consulta médica de pré-natal. Para além dela, tem-se outras linhas em regime de coexistência e de agenciamentos múltiplos: pelo pagamento direto de profissionais e de serviços que não deveriam ter sido cobrados, porque vinculados ao SUS, como o parto cesáreo feito nas instalações da Santa Casa de Sobral; e pelo pagamento direto de serviços como a internação em leito privado do Dom Walfrido.

Seria esse um fragmento de vida em exceção? Ou estariam acontecendo mais histórias como essas?

Independentemente da quantidade de histórias, a cartografia da singularidade da produção do cuidado e da gestão do SUS em acontecimento real, reiterou a perspectiva

mercadológica, de privatização e de empresariamento, que corre por dentro do Sistema, conectando a iniciativa pública com a privada, em favorecimento explícito da segunda.

Enquanto o Complexo Hospitalar Dom Walfrido não adquire os equipamentos necessários à realização do que se propõe, o complexo SUS-Santa Casa se põe como ponte para sua travessia. E isso, diga-se de passagem, mediante um certo “*acordo de cavalheiros*”, que possibilita, em algum modo, “*ir à feira e comprar bananas*”.

Em atualização, de forma bastante intensa, as multiplicidades empresariais de ‘negociar’ os produtos ofertados pelo SUS. *Seria isso?*

Objetivando finalizar este capítulo, e adensar a discussão da relação entre a política de regionalização com o processo de empresariamento da saúde, pelas experiências em camada estadual e regional, faço a tecitura da seção seguinte.

6.6 Regionalização da saúde: a multiplicidade das formas empresas em diferentes institucionalidades e modos contratuais

Haveria algo de novo no ar na regionalização da saúde do Ceará? COAP, CPS, OSS? Contribuinte? Pagamento direito? Pagamento de serviços SUS, que não deveriam ser cobrados?

A cartografia da regionalização do SUS, tanto em camada estadual como regional, pela Região de Saúde de Sobral, mapeou estas formas diversas de acesso aos serviços de saúde financiados pelo Estado. Cada uma delas esboça uma linha de força, encarnada em processos institucionalizados, em práticas discursivas e não discursivas, como as já sinalizadas, e em atravessamento de campos, do público, do privado e, no seu entre, do “quase-mercado”.

Não se tratam mais de campos desarticulados, mas efetivamente agenciados. São territórios borrados, que sinalizam a aposta político-sanitária de produção do SUS, centrada no binômio doença-saúde e na intensificação do diálogo entre Estado, sociedade e mercado. Como efeito, há a coexistência de diferentes modos de produção de gestão e de cuidado em saúde, tendenciados às regras do mercado e ao empresariamento.

Uma produção da saúde constituída por padrões restritos de oferta-consumo, certificados pelo Estado, dando visibilidade e dizibilidade a um regime não referido no SUS integral e universal, mas tecido por múltiplas cestas de oferta de serviços de saúde, dispostas nas prateleiras do Sistema, à espera dos agenciamentos e das possibilidades concorrenciais de cada consumidor para acessar um ou outro item.

Nesse sentido, a governamentalidade neoliberal empresarial atravessou o SUS do Ceará, que se adequou e jogou as regras do jogo, otimizando, qualificando e *variando suas cestas de ofertas, máquinas de funcionamento e institucionalidades operadoras da sua produção e consumo*:

- i) pelos caminhos dos contratos-processos de trabalho ‘tradicionais e antigos’ (PPI), espelhados em instituições, também, ‘antigas e tradicionais’, como a Santa Casa e o CEM, mas sob a tentativa ‘inventiva e contemporânea’ pelo uso do COAP;
- ii) pelos Contratos de Programa e de Rateio (PPC) e pelo Contrato de Gestão (metas e resultados), respectivamente constituídos na Policlínica e no HRN, encarnando formas ‘inventivas e contemporâneas’, em novos e modernos equipamentos;
- iii) pelo mecanismo direto de compra e de pagamento de serviços privados, também, pela modalidade do *contribuinte*;
- iv) pelo pagamento direto e indevido de serviços SUS não passíveis de cobrança, em casos extremos.

“O que importa agora não é ter muitas mercadorias para vender, mas ter elementos que façam vencer a competição pela conquista dos consumidores e pela criação de novos nichos de consumo”. (VEIGA-NETO, 2013, p. 39).

A ideia em fomento e circulação não seria somente a de ter produtos de doença-saúde para consumir, mas diferenciar as possibilidades de como e onde ofertá-los em relação com a potência de consumo que cada sujeito ou grupo de sujeitos apresentam. A modelação, então, seria sobre a criação e a variação de nichos de mercado da doença-saúde, especializados em padrões produzidos de consumo segundo consumidor.

Em outras palavras, trata-se de generalizar, difundindo-as e multiplicando-as na medida do possível, as formas "empresa" que não devem, justamente, ser concentradas na forma nem das grandes empresas de escala nacional ou internacional, nem tampouco das grandes empresas do tipo do Estado. E essa multiplicação da forma empresa no interior do corpo social que constitui, a meu ver, o escopo da *política neoliberal*. Trata-se de fazer do mercado, da concorrência e, por conseguinte, da empresa o que podemos chamar de poder enformador da sociedade. (FOUCAULT, 2008b, p. 203, aspas do autor, *grifos meus*).

Nesse sentido, a lógica do empresariamento da saúde, no bojo da regionalização do Ceará, se compôs pelo jogo da diversificação de ‘empresas-institucionalidades’ e na fabricação de subjetividades, aptas ao consumo da cesta de serviços de saúde ‘comercializada’ e produzida por um ou outro equipamento. A depender das regras institucionais e da demanda-capacidade

de consumo, que cada um apresenta, bate-se em uma porta-empresa, mas também em outra, em nenhuma, em todas.

Perpassando cada empresa-institucionalidade, há o exercício de governo, necessário ao ajuste e à modulação de condutas, tomadas como verdadeiras na fabricação de modos de existência dos agentes, das agências e dos agenciamentos. Efeitos de verdade e produção de subjetividade para o controle das diversidades e das diferenças, proporcionadas pela variedade das empresas-institucionalidades. Um processo¹⁶² para o controle do que se punha no ‘novo mundo da saúde’, encarnado na Policlínica de Sobral e no HRN, em coexistência com o ‘mundo antigo da saúde’, refletido na Santa Casa de Sobral e no CEM.

Nesse sentido, a regionalização da saúde do Ceará, contextualizada nas reformas do Estado e do setor saúde, constituiu-se por arranjos institucionais tradicionais, mas em tentativa de atualização pela forma contratual do COAP, acoplados às recentes institucionalidades e modalidades de gestão. Entre elas, a cartografia sinalizou para o atravessamento do pagamento direito de serviço de saúde, algumas vezes, estimulado pelo próprio Sistema e, algumas vezes, indevidamente cobrado.

A figura a seguir articula e posiciona as relações entre tais arranjos, devidamente instituídos, em composição territorial e múltipla de formas empresas-institucionalidades-contratos, destacando-se:

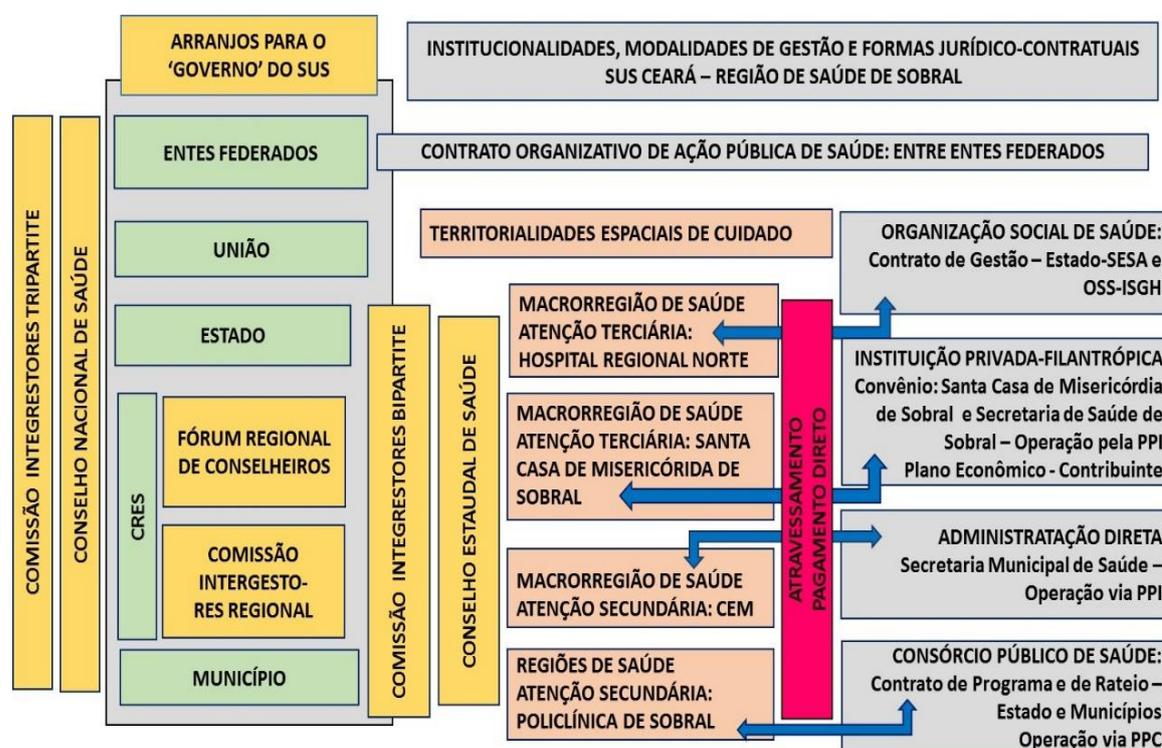
- i) os entes federados: união, estados e municípios, tendo no espaço regional o fortalecimento das Coordenadorias Regionais de Saúde, órgãos vinculados à Secretaria da Saúde do Ceará;
- ii) os arranjos institucionais de controle social: Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Fóruns Regionais de Conselheiros¹⁶³ e Conselhos Municipais de Saúde;
- iii) os arranjos institucionais dos gestores da saúde: Comissão Intergestores Tripartite, Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Regionais;

¹⁶²Ao nominar como ‘mundo novo ou antigo’, não há, aqui, nenhuma intenção de desqualificação de uma ou outra unidade de saúde, nem tão pouco, de emissão de um juízo de valor sobre qualquer processo em curso.

¹⁶³Sobre o Fórum Regional de Conselheiros ver Goya *et al* (2017). “Os Fóruns abrigaram discussões entre os conselheiros de saúde e gestores municipais e estaduais de sua respectiva Região, apontando para [...] um grande avanço, depois do Decreto 7.508, porque, até então, eu não tinha tido experiência de discussões nos Fóruns Regionais de Conselheiros Municipais de saúde sobre mapa da saúde, sobre as doenças da região e não só daquele município, sobre o COAP (E19). Mas, reiterou, também, a lacuna existente de uma instância de deliberação no âmbito regional e apontou a qualificação da participação dos conselheiros como um desafio na gestão do SUS e no exercício do controle social”. (GOYA *et al*, 2017, p. 1238-1239).

- iv) as territorialidades espaciais de cuidado: identificando nas Macrorregiões de Saúde o desenvolvimento da atenção terciária pelo HRN e Santa Casa de Sobral, e atenção secundária pelo CEM; atenção secundária pela Policlínica de Sobral na Região de Saúde de Sobral;
- v) as institucionalidades, modalidades de gestão e formas jurídico-contratuais em operação no SUS Ceará - Região de Saúde de Sobral: representadas pelo Consórcio Público de Saúde, Organização Social de Saúde, Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde e Convênio com entidade privado-filantrópica.

Figura 25 - Arranjos institucionalizados do SUS em diferentes modalidades de gestão e formas jurídico-contratuais



Fonte: Goya *et al*, 2016, atualizado pela Autora.

A figura acima encarna a constituição do SUS como uma invenção, operada por relações subjetivas e institucionais, constringidas pelo exercício do saber-poder, em um feixe complexo de práticas discursivas e não discursivas.

Se, nesta constituição, reside a potência para o seu aprisionamento, pelas modulações de condutas de gestão e de modos de existência, “*poder enformador da sociedade*”

(Foucault, 2008, p. 203); é também nela, que habita sua força para outras invenções. *Invenções-Resistência* como o fragmento da narrativa abaixo.

[...] uma vez eu disse, minha gente é o seguinte, eu nunca vi serviço público ser usado para dar lucro. *Para mim, quem dá lucro é o grupo Votorantim, é a Unimed que tem que ter lucro financeiro, porque o lucro da saúde pública, para mim, é você investir, investir, principalmente, na atenção básica*, se eu trato o hipertenso direito, se eu tenho a medicação para o hipertenso e não a deixo faltar, se eu trato o diabético corretamente, se eu tenho a medicação apropriada, se eu trato uma gestante e faço um pré-natal bem feito e ela tem o acompanhamento adequado [...] Se você trabalhar bem direitinho esses aspectos, daqui a dez, vinte, trinta anos, você não tem ninguém aposentado no INSS com quarenta anos, porque teve um AVC [acidente vascular celebra] e ficou todo troncho [...] *Então, para mim, lucro em saúde é isso aí, e não é eu estar aqui com cinquenta mil ultrassons por mês, mil não sei o que tem mais lá por mês* [...] Eu ficava danada quando vinham com essa conversa para o meu lado [...] era melhor eu, ou a outra enfermeira, estar lá [no serviço] para que o atendimento flua bem, não aconteça problema, não aconteça desavença com os pacientes, do que eu estar aqui na reunião, *porque aqui eu não tenho como mudar isso aí e lá [no serviço], que eu posso mudar [...] essa coisa do atendimento público. Eu posso fazer um atendimento no serviço público com a mesma qualidade que eu faço num serviço particular [...].* (GMS-RS, grifos meus).

Daí a vitalidade do tensionamento pela *micropolítica*, pelas relações que percorrem seus sujeitos e os processos de trabalho em saúde. Processos de cuidado em saúde cotidianos, provocadores de “*revoluções moleculares*” (Guattari e Rolnik, 2007). Processos de cuidado em saúde que não quantificam, mas que operam micro mudanças e que *valorizam o campo do público como o espaço onde deve caber o SUS*.

Para isso, a cartografia dos modos regionalizados de produção de gestão e de cuidado em saúde do SUS, requereu o olhar, mais demorado e apurado, sobre o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde: como ele estava acontecendo; a sua relação com as institucionalidades e os equipamentos de saúde; e os seus efeitos na produção constitucional do direito à saúde.

Haveria diferenciações e singularidades nos modos de operar a regulação do acesso, em conformidade com a gestão empreendida por cada institucionalidade?

Dessa forma, o capítulo a seguir, sinaliza o esboço institucional da *regulação do acesso*, operado pelos equipamentos de saúde habitados, em acoplagem às suas modalidades de gestão. Trata-se de um capítulo tecido por dez seções, algumas com subseções, que buscam dar relevo ao trabalho desenvolvido, para o acesso à saúde, por cada institucionalidade-equipamento.

Portanto, dando voz e escrita aos fragmentos de histórias de vida, que sinalizam processos de aprisionamentos às regras e normas instituídas, mas também às tensionalidades

compostas pelo tracejar do encontro, que escapa das formas normalizadoras e controladoras, produzindo rizomas e linhas de fuga. Outras estéticas de fabricação do acesso à saúde, seja por sujeitos gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS.

7 A REGULAÇÃO DO ACESSO PELO O USO [A]VARIADO DE TECNOLOGIAS DE SAÚDE EM ENGATE COM AS INSTITUCIONALIDADES DE GESTÃO

A regulação¹⁶⁴ da saúde ganha escala de institucionalização com a implantação da Política Nacional de Regulação do SUS, inscrita em Brasil (2008). Transita da criação inicial de agências reguladoras¹⁶⁵ para a constituição de processos de trabalho de regulação das relações entre Estado, sociedade e mercado, orientando condutas a serem adotadas pelos sujeitos e pelas instituições de saúde públicas e privadas.

Para isso, articula três dimensões da regulação: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial. (BRASIL, 2008).

Entre as justificativas para a instituição dessa Política, estão as necessidades de fortalecimento da gestão do SUS, garantindo a organização “[...] das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde; e [...] o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde”. (BRASIL, 2008, p. 48).

Nesse sentido, a regulação assistencial, ou de acesso, dimensão abordada neste capítulo da Tese, desempenha uma função estratégica no Sistema, incorporando como

[...] objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (BRASIL, 2008, p. 48, grifos meus).

Trata-se de uma função que deve ser coordenada pelo Estado, instrumentalizando os processos de acesso aos serviços de saúde e imprimindo racionalidade aos fluxos assistenciais interinstitucionais e intermunicipais no âmbito da Região de Saúde.

¹⁶⁴O conceito de regulação é oriundo da “[...] Economia e tem como significado o controle sobre as falhas de mercado, observando-se os dois polos da relação em ambientes de mercado – a oferta e a demanda. O debate no campo de ação do setor saúde se inicia com o escopo dessa atividade (regulatória) voltada para o mercado de planos e seguros de saúde. (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016, p. 51). Segundo Ibanhes *et al* (2007, p. 575), “[...] a regulação tem como fundamentação a macro política de ajuste econômico, de viés neoliberal, a partir da privatização de setores estratégicos, tais como as telecomunicações e energia elétrica”. Setores, estes, que são expandidos no processo de reforma do estado brasileiro, incluindo o setor da saúde.

¹⁶⁵Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999 e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000.

Na Região de Saúde de Sobral, a responsabilidade de acompanhamento e de gestão regulatória assistencial é da CRES, por meio da sua CRESUS¹⁶⁶, que opera não somente a regulação desta Região, mas de toda a Macrorregião Norte, doravante denominada de CRESUS-Sobral. A oferta regionalizada e programada do SUS da Região de Saúde de Sobral, incluindo a Santa Casa, CEM, Policlínica e HRN, entre outros prestadores do SUS, é disponibilizada e operada pelo sistema informatizado denominado de UniSUS-Web.

O uso de tecnologias de saúde, como *“protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização”*, é constituído pelo regime de saber ‘médico e especialista’, que autoriza as relações interinstitucionais e intersubjetivas para determinar as regras do jogo e, assim, possibilitar o acesso, mas também interditar, excluir e constringer, dada a orientação de condutas de gestão por meio desses instrumentos.

Em seu processo de trabalho, a regulação do acesso apresenta uma regularidade de regras e práticas normativas de funcionamento, entre os equipamentos de saúde. Orienta-se por uma rotina de procedimentos administrativos e técnicos, a qual deve ser executada por todos os prestadores de ações e serviços de saúde, no âmbito do SUS, prestadores públicos e privados contratados. Segue uma lógica de funcionamento para a área ambulatorial e outra para a hospitalar.

Entretanto, nesse processo de trabalho regular, algumas diferenciações acabam sendo tecidas, sinalizando singularidades quanto aos modos de operação, realizados por cada uma das instituições de saúde, habitadas na produção desta Tese. Ou seja, há uma relação entre o exercício de algumas práticas e tecnologias de regulação do acesso e as modalidades de gestão encarnadas por cada equipamento de saúde.

Nesse sentido, no capítulo que ora se apresenta, são as diferenças de tecnologias para a regulação do acesso que pretendo destacar. Penso ser elas, as diferentes tecnologias, em uso por um ou outro estabelecimento de saúde, gerido por uma ou outra modalidade de gestão, os sinalizadores para uma maior ou menor possibilidade de acesso aos bens e serviços de saúde.

Tratam-se de diferenciações entre os equipamentos-modalidades de saúde, forjadas no entremeio dos procedimentos normativos da regulação assistencial. As diferenciações capturadas, pelo exercício de uma prática rotineira, acabam sendo institucionalizadas em cada

¹⁶⁶As atividades relacionadas à regulação do acesso são realizadas pelas Centrais de Regulação Estadual do SUS, divididas em três macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sobral e Cariri, supervisionadas pela SESA. A CRESUS-Sobral “[...] coordena cinquenta e cinco municípios da região da Macro Sobral [...] composta pela região de Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim que compõem os cinquenta e cinco municípios e a maior mesmo [a região] é Sobral com vinte e quatro municípios. (GES-NR).

equipamento assistencial. Não somente institucionalizadas, como também aceitas socialmente, considerando os efeitos de verdade e de subjetividade que acabam sendo produzidos.

Assim, neste capítulo, detenho-me a ver-dizer-atualizar as tecnologias e agenciamentos, que são tecidos na regulação do acesso, pelos equipamentos de saúde que percorri. Em curso, a anúnciação de forças múltiplas, que tensionam a mecânica de organização e de funcionamento dos serviços de saúde. Forças que correm por *vias oficiais e oficiosas*, quando do processo de acesso aos serviços. Agenciamentos que, por vezes, *encarnam uma contra conduta*, já em outras, fortalecem às condutas de regulação normatizadas e normalizadas.

Então, a cada seção deste capítulo, a cena aberta e problematizada é a do engate de fragmentos de histórias de vida, expressos nos discursos dos sujeitos participantes deste estudo, com os processos de trabalho de saúde relacionados à regulação assistencial. Dessa forma, percorro cada um dos equipamentos de saúde habitados, demorando-me naquilo que me afetou e que produziu sentidos à regionalização da saúde, pelas reais e atuais engrenagens do SUS.

7.1 “Muita coisa precisa ser ressignificada, é protocolo para tudo”: da ordenação do acesso regulado à gestão para a Acreditação da Policlínica de Sobral

Na regulação do acesso aos serviços ambulatoriais eletivos, a CRESUS-Sobral desempenha o papel de acompanhamento e supervisão regulatória, como também o de regulação propriamente dito, ou seja, o exercício direto de regular o acesso. Esta variação acontece em vinculação aos tipos de consultas ambulatoriais especializadas. Dependendo da relação entre oferta e demanda, o Sistema opera a classificação de dois tipos de consulta, a distribuída e a regulada.

O que é distribuída? É quando o próprio município vai lá [no UniSUS-Web e] vê quais os profissionais [estão] disponíveis e agenda [o serviço] para aquele profissional. Quando é que a consulta é regulada? É quando eu tenho um desequilíbrio nessa demanda e oferta e o município solicita um agendamento, quando o procedimento é regulado, ele vai para a Central [CRESUS-Sobral] para que o médico [possa] priorizar, certo? Exatamente por esse desequilíbrio. (GES-NR, grifos meus).

Além da ordenação constituída pela oferta e demanda de cada procedimento de saúde, é também aplicado o critério técnico para determinação das especialidades, que compõem o bloco das consultas reguladas.

Tem alguns casos que são, por exemplo, consultas altamente especializadas, cardiologia. Na cardiologia, [há] um certo equilíbrio entre demanda e oferta, no entanto, [é preciso] colocá-la [como] regulada, porque tem que [ser observado] qual o perfil do paciente, porque, senão, qualquer hipertensão o município [demanda] para um cardiologista, sem respeitar um *protocolo clínico* [...] e, assim, *esse tipo de procedimento [tem que ser] regulado para que o médico priorize quem, realmente, vai para o especialista ou vai primeiro para o especialista*. Não que todos não devam ir, mas quem vai ter a prioridade em relação aquilo. (GES-NR, *grifos meus*).

Trata-se, assim, de uma orientação respaldada pelo *saber médico* engatado às *regras do mercado*, que estabelece, pela lei da oferta-e-demanda, o que deve ser regulado e o que deve ser distribuído. No caso do *saber médico*, este é acionado para o controle de práticas não criteriosas, porque não guiadas pelo *protocolo clínico*, igualmente, fabricado por este saber.

O exercício do saber e as regras do mercado constituem, então, relações de poder entre os gestores do SUS, instruindo a classificação das consultas em distribuídas e reguladas, o que determina a margem de autonomia do gestor municipal no manejo da sua cesta de oferta de serviços de saúde. Nas distribuídas, o gestor municipal exerce o papel de regulador, onde “[...] ele vê [...] os pacientes na fila e diz: não, esse aqui vai nessa semana, esse outro vai na semana seguinte e, assim, ele vai fazendo a regulação local”. (GES-NR).

Nesta situação, cabe à CRESUS-Sobral o monitoramento-supervisão desse processo, que pelo sistema do UniSUS-Web consegue ‘ver’ o fluxo assistencial em curso. Em relação às consultas reguladas, o gestor municipal inclui as solicitações no UniSUS-Web e o médico regulador da CRESUS-Sobral ordena a lista de atendimentos, pelo uso de protocolos específicos para cada especialidade médica.

Em ambas as situações, tanto nas consultas distribuídas como nas reguladas, as demandas não contempladas constituem o que se denominou chamar de “fila de espera”.

Em relação à oferta de serviços de saúde da Policlínica, programada pela PPC, *as consultas especializadas são todas distribuídas*, sob regulação local, especialmente as denominadas primeiras consultas. A

[...] questão da contrapartida que cada município realiza, então, *ele tira dinheiro do seu fundo [ICMS] para o Consórcio, assim, eles [prefeitos e secretários municipais de saúde] entenderam que queriam essas ofertas distribuídas*. Assim, *foi feito um acordo entre o governo do estado e os municípios, e essa oferta é realmente distribuída*. A [CRESUS-Sobral] não regula, ela monitora a oferta. Nas reuniões da CIR [da Região de Sobral] é muito frequente ter discussões em relação à Policlínica e o CEO, exatamente, por conta dessas ofertas, [envolvendo] as férias dos médicos [...], o médico é desvinculado do estabelecimento e eles [CPS-Policlínica] não conseguem outro de imediato. (GES-RS, *grifos meus*).

O fato dos municípios bancarem parte do custeio da Policlínica constitui-se como uma das variáveis que favorece tal acordo, sinalizando a pista de que o financiamento é peça chave na correlação entre as forças políticas, que determinam as regras do jogo da oferta de serviços de saúde e da sua regulação.

Entretanto, a contrapartida financeira não é suficiente para manter a regularidade da oferta programada, considerando as questões acima levantadas, relacionadas à agenda e manutenção do vínculo de trabalho do profissional especialista. Há, assim, uma intensa variação na programação da oferta.

Além disso, a Policlínica de Sobral, decorrente de uma pactuação na CIR, mantém uma cota de procedimentos para o agendamento dos retornos das primeiras consultas, quando necessário. Ou seja, o paciente não precisa retornar ao seu município de origem para proceder o agendamento seguinte, tanto de uma consulta, inclusive, com outros especialistas, como para a realização de exames, quando ambos são ofertados pela Policlínica de Sobral. Os agendamentos de retorno são feitos por um outro sistema informatizado próprio da Policlínica que é o

[...] SIGIS, Sistema de Gestão Integrado, que agenda os retornos e os encaminhamentos [na Policlínica de Sobral]. Por exemplo, a cidadã, o cidadão veio lá do município de Cariré para uma consulta de primeira vez, agendado pela UniSUS-Web, para o neurologista. O neurologista avaliou a pessoa e solicitou um TC de crânio [tomografia computadorizada], solicitou um eletroencefalograma, solicitou exames laboratoriais e quer que essa pessoa seja vista, também, pelo cardiologista. Assim, essa pessoa termina a consulta dela de neurologia e vai para recepção geral da Policlínica, agenda os exames na Policlínica por esse sistema de informação, o SIGIS, faz os exames de laboratório na Policlínica e tem um encaminhamento dela para o cardiologista, também, marcado aqui na Policlínica [...]. (GRS-CPS).

Este não é um encaminhamento adotado por todas as Policlínicas do Ceará, ficando tal decisão submetida aos acordos na CIR respectiva. Para que a Policlínica de Sobral possa efetuar a rotina de agendamento interno, ela retira da oferta total programada uma cota de escala restrita, reduzindo, ainda mais, as ofertas de primeira consulta dos municípios da Região.

Porém, por outro lado, trata-se de uma forma para garantir a continuidade do cuidado ao paciente. A distribuição das consultas programadas do mês segue a lógica de “[...] 60% por cento da cota [agenda programada] vai para os municípios marcarem as consultas de primeira vez, 30% por cento fica para os retornos e 10% por cento para uma agenda reservada aos encaminhamentos internos”. (GRS-CPS).

Quando é que vira uma consulta de primeira vez de novo? [...] porque, assim, o paciente faz uma consulta, ele tem direito a um retorno, ele não é um paciente crônico, então, às vezes,

ele fez a consulta, fez os exames, voltou e fez o retorno, o médico fez o plano de cuidado dele com a medicação e quer vê-lo daqui a seis meses. *Então, isso, é uma nova consulta, é uma primeira consulta de novo e ele marca lá no município dele, certo?* Agora, aquele paciente crônico, geralmente, pacientes da reumatologia, da neurologia, são pacientes crônicos, pacientes diabéticos descompensados e da endócrino, eles precisam ser vistos e avaliados pelo médico todo mês. Se a [Policlínica de Sobral] encaminha esse cidadão de volta para o município dele e ele não consegue voltar a tempo, como o plano de cuidado que o do especialista sugere [será aplicado]? (GRS-CPS).

Porém, algumas vezes, a oferta distribuída para cada município é pauta de discussão na CIR, onde há um confronto do manejo das ofertas e da necessidade de sua ampliação. “Então assim, [os conflitos] na CIR, eles sempre acontecem, exatamente por isso, porque o município [está] pedindo mais oferta e [cabe a CRESUS-Sobral] monitorar porque caiu, porque não está tendo determinado especialista”. (GES-NR).

A operação da oferta-demanda por serviços especializados, nesse sentido, tensiona a produção cotidiana do SUS, onde a regulação do acesso, pelo uso dos protocolos clínicos, é posta como o processo que poderia potencializar o uso destes procedimentos. Um exemplo disso, refere-se à utilização do serviço de mastologia, considerando a

[...] estatística alarmante de que o câncer que mais mata mulheres no Ceará é o câncer de mama e com uma incidência cada vez maior. Então, o perfil [da Policlínica de Sobral] requer que os municípios encaminhem mulheres com [o laudo] de BI-RADS¹⁶⁷ maior que três, certo? E não encaminhar uma mulher, para o mastologista, sem que ela tenha um exame na mão com o resultado BI-RADS três. O próprio médico diz [...] *das trinta mulheres que eu atendi no dia hoje nenhuma, praticamente, precisava ser encaminhada para o mastologista. Eu trato câncer de mama e está cheio de mulher com câncer por aí, certo?* Então, assim, a gente discute a diretriz clínica para aproveitar o máximo possível a especialidade. E nessa perspectiva, [a de] atender aquela mulher que tem BI-RADS três, a que tem o BI-RADS três ficou em casa e veio para a [Policlínica de Sobral] a que não tinha BI-RADS e estava com a mamografia normal. (GRS-CPS, *grifos meus*).

Daí a positividade na argumentação do lugar dos protocolos clínicos. Considerando o fato das consultas da Policlínica de Sobral serem distribuídas e estarem sob regulação municipal, uma questão que se coloca em discussão, entre os gestores e os profissionais de saúde da Policlínica e dos municípios, refere-se ao uso dos protocolos clínicos como tecnologia

¹⁶⁷“O laudo mamográfico gerado no SISMAMA [Sistema de Informação do Câncer de Mama do Ministério da Saúde do Brasil] se baseia na categorização do *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS), publicação do Colégio Americano de Radiologia (EUA), traduzida pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. Este sistema padroniza o laudo mamográfico e sugere as condutas clínicas” (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010, p. 3). Ainda segundo este Instituto (2010), são seis as categorias BI-RADS: 0 como Inconclusivo; 1 como Sem achados; 2 como Achados benignos; 3 como Achados provavelmente benignos; 4 (ABC) como Achados suspeitos de malignidade; 5 como Achados altamente sugestivos de malignidade; 6 como Biópsia prévia com malignidade comprovada.

para nortear as condutas, que devem ser adotadas no processo de referência do paciente e da regulação do seu acesso.

Para cada especialidade médica da Policlínica de Sobral há um protocolo, feito pelos seus próprios especialistas, para auxiliar na racionalidade dos fluxos assistenciais e na determinação de quem deve e quando, por critérios médicos especializados, ser encaminhado para um ou outro serviço, mantendo, assim, a ordenação da fila da regulação. Porém, ainda, trata-se de um exercício e de regras nem sempre seguidas à risca.

Porque eu, [por exemplo] enquanto médico da atenção primária, estou com o protocolo da neurologia, que orienta o encaminhamento para o especialista de cefaleia insistente, por mais de três semanas, e eu tenho [...] dez vagas no município, e se eu seguir essa orientação do protocolo, faz com que eu atenda melhor, ou eu encaminho qualquer cefaleia? Eu tenho uma quantidade pequena, eu tenho uma diretriz clínica que me orienta, e se eu não atender a isso, eu não vou conseguir, ou eu vou fazer uma fila de espera muito grande, porque eu tenho milhares de pessoas com cefaleia e dentre esses milhares, talvez, a minoria seja a que deva ser encaminhada para o especialista. Se eu não atendo a essa orientação eu desordeno a fila da regulação [...]. (GRS-CPS, grifos meus).

Como forma de compartilhar o debate e o uso dos protocolos clínicos pelos profissionais médicos, especialmente da atenção primária dos municípios da Região, a Policlínica de Sobral instituiu, desde sua implantação, “[...] uma atividade de educação permanente, na última quinta-feira [...] de cada mês, [para discutir] um dos protocolos, [convidando para participar] os médicos da atenção primária [dos municípios da Região]”. (GRS-CPS). Nessas reuniões, são discutidas as

[...] diretrizes [clínicas da especialidade em debate], orientando que essas diretrizes têm que estar lá na mesa do médico, que está lá na área rural, que está no distrito no município, aonde ele estiver. [A Policlínica de Sobral] fez um CD [com os protocolos], imprimiu o protocolo mesmo, justamente, para facilitar esse diálogo, porque não deixa de ser um diálogo da atenção primária com a especializada, no sentido de dar mais organicidade aos encaminhamentos. (GRS-CPS).

A participação dos médicos ainda é bastante limitada, sendo os municípios representados pelo profissional da regulação municipal ou da enfermagem. Após a constituição do Programa Mais Médicos, houve a participação de médicos cubanos. Contudo, ainda, não se coloca como um engajamento correspondente à necessidade de implementação do uso dos protocolos, no processo de trabalho da regulação, principalmente no que se refere à constituição das referências para a Policlínica de Sobral.

Porque esse diálogo melhora bastante a questão da orientação do próprio médico que, às vezes, [indaga sobre o que se] trata mesmo lá na Policlínica? O que tem mesmo lá na Policlínica? E por isso que [...] trabalhar o fortalecimento da regulação; a compreensão do que é a regulação; a compreensão dessa trajetória do cidadão, levando em consideração o plano de cuidado dele, o que a atenção primária, às vezes, não consegue dar a resposta, porque precisa da opinião do especialista para poder voltar lá de novo [no município] e vivenciar o seu plano de cuidado. Se não trabalharmos essa conscientização nas equipes de saúde da família, a gente vai continuar sempre, muito, na perspectiva do pronto-atendimento, sabe? [...] Então, assim, essa compreensão, não sei até que ponto consegue mobilizar ou sensibilizar os médicos, aí vai muito da característica do médico que está na atenção primária [...]. (GRS-CPS).

Nessa perspectiva, houve a sinalização do uso dos protocolos clínicos como uma tecnologia estratégica à racionalização do atendimento especializado, em articulação e vinculação com a atenção primária à saúde dos municípios. O diálogo entre os médicos, especialistas e os da atenção primária à saúde, foi colocado como peça chave na regulação do acesso, dada a sua potência para o uso disciplinado e regular do protocolo clínico, considerando, principalmente, a pouca disponibilidade de oferta especializada.

O protocolo clínico-especializado, sob o aval-saber do especialista tem o “[...] intuito de filtrar, efetivamente, aquilo que não tem condições de ser tratado lá na atenção primária, porque eu vou até aqui, enquanto médico da atenção primária, agora eu preciso da opinião do especialista [...]”.

O uso dos protocolos, pela Policlínica de Sobral, não ficou restrito à sua funcionalidade clínica de ordenação e de controle da regulação do acesso, mas se estabeleceu, também, quanto à utilização em processos gerenciais vinculados à qualidade e à segurança dos pacientes. Reverberou, assim, a discussão já feita no capítulo anterior, referente à adoção da mecânica de organização e de funcionamento de um protocolo clínico, quando da constituição de um protocolo técnico ou de serviço, ordenando condutas específicas de uma dada área de atuação, caracterizando o que denominei de *gestão da saúde medicalizada*.

À época desta pesquisa, a Policlínica de Sobral, juntamente com outras Policlínicas e CEO do Ceará¹⁶⁸, encontravam-se em processo de preparação para Acreditação junto à

¹⁶⁸“O Ceará chegou a sete Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e policlínicas regionais certificados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Depois dos CEOs em Cascavel e em Limoeiro do Norte e as policlínicas regionais em Itapipoca e Pacajus, reconhecidos em junho como serviços Acreditados, nível de certificação atribuído a instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais, o Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), instituição acreditadora, anunciou no início de agosto a certificação do CEO em Juazeiro do Norte e das policlínicas regionais em Sobral e Tianguá. As unidades são da rede pública do Governo do Estado”. (CEARÁ<, 2016a). Disponível em:<<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/47695-ceara-ja-tem-7-policlinicas-e-ceos-regionais-acreditados-pela-qualidade>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

Organização Nacional de Acreditação¹⁶⁹ (ONA). A Acreditação refere-se a um sistema de avaliação e de certificação da qualidade de serviços de saúde, que no Brasil foi influenciada e estimulada por organismos internacionais como a OPAS e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para além da perspectiva metodológica de constituição de processos administrativos e técnicos para a qualidade e a segurança de profissionais e de usuários de serviços de saúde, Fortes (2013) sinaliza

[...] o movimento da acreditação como uma *construção política*. Em um entendimento de política que não se restringe aos aspectos formais e ao enunciado oficial, *mas 'políticas' que são resultados de embates e conflitos de interesse que refletem as disputas entre poderes e saberes e que impactam as instituições e a definição de políticas públicas*. (FORTES, 2013, p. 13, grifos meus).

No Brasil, a “[...] oportunidade para a inserção da acreditação aconteceu por conta de um contexto de crise e conseqüente reformulação do Estado e das políticas de saúde. A qualidade estava no cerne da questão, era necessário tirar o melhor proveito do que já existia”. (FORTES, 2013, p. 155).

Assim, ao final da década de 80, a OPAS “[...] estabeleceu um conjunto de padrões para os hospitais da América Latina, os quais, se alcançados, dariam à organização a certificação de acreditado”. (MANZO *et al*, 2012, p. 3). Estava em curso, então, o movimento brasileiro da Acreditação, certificado pelo timbre de organismos internacionais do porte da OPAS com o aval da OMS.

Manzo *et al* (2012, p. 2-3), referenciado em documento da OPAS (2007), sinaliza que a análise feita em relação a falta de qualidade resulta em efeitos na sociedade e nos sistemas de saúde, com “[...] serviços ineficazes, que não alcançam os resultados esperados; serviços ineficientes, com custos elevados para alcançar o mesmo resultado; serviços inacessíveis [...] refletindo em longas listas e insatisfação dos usuários e profissionais de saúde”.

Nessa perspectiva, a estratégia sugerida para o enfrentamento de tais problemas foi o da Acreditação. A ideia propagada, e ainda em curso, é a de que a Acreditação promove a qualidade dos processos de trabalho e práticas seguras para o profissional e para os usuários. Há, assim, uma maior satisfação, tanto de um quanto de outro sujeito, além de viabilizar a

¹⁶⁹Para informações sobre a Organização Nacional de Acreditação, consultar *site* <<https://www.ona.org.br/Inicial>>. Para informação sobre “Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde”, consultar Fortes (2013).

otimização do gerenciamento dos recursos existentes, mediante o desenvolvimento de programas para melhoria do desempenho e dos resultados em saúde. Para isso,

[...] muita coisa precisa ser reestruturada, ressignificada, implantada. São dez políticas a serem implantadas, *é protocolo para tudo que você imaginar e tudo maravilhoso* [...] é um [processo de] Acreditação pesado, a gente precisa ressignificar muita coisa e [Policlínica de Sobral], especificamente, [está] numa Região de Saúde [...] em consideração ao tamanho, ela é muito complexa, porque é a que tem mais municípios. (GRS-CPS).

Em estudo realizado por Camillo *et al* (2016), sobre a “*Acreditação em hospital público: percepções da equipe multiprofissional*”, um dos resultados arrolados tem como enunciado o “*Hospital público acreditado assemelha-se ao hospital privado*”.

Nos discursos dos entrevistados, nota-se a descrição de semelhanças entre hospital público acreditado e hospital privado no que se refere à qualificação da assistência. Tais semelhanças podem ser atreladas às vantagens que a certificação da Acreditação proporciona ao hospital público, conforme foi abordado na categoria descrita anteriormente [...] *Assim, os usuários que apresentam condições financeiras desfavoráveis poderiam usufruir de assistência qualificada, como da rede privada, a qual se assemelha àquela recebida pelos usuários do hospital público.* (CAMILLO *et al*, 2016, p. 454-455, *grifos meus*).

Embora, a intenção dos autores não tenha sido a de problematizar o tensionamento entre o público e o privado, nas entrelinhas destes enunciados, é possível tal feito pela relação explicitada entre ambos. A ideia em construção é a de que o privado apresenta uma assistência de qualidade e Acreditação seria vantajosa ao hospital público por lhe possibilitar este ganho. Trata-se da oferta de serviços de saúde aos que “*apresentam condições financeiras desfavoráveis [uma] assistência qualificada, como a da rede privada*”.

Dessa forma, a linha em atualização, não se referiu, tão somente, a adoção da tecnologia do protocolo para conduzir a regulação do acesso à Policlínica de Sobral, ou ainda, de repetir sua mecânica de constituição nos protocolos de qualidade e de segurança, configurando uma *gestão da saúde medicalizada*. É mais extensivo que isso.

Trata-se de um *modo de gerenciamento* que se aproxima daquele praticado pelo equipamento privado, colocando, assim, o público em condição de competição e disputa no mercado da doença-saúde. Para isso, há que se aprender o manejo de condutas profissionais para o desempenho de processos de qualidade dos serviços, constituição de ambientes seguros de trabalho e de realização de procedimentos de saúde, entre outros. Uma linha que atualiza a necessária progressividade que o setor público deve empreender para se equiparar e concorrer-competir com o setor privado da saúde.

Conforme, Fortes (2013, p. 158), nas considerações finais da sua Tese de doutoramento, “*Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde*”, os caminhos da Acreditação

[...] parecem ter tanto fortalecido a discussão de qualidade necessária ao sistema público, quanto *reforçado a discussão de excelência do sistema privado, ambas convivendo e disputando a atuação no mercado da saúde no Brasil. O segundo sentido da acreditação brasileira aproxima-se dessa lógica de tensões entre o público e o privado* e vai ganhando contornos de outros sentidos mais imbricados nessa tensa relação de disputas.

O fato de outras Policlínicas e CEO do Ceará estarem, também, em processo de certificação para Acreditação pela ONA, cartografa a pista de que se trata de uma política do estado do Ceará. Uma política que se incorpora à reforma do setor saúde, que para além da prática da Acreditação hospitalar, em curso no país, faz estendê-la aos serviços ambulatoriais no âmbito estadual.

Então, duas questões acopladas me chamaram a atenção em relação à ênfase no uso dos protocolos e nos modos de gestão que os acompanham. Vou, aqui, adiantá-las, embora algumas escritas já tenham sido feitas e outras venham somente a seguir. A primeira, refere-se à sua institucionalização declarada na Policlínica de Sobral e no HRN; e a segunda, à uma ‘certa’ invisibilidade na Santa Casa de Sobral e no CEM.

Ambas as questões, geram em mim inquietações e interrogações. *O uso intensivo da tecnologia dos protocolos e sua gestão, inspirada no ‘modelo do privado’, estariam vinculados às modalidades do CPS e da OSS? Seria esta tecnologia e gestão inspirada ‘no modelo do privado’ potentes ao empresariamento da saúde coletiva? Ou, ainda, a uma governamentalidade neoliberal que traz do setor privado e empresarial modos de operar no público?*

Por enquanto, estas são questões abertas. Adensando um pouco mais o debate sobre como a regulação do acesso vem acontecendo na Região de Saúde de Sobral, adentro nas práticas [des]regulatórias do CEM.

7.2 “Tudo que a gente pode fazer para encurtar o caminho, a gente faz”: as curvas do CEM na atenção ao câncer de mama e de colo de útero e o uso do *WhatsApp* para a ‘*tratativa*’ do agendamento

“[...] A expressão reta não sonha.
Não use o traço acostumado [...].
Manoel de Barros¹⁷⁰.”

A tecnologia utilizada, pelos profissionais do CEM, para agendar as pacientes que precisam do atendimento ambulatorial especializado é o *WhatsApp*¹⁷¹. Esta é uma das ferramentas de “*tratativa*”¹⁷², entre os profissionais de saúde do CEM e os demais da rede de serviços, tanto de Sobral como da Macrorregião Norte, no cuidado destinado às mulheres, em diagnóstico de risco ou confirmado de câncer de mama e de colo do útero. *Como assim?*

Atualmente, o CEM é referência para Sobral e os municípios da sua Macrorregião em “[...] câncer de mama, câncer de colo uterino [...] e câncer de próstata [...], [mas funciona também] com mais outras especialidades como neurologia, ortopedia, cardiologia, pneumologia adulta e pediátrica, ginecologia, obstetrícia, mastologia, pré-natal de alto risco”. (GMS-RS).

Todavia, vale dizer, que mesmo sendo referência macrorregional, alguns especialistas que atuam no CEM são bancados, financeiramente e exclusivamente, pelo município de Sobral, onde

[...] poucos médicos [do CEM são] vinculados ao estado e ao Ministério da Saúde e de lá para cá, de mil novecentos e noventa e cinco, quando foi feita a inauguração e depois da reforma do CEM¹⁷³, alguns faleceram, outros já se aposentaram e na medida em que foi abrindo esses espaços, houve a contratação de outros médicos pela própria Secretaria de Saúde [de Sobral]. Por exemplo, o neurologista nem é vinculado ao estado e nem ao Ministério da Saúde, ele é contratado pela própria Secretaria. Os mastologistas [...] eles são todos contratados pela Secretaria e trabalham nesse

¹⁷⁰BARROS, 1996, p. 75.

¹⁷¹Refere-se à um aplicativo gratuito de mensagens instantâneas ou ligações ‘telefônicas’, que tem como uma de suas funções a criação de grupos de usuários, que se comunicam em tempo real, sempre que conectados por uma rede de internet. É operado em *smartphones* e acionado entre os usuários que compartilham contatos telefônicos.

¹⁷²Termo cunhado pelo Professor Doutor Luiz Odorico Monteiro de Andrade, na ocasião em que foi secretário de saúde de Sobral, referindo à tecnologia do diálogo, da constituição de uma rede de conversação entre os sujeitos do SUS. Este termo foi retomado por um dos gestores municipais de saúde da Região de Sobral, quando de sua entrevista.

¹⁷³Referindo à mudança que houve quando da municipalização do antigo Posto de Assistência Médica do INAMPS, o qual se transformou no CEM. Para isso, o então secretário de saúde de Sobral, Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, “[...] aproveitou os especialistas que já trabalhavam no CEM [...] tinham vários médicos atendendo que eram vinculados ao Ministério da Saúde e vinculados ao estado, então, para não ter que fazer uma contratação de muitos outros especialistas, começou aproveitando os que já trabalhavam aqui”. (GMS-RS).

programa de saúde da mulher, tanto com mama como com colo uterino. Atualmente, tem pouquíssimos médicos vinculados ao estado e ao Ministério da Saúde, então, a maioria hoje está sendo contratada pela própria Secretaria de Saúde, pelo próprio município. (GMS-RS).

Em relação aos fluxos assistenciais, como equipamento municipal, a regulação do acesso acontece pela Central de Marcação de Consulta de Sobral (CMC), que agenda e regula os procedimentos de saúde para os residentes neste município. Considerando sua condição de unidade de referência macrorregional, há, também, a regulação pelo UniSUS-Web, adotando como parâmetro de distribuição a oferta programada para cada município em relação às referências acordadas em PPI, passíveis de atendimento no CEM.

Embora esses fluxos estejam institucionalizados, há uma outra prerrogativa que orienta o processo de trabalho desenvolvido pelo CEM, onde “[...] *tudo que diz respeito à paciente que tem neoplasia, o CEM, não segue esse trâmite legal, tudo que a gente pode fazer para agilizar, para encurtar o caminho a gente faz*”. (GMS-RS, *grifos meus*).

No caso, o “trâmite legal” refere-se aos fluxos assistenciais onde haja necessidade de algum exame de apoio diagnóstico, por exemplo, e para fazê-lo a paciente precisa passar por processos extensos e, reconhecidamente, demorados: “[...] não é rápido não, [devido a] demanda”. (GMS-RS).

Porque a ressonância, a tomografia e alguns desses exames eles tem que passar pelo auditor, se for pela via normal, tradicional, o que a pessoa iria fazer: ela iria sair [do CEM] com o pedido da ressonância ou da tomografia e voltar para o PSF [Programa Saúde da Família] dela. Lá, a [equipe do] PSF iria ligar para Central [CMC] para agendar a autorização do auditor, assim, é mais um tempo. Depois que o auditor autoriza, a pessoa deve voltar para o PSF, para que ele agende aquela ressonância ou aquela tomografia, via Central [CMC]. *Até chegar o dia da paciente fazer [o exame] e chegar, aqui, com o seu resultado, passaram três meses [...]*. (GMS-RS, *grifos meus*).

Então, quando possíveis, os caminhos são encurtados e agilizados mediante a composição de uma rede de diálogo entre profissionais dos serviços especializados com os profissionais da atenção primária de Sobral e dos municípios circunvizinhos. Especialmente com os profissionais do Programa Saúde da Família de Sobral, onde fazem contato informando que “[...] olha eu estou com uma pessoa, aqui, com um problema e a pessoa não pode esperar. Do interior não é muito frequente [...] mas também acontece”. (GMS-NR).

Às vezes, por exemplo, o município liga e fala [que está] com uma paciente, que ela fez uma prevenção em tal canto e essa paciente está com isso, isso, ou então, ela fez uma mamografia ou um ultrassom, ou ela foi atendida [no CEM] e o médico está dizendo que ela precisa de um mastologista, etc. [Assim, quando possível, o

encaminhamento é o de] mandar essa pessoa [para o CEM] com a ultrassom e com a mamografia para dar uma olhada. Se realmente constar no ultrassom e na mamografia alguma lesão suspeita, alguma presença de tumor, que é suspeito de malignidade, [...], [o procedimento é o de falar] com o médico e já colocar [para a consulta]. (GMS-RS).

Nessa perspectiva, o mecanismo é de o de fazer a “*tratativa*” (GMS-RS), referindo-se as conversações entre profissionais e gestores, inclusive, com os médicos especialistas. Não se tratou, portanto, de regular o acesso pela aplicação tradicional de protocolos, mas de estabelecer conversas. Conversas, estas, desalinhadas das retas e lineares prescrições, por isso, esteticamente imaginadas como curvas, de como regular o acesso. Mas, ainda assim, alinhadas à urgência pelo saber médico, pelo saber ‘especialista’, porém, *em engate da regulação à necessidade de saúde e não somente à capacidade de oferta em relação à demanda*. Algo, também praticado na Policlínica de Sobral, mas com intensidade discursiva que vazou nos diálogos-entrevistas mantidos no CEM.

Estaria em curso um certo trabalho vivo em ato?

“O *trabalho vivo em ato* é autogovernável, portanto, passível de *subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga* em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa”. (FRANCO, 2013, p. 228, *grifos meus*).

Quando a gente vê que realmente é uma coisa que não pode esperar, é uma situação que não dá para esperar a gente fala aqui com o especialista [...], *tem um acordo com os especialistas* [...]. *Por exemplo, qual é a quantidade de pacientes agendados por médico [no CEM]? São doze, aí todos atendem só doze? Não*. Tem, por exemplo, o doutor [...] que é neuropediatra e atende um único dia na semana [...]. São agendadas dezessete crianças [para] manhã e dezessete crianças [para] tarde. Se [o CEM contemplar [somente] as doze [consultas], vai ser uma oferta muito pequena [frente à] demanda que é muito grande e a oferta, pelo menos a do CEM, é muito pequena, considerando a demanda que existe lá fora, precisando desse atendimento. Tem especialidade que atende menos, que são só dez consultas, e [havia no CEM] um psiquiatra, porque uma consulta de psiquiatria você não pode prever qual é o tempo que você vai gastar, então, não dá para marcar doze ou quinze. (GMS-RS, *grifos meus*).

Todavia, nem sempre é possível assegurar o atendimento mais rápido, sinalizando a coexistência e o tensionamento entre o fluxo não “oficial” e o “oficial”. A força da máquina instituída, cuja lógica centra-se na relação oferta-demanda, muitas vezes, tem superado a linha-resistência da oferta-necessidade-de-saúde.

Assim, em “trâmite oficial”, a regulação do acesso reiterou sua lentidão, especialmente sentida pelo corpo adoecido, porque é ele quem experiencia o adoecer. Mas

também sinalizou sua resistência. Sua *vontade de poder*¹⁷⁴, conforme o fragmento de vida abaixo recortado.

Em conversa com uma usuária do CEM, vinda de outro município da macrorregião de Sobral, ela me contou sobre o seu diagnóstico de câncer do útero, acompanhado de dois meses em fila de espera para uma consulta no CEM e início do tratamento. Tratamento, este, que uma vez iniciado, contemplou a passagem da paciente na Santa Casa de Sobral para 30 sessões de radioterapia; quatro dias no Instituto do Câncer do Ceará (ICC), com deslocamentos assegurados pela Secretaria de Saúde do seu município; e, à época do estudo, em consultas de retorno e manutenção de três em três meses. Mas hoje “[...] sente só felicidade, pensei que fosse morrer!”. (U-CEM).

Lembro-me que nesse dia meu corpo sorriu. Em meio a tantas batalhas ‘perdidas’, o SUS, ainda que em demora, mostrou positividade. Entre as faces perversas, há, também, aquelas cuidadoras. Ainda que o biopoder seja o exercício do *fazer viver* a população, submetendo-a à modos de existência guiados por condutas burocratizantes e reguladoras; e o poder disciplinar em adestramento dos corpos adoecidos, normalize o exercício de práticas médicas para sua recuperação; ainda, assim, meu corpo sorriu.

A vida deve ser celebrada. A cura é bem-vinda. Uma mulher já com uma certa idade, negra, pobre, com um corpo adoecido, que se disciplina para se dirigir ao Posto de Saúde para verificar sua agenda de consulta; para madrugar e pegar o carro da Secretaria de Saúde e se mobilizar descendo a Serra da Ibiapaba até Sobral ou até Fortaleza; é uma guerreira e não uma subjugada.

Em meio à tantas regras e relações de poder-saber, viver é resistir, viver é se alegrar, afinal, *“pensava que ia morrer”*. Se o SUS é uma invenção maquínica, o fragmento da história de vida desta mulher compõe-se como força-potência para fazer a engrenagem do SUS rodar com outros efeitos. Então, meu corpo vibrou, sinalizando que as rupturas e as linhas de fuga, talvez, não estejam fora das relações de saber-poder, mas no seu entremeio em tensionamento para produção de outros efeitos que não a dominação. Afinal, a mulher, também, era uma força em luta, uma força de *“vontade de poder”*!

¹⁷⁴“A “vontade de poder” ou “vontade de potência” está, em Nietzsche, relacionada à teoria da vida. O poder existe enquanto potencialidade, como realização da vontade [...] A vontade de poder se afasta da afirmação de energias primitivas, de qualquer liberação dos impulsos de um ego, para a *afirmação da vida* como autossuperação, como expansão, no curso da qual a conservação é apenas um de seus efeitos”. (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 660, *grifos meus*).

Mas a “*tratativa*” seguia seu caminho no cotidiano no CEM. Acoplada a ela, o funcionamento de uma “agenda interna”, um tipo de agenda de retorno como a da Policlínica de Sobral, utilizada pela equipe do CEM para os agendamentos considerados de ‘urgência’.

No CEM, uma agenda que objetiva contemplar o atendimento de mulheres com possíveis diagnósticos de risco para neoplasia, identificados por seus profissionais ao fazer, por exemplo, a leitura das lâminas de prevenção de câncer de colo do útero, encaminhadas pelos Postos de Saúde de Sobral. Ou ainda, de exames outros, feitos no próprio CEM, com as mulheres referenciadas pelos municípios da Macrorregião de Sobral, cujos resultados requerem agilidade no atendimento.

Trata-se de um cuidado em ‘malha fina’, que em lupa vê e captura as mulheres com um diagnóstico possível ou confirmado de câncer de mama e de colo do útero. Nesses casos, um dos recursos utilizados para agilizar o processo de tratamento é o uso do aplicativo do *WhatsApp*.

O grupo de *WhatsApp* funciona como recurso de “*tratativa*”, ou de comunicação, entre os gestores-profissionais do CEM, os gerentes das unidades básicas de Sobral e os gestores dos municípios da Macrorregião de Sobral, para informar a “agenda interna” de atendimentos de pacientes com o “diagnóstico de risco” para o câncer de mama e de colo do útero. Assim, o gestor ou profissional do CEM

[...] entra no *WhatsApp* e coloca [...] a paciente fulana de tal, dos anzóis Pereira, está com uma consulta agendada para o doutor fulano de tal, no CEM, dia tal, as tantas horas, resultado de exames. Isso, os municípios já sabem, os PSF [referindo às equipes de saúde da família de Sobral] já sabem, a gente chama pelo *WhatsApp* [quando há algum problema]. Quando a gente passa a mensagem, já vai com o dia do agendamento, com o nome do médico e com o horário da pessoa vir para o CEM. Isso funciona com mama e com colo uterino [...]. (GMS-RS).

Algumas vezes, mesmo fazendo uso deste recurso, algumas mulheres deixam de comparecer na agenda marcada. Mas, há um “[...] controle dos faltosos [e] novamente [é] colocada a faltosa no *WhatsApp* – paciente fulana de tal não compareceu, reagendamento para dia tal assim, assim, assim”. (GMS-RS).

Assim, quando a gente vai ver, as pacientes passam o tempo da consulta, falta e quando elas vêm para receber a biópsia, a gente diz, não foi avisado a você? Não, o Posto não avisou a gente [...]. A paciente está com alteração e tem que vir o quanto mais rápido para resolver a situação dela, mas [...] não é passada a informação [...] tem aquelas áreas descobertas [referindo-se às áreas das equipes de saúde da família], que é muito difícil o agente de saúde ir lá e achar a paciente. Tem a questão também do transporte, as prefeituras elas não fornecem transporte todos os dias, em todos os

horários, sempre há alguns dias pré-estabelecidos e horários pré-estabelecidos, assim, a paciente também fica impossibilitada de comparecer. (PS-CEM).

Em minhas Escritas Cartográficas, registrei a angústia da gestora do CEM pela agenda de dez mulheres para o mastologista cumprida apenas por uma paciente. Mulheres de municípios diversos, com resultados de exames alterados. *“Como acontece isso? Por que não vieram? Será que souberam?”* (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 19 abr. 2016).

Assim, um dos aspectos reiterados como problema na regulação do acesso referiu-se à garantia do deslocamento intermunicipal do usuário, onde nem sempre o município consegue viabilizar o transporte sanitário. Ou há, ainda, dificuldades na comunicação interna do município. O absentismo, o não cumprimento da agenda marcada, não é um problema do CEM, mas se trata de uma questão posta com regularidade na regionalização da saúde.

Portanto, no exercício da biopolítica, do controle da população, pobre e adoecida, para fazê-la viver, para lhe possibilitar o acesso aos serviços de saúde regionalizados, o deslocamento dos usuários se configura como algo estratégico. Contudo, para além das questões estratégicas e operacionais, como a do transporte sanitário, *haveria outros aspectos que estariam imobilizando o fluxo das pessoas aos serviços de saúde regionalizados?*

7.3 “Então, a gente achou por bem acabar com o agendamento”: o entre da erva daninha que se plantou no CEM para o cuidado de bebês em ‘condição de risco’

*“[...] A flor é bela, o repolho útil, a papoula enlouquece.
Mas a erva é transbordamento [...]”.*
Henry Miller *apud* Gilles Deleuze e Felix Guattari¹⁷⁵

Sua gestação foi avaliada, desde o princípio, como de risco, levando-a ao repouso durante toda a sua gravidez. Inicialmente, fazia seu pré-natal em um consultório privado no município onde residia. Porém, sua mãe adoeceu e ela teve que ajudá-la em suas despesas médicas. Do atendimento privado, passou para o serviço SUS, em um posto de saúde local, contudo, com o mesmo médico. Sua situação clínica era delicada e ela se sentia insegura em fazer sua cesariana na cidade onde morava. Assim, pelo agenciamento de um parente, que havia concluído o curso de medicina, conseguiu o acesso para fazer sua cesárea na Santa Casa de Sobral. Os bebês, gêmeos, nasceram de oito meses e o médico pediatra, que recebeu os recém-

¹⁷⁵HENRY MILLER, 1956 *apud* DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 40.

nascidos, solicitou a ela que os levasse para o atendimento no CEM, quando da alta hospitalar na Santa Casa. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 21 jul. 2017).

Eu me admiro não é porque eu estou aqui [no CEM], mas eu me admiro, porque, desde o primeiro dia, [...] que cheguei aqui, não sabia como era, ele, [o médico pediatra], mandou a gente vir com uma semana, [mas] eu disse que estava operada e que seria difícil trazer os bebezinhos [...]. Eu só vim com quinze dias. Quando a gente chegou, aqui, eu não cheguei [nem] no balcão, e já veio uma das pessoas, que trabalha aqui, me atender [e] perguntou: é [para] o doutor [...]? E o que é? E já pegou o cartãozinho de vacina deles [dos bebês] e levaram para ali e pronto. Eu fiquei admirada, [porque] foi [o] primeiro lugar que eu cheguei, público, na vida, e um lugar da saúde, que fui bem atendida. E se você chegar, aqui, você entra e todas elas vão falar com você, pode ser que uma tenha um rostinho mais simpático ou menos simpático, mas todas vêm falar comigo e com quem chega. E, hoje, eu já estou acostumada e venho direto para o balcão pegar os prontuários deles. Para gente tem sido tranquilo, [uma] maravilha aqui. (U-CEM).

Da primeira consulta dos seus bebês até o meu encontro com essa mãe, havia passado cerca de 10 meses. Ao completar um ano de idade os bebês teriam alta. Tratava-se de um serviço ambulatorial do CEM, para o acompanhamento de recém-nascidos com alguma ‘situação clínica de risco, em funcionamento “[...] há uns dez anos”, segundo profissional de saúde entrevistado.

Entre os motivos alegados para a sua implantação, foi referido, pelo profissional de saúde entrevistado, o fato de alguns bebês nascerem com problemas de saúde, na Santa Casa de Sobral, serem lá tratados e encaminhados para o seu município de origem para continuidade do acompanhamento. O contato com os bebês era perdido e alguns retornavam à Santa Casa e vinham a óbito “[...] por doença pulmonar e sepse, [...] por falta de orientação do serviço de origem [...] achei que era mais viável, ao invés de mandar essas crianças direto para o centro de saúde de origem, criar um ambulatório de acompanhamento desses pacientes de risco”. (PS-CEM).

O *enlace vivo* entre a maternidade da Santa Casa e o CEM era um profissional médico, que atuava nos dois equipamentos, tendo sido o responsável pela articulação e implantação do serviço de acompanhamento dos bebês junto à Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, considerando ser o CEM um estabelecimento municipal de saúde.

Quando do meu pouso no CEM, fiz a captura de que esse serviço era real. As relações entre a Santa Casa de Sobral e o CEM aconteciam: os bebês nasciam na primeira instituição e, se necessário fosse, eram encaminhados, *diretamente*, para a segunda, sendo que,

[...] inicialmente, a gente tinha muita dificuldade por conta, exatamente, da referência. A gente pedia que os pacientes fossem encaminhados para esse

ambulatório e a maioria demorava três, quatro, cinco meses para chegar aqui, por conta do agendamento. Então, a gente achou por bem acabar com o agendamento, foi quando a gente criou a demanda livre. Então, o paciente sai do hospital e já tem agendada essa consulta, aqui, sem burocracia. Ele chega, aqui, e já procura a atendente, [...] a auxiliar e ela já coordena [todo o processo]. Não tem limite e o paciente, também, não é obrigado a vir só naquela consulta mensal, ele vem [segundo] a necessidade dele. Se tiver uma patologia, antes do mês, uma complicação qualquer ou uma dificuldade que a mãe tenha, procura o ambulatório, [que funciona] de segunda a quinta. (PS-CEM, grifos meus).

Na linha de cuidado desses bebês, foi incluído um terceiro equipamento de saúde, o Centro de Reabilitação de Sobral¹⁷⁶, onde, “[...] toda criança que chega, aqui, [referindo ao CEM], faz o teste da orelhinha¹⁷⁷ [no Centro de Reabilitação de Sobral] e eu faço [no CEM], também, o teste do olhinho¹⁷⁸, eu mesmo”. (PS-CEM). Indagado sobre como acontecia o fluxo entre o CEM e o Centro de Reabilitação, respondeu tratar-se de

[...] um fluxo automático e normal [resultante de] um acordo, que a gente fez com eles. São pacientes, digamos assim, prioritários dentro do grupo, da população [...] Dentro desse ambulatório [do CEM], o que a gente faz [é] facilitar o atendimento dessas crianças [para] outras clínicas. Oftalmologia, otorrino, tudo a gente faz na amizade”. (PS-CEM).

Conforme o profissional de saúde entrevistado, o ideal era de que o serviço acompanhasse o bebê até a idade de dois anos. Mas a demanda era muito intensa, então, se com um ano de idade, a criança “[...] estiver bem, [tem alta]. [Mas], por exemplo, se for uma criança [com sequela] neurológica [...] ou uma [...] paciente sindrômica, esse acompanhamento [é mantido] sem limite de idade”.

Nessa perspectiva, a linha de cuidado desses bebês forjou um outro processo de regulação. *Oficioso*, ao tomar como pressuposto as regras normatizadas e normalizadas da

176O Centro de Reabilitação de Sobral, Dr. Pedro Mendes Carneiro Neto, foi inaugurado em março de 2010, na cidade de Sobral. Trata-se de um estabelecimento público municipal de saúde, que atua como referência na Macrorregião de Sobral para tratamento de pessoas com deficiências auditiva, física, visual, intelectual e múltipla, bem como pacientes com sequelas causadas por traumas físicos, alterações auditivas, doenças neurológicas e outras deficiências. Inicialmente, disponibilizou serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social, médico e enfermagem, incorporando, depois, mais quatro especialidades médicas, como ortopedia, acupuntura, neurologia e otorrinolaringologia. Para saber mais: <<http://centrodereabilitacaodesobralce.webnode.com.br/sobre-nos/>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

177“O Teste da Orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal é um exame importante para detectar se o recém-nascido tem problemas de audição. Após a sua realização é possível iniciar o diagnóstico e o tratamento das alterações auditivas precocemente”. Disponível em:<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/242_teste_da_orelhinha.html>. Acesso em: 30 jun. 2017.

178“O Teste do Olhinho pode detectar muitas doenças visuais ainda em fase inicial. O exame, apontado por oftalmopediatras como uma técnica simples e rápida, permite o diagnóstico precoce de catarata, glaucoma congênito, opacidades de córnea, tumores intraoculares grandes, inflamações intraoculares ou hemorragias intravítreas; em recém-nascidos antes mesmo que eles recebam alta da maternidade”. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/08/teste-do-olhinho-pode-evitar-80-dos-casos-de-cegueira>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

regulação do acesso, que requer, por exemplo, o ritual de agendamento prévio das consultas especializadas, seguido da emissão de um documento de referência, que o paciente deve portar para o atendimento no CEM, seja para os sobralenses ou para os residentes na Macrorregião de Sobral.

Mas também oficial, na medida em que o fluxo assistencial, em uso, encontra-se, devidamente, institucionalizado. Pelo menos, enquanto o profissional de saúde permanecer entre os equipamentos envolvidos, potencializando o *encontro interinstitucional*, o qual, por sua vez, tem contribuído “[...] bastante [para a redução] da mortalidade [infantil]”. (PS-CEM).

Diante de tais discursos e práticas de saúde, no entre desse sujeito e das normas institucionalizadas da regulação assistencial, algo se pôs em diferença, em *estética rizomática*. Uma *contra conduta* se esboçou, como um “*acontecimento*”, tensionando o modo instituído de regulação assistencial, engendrando uma outra mecânica de funcionamento: *o saber médico*, que rastreia e nomeia o diagnóstico ou o risco de adoecimento e morte, associado ao *poder da palavra*, que encaminha e abre as portas do serviço de saúde.

Palavra que não é dita por dentro do UniSUS-Web e que não é regrada por seu regime de normas, *mas que exerce poder* entre os sujeitos e as instituições de saúde, constituindo outros processos e fluxos assistenciais. *Poder médico*, porém, em *estética de erva daninha*.

Se há uma repetição do *saber-poder médico*, que autoriza o fluxo assistencial em implementação, há, também, a instituição de outros guias. São *ervas finas* que fomentam a palavra que encaminha e as práticas de trabalho em saúde, *pelo exercício do poder acoplado ao sentido “de fazer tudo pela amizade”*.

Sentido, este, extensivo aos modos clínicos de olhar e de tocar o paciente, compondo um *ethos ético*, que deve ser impresso no processo de trabalho em saúde, não apenas feito pelo médico que atende, mas em extensão aos outros profissionais:

[...] quando ele deita meu filho na maca e vai auscultar, ele sorri para [o meu filho], eu amo isso. Ele mede o peitinho, o perímetro encefálico, olha os dentinhos [...]. Ele quer saber o peso, ele acompanha o cartãozinho de vacina deles. Todo [o] mês, a gente chega, elas [auxiliares de enfermagem] pesam, fazem as medidas direitinho e, quando chega lá dentro, já vem anotado e passa para ele, [o médico], que vê e diz: aumentou tanto, aumentou um pouquinho, aumentou isso e, assim, olha a orelhinha, olha o ouvidinho e, além disso, a cada três meses, a gente faz o teste do ouvidinho [...] *esse jeito dele faz a diferença grande, comigo e com todas as que estão aqui [...]*. (U-CEM, *grifos meus*).

Mas qual diferença?

[...] *não é o prédio, porque tem prédio muito mais bonito, melhor, mais novo. É o atendimento de quem recepciona e dele [o médico]. Dele, que é [de um jeito] como nunca vi, é como eu lhe disse, ele olha para o meu filho, ele sorri para o meu filho, ele pega, com cuidado, o meu filho. Teve uma pediatra, que certa vez, a criança não levantava as mãos, ela [a pediatra] colocou o seu antebraço prendendo o braço dele, [do bebê], e pressionando o peitinho dele e eu fiquei com vontade de dar nela (risos). E a diferença é essa: a recepção que eles [fazem] aqui [...], se você observar, eles não ficam de braços cruzados, eles chegam até a gente, todos os que estão recepcionando, e o cuidado que o doutor [...] tem com eles [os bebês], eu admiro. Porque é difícil, hoje em dia, a gente ver [outro médico] que se vista como ele. O sapato dele é branco, o cinto dele é branco [...] eu penso que isso, assim, é [para ele] uma honra a profissão [...]. (U-CEM).*

Para mãe, segundo o seu discurso, o fato do médico andar todo de branco estaria sinalizando a honra do mesmo pelo exercício da sua profissão. Atentei-me, aqui, que os signos, como por exemplo, o uso da cor branca pelos médicos, são produzidos na e pela realidade, podendo, assim, a depender das relações estabelecidas, na produção do real, serem fabricados outros sentidos.

Se o ‘jaleco’ branco encarna o poder-saber médico para relações de dominação entre os sujeitos, pode, também, assegurar outros sentidos, como o capturado pela mãe: o de honra pelo exercício da profissão médica. A honra que “*faz tudo pela amizade*”, a honra que é “*o amor pela medicina*” e o “*amor ao paciente*”.

Indagado sobre a perspectiva de uma *clínica médica que olha, pega e sorri*, o profissional de saúde relatou que o exercício não rotineiro desta clínica estaria na graduação médica, hoje, muito direcionada para a

[...] *técnica, digamos, assim, aparelhagens e essas coisas e a gente está perdendo muito esse amor pela medicina, infelizmente, isso está acontecendo. Quando [se] fala com o estudante, não [se] vê mais aquela coisa dele gostar do que faz, ele está gostando do que pode ganhar, do que pode faturar, então, isso é uma formação que está vindo da própria universidade. Porque, até o próprio professor dele, orienta [...] que ele procure uma especialidade [...], que dê retorno financeiro, [fazendo-o se esquecer] da parte principal da medicina, que é o humanismo. A pessoa deixa de ter, digamos, assim, amor ao paciente, para ter amor ao salário, então, fica muito complicado, [...] é um problema que a universidade, eu acho, está errando nesse aspecto. Antes, a minha geração se formava por vocação e, hoje, não tem mais isso, raramente, você encontra uma pessoa que se forme por vocação, porque a própria família, quando investe muito no filho, os colegas e a própria sociedade, em si, faz com que ele crie, na cabeça dele, [a ideia de] que a profissão não é para dar prazer e, isso, é muito ruim. Então, eu tenho muito medo, exatamente disso, eu me preocupo muito com os estudantes que eu procuro ensinar, procuro ensinar não, quem sou eu para ensinar, para dar exemplo da minha profissão, da minha vida [...] a gente nunca tem que esquecer a finalidade maior da nossa profissão, que é o bem-estar do paciente e não é o bem-estar do bolso da gente, porque o resto vem como consequência. (PS-CEM).*

Penso, então, não se tratar, aqui, de relações de poder e formas de saber, que produzem o assujeitamento e a dominação entre os sujeitos. Mas, sim, do exercício de poder-

saber, que quebra a dinâmica instituída da regulação assistencial e propõe outras formas de gestão do acesso e de cuidado em saúde.

Uma gestão do acesso assistencial desburocratizada que mira as necessidades de saúde, acoplando-as à outra máquina de funcionamento, a nominada, pelo profissional, como “*demanda livre*”, aquela que pode atender mais de uma vez por mês, sempre que houver precisão do usuário.

Um cuidado em saúde traçado pela clínica que se demora no olhar, no toque, nas perguntas que devem ser feitas, mas que são entoadas com outra musicalidade, no fazer do saber-poder médico que se dobra, que mareja os olhos, que engasga a voz, que “*faz de um jeito diferente como nunca vi*”, como aconteceu em vários momentos da entrevista com esse profissional de saúde.

Uma afetação que percorreu nossos corpos, o dele e o meu, em pura vibração. Lembrei-me, então de Manoel de Barros, ao poetizar que: “[...] A força de um artista vem de suas derrotas. Só uma alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro. Arte não tem pensa: O olho vê, a lembrança revê e a imaginação transvê. [...]”. (BARROS, 1996, p. 75).

Mas, para isso, é preciso constituir outro posicionamento político-técnico relacionado ao exercício profissional. Algo que perpassa, inclusive, as perspectivas educacionais da formação médica, atravessada pela *microfísica do poder*, operada pelo domínio das relações familiares, até as relações macro em circulação na sociedade, com destaque para o papel (en)formador da universidade.

Trata-se, então, de uma a nova estética de produção de si e das relações intersubjetivas, tecidas pelo *prazer* de fazer algo, pela *amizade* e pelo *amor*. Afetos que perpassam e constituem as relações entre sujeitos, também, da ordem da micropolítica.

Consideremos conjuntos do tipo percepção ou sentimento: sua organização molar, sua segmentaridade dura, não impede todo um mundo de microperceptos inconscientes, de segmentações finas, que não captam ou não sentem as mesmas coisas, que se distribuem de outro modo, que operaram de outro modo. *Um micropolítica da percepção, da afecção, da conversa*, etc. (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p 99. *grifos meus*).

Nesse sentido, há a composição de um novo regime de funcionamento, que opera na realidade e produz realidade. Não pela intervenção homogeneizada de condutas pré-estabelecidas e normatizadas no campo da regulação do acesso, constituindo “[...] um plano das formas ou dos modelos, ou o plano de organização” e, assim, “[...] designando o que está

instituído socialmente de forma molar”, conforme Deleuze e Guattari (1996 *apud* Romagnoli, 2014, p. 48-49). Mas se refere ao

[...] *plano das forças ou da invenção*, também chamado de *plano de consistência*, sustenta a heterogeneidade e as conexões entre os fluxos, sendo composto pelas *forças moleculares e invisíveis que atravessam o campo social*. É nesse plano que se dão os encontros e os agenciamentos que vão gerar novos sentidos, novas formas de expressão e promover a resistência ao que tende a se reproduzir no plano dos modelos. Vale lembrar que a distinção de regime se dá na forma de funcionamento dos fluxos: *segmentar, estratificada, no plano de organização; e fluida, conectiva, no plano de consistência*. (DELEUZE; GUATTARI, 1996, *apud* ROMAGNOLI, 2014, p. 49, *grifos meus*)

Há, assim, a tecitura de *relações de resistência*, produzida por agenciamentos no exercício da micropolítica dos encontros intersubjetivos, que tensiona e opera contra condutas ao modo de governar instituído. *São linhas de fuga em produção*. Afinal, como afirmam Deleuze e Guattari (2012, p. 103), “Sempre vaza ou foge alguma coisa, que escapa às organizações binárias, ao aparelho de ressonância, à máquina de sobrecodificação [...]”. (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p 103).

Minha alegria, foi a de ver que no SUS, coisas ainda vazam e escapam, produzindo outros desejos e afetações.

7.4 “Pelo fato da Santa Casa ser porta aberta, acham que recebe todo mundo”: a regulação do acesso e a produção da vaga na “vaga zero”

Na área hospitalar, toda a regulação do acesso para internação e ambulatório especializado, é feita pela CRESUS-Sobral, via UniSUS-Web, com funcionamento de 24 horas. Não há regulação municipal, quando a referência é para um equipamento hospitalar, seja para internação ou para atendimento ambulatorial eletivo. Considerando que a disponibilidade ambulatorial do HRN está sendo centrada no atendimento de seus internos e egressos, trata-se de um agendamento mais direcionado à Santa Casa.

À época desta pesquisa, a CRESUS-Sobral dispunha de 21 profissionais médicos, que realizavam as atividades de regulação, por meio de uma agenda de trabalho, onde ficavam dois médicos durante o dia e um à noite. Durante o dia, um regulava a parte ambulatorial e outro a internação. Como na área ambulatorial a demanda não era tão grande, assim que finalizada, esse profissional médico somava-se ao outro para a regulação da internação.

Na Santa Casa de Sobral, funcionam dois serviços relacionados ao processo de trabalho da regulação assistencial. Um que se responsabiliza por toda a área obstétrica, ambulatorial e de internação, considerando “[...] o fluxo [que] é imenso, então a [Central de Marcação de Leitos ao ver que se trata de uma] avaliação obstétrica, já deixa para que pessoa lá, [da ala da maternidade], veja”. (PS-SCS). E, o outro, que é feito pela sua Central de Marcação de Leitos, responsável pela enfermaria

[...] São Joaquim, enfermaria São José, as UTI, UTI pediátrica, neo [neonatologia], emergência, oncologia, esses serviços; a enfermaria São José é pós-cirúrgico, a São Joaquim são pacientes clínicos, tem as enfermarias na São Joaquim que são destinadas a pós-cirúrgico de trauma e clínico mesmo. A enfermaria São Joaquim [se ocupa dos casos] clínicos e a enfermaria São José é cirurgia geral. (PS-SCS).

Assim, além da “*porta aberta*” na área obstétrica, a Santa Casa de Sobral é unidade de atendimento macrorregional em

[...] poli traumas e pacientes neurológicos, algumas condutas clínicas a gente acaba atendendo, porque, querendo ou não, somos porta aberta, alguns pacientes com problemas renais e até mesmo oncológicos e, de vez ou outra, aparece alguns pacientes que tem problemas com infectologia, sendo que nós não temos mais infectologista e nem enfermaria para a infectologia, mas, infelizmente, às vezes, acaba atendendo algumas, porque para a Central [CRESUS-Sobral] nós somos ainda a referência [...]. (GFS-SCS).

Trata-se de um equipamento de referência com tradição regional, e mais do que isso, um serviço “*porta aberta*” nas áreas das urgências referidas, fato que intensifica o encaminhamento de pacientes para lá. Inclusive, em áreas clínicas onde não é mais referência, como a infectologia, considerando a não atualização da PPI e, conseqüentemente, a não atualização desta informação na CRESUS-Sobral.

Os municípios que não dispõem de unidade hospitalar seguem a rotina de encaminhamento inicial do paciente para o primeiro hospital de referência, conforme o PDR e pactuação em PPI, ambos em vigor. Neste caso, é o primeiro hospital de referência que efetua a transferência para outra unidade hospitalar, como a Santa Casa de Sobral e o HRN, via UniSUS-Web.

No caso de Pacujá, [...] não tem hospital e, provavelmente, ele [paciente] vai ser encaminhado para Mucambo, que é a [primeira] referência [hospitalar] daquelas cidades, Graça e Pacujá. Então, ele vai para Mucambo, de Mucambo, se for um caso de uma avaliação de ortopedista, por exemplo, um acidente que aconteceu, hoje, [...]. Então, esse paciente vem, ele passa por essa regulação [...] e o hospital de Mucambo vai inserir o paciente de Pacujá, tal, tal, vítima de acidente, enfim, essa solicitação é

feita por [um profissional de Mucambo que tem esta] função ou pode ser pelo enfermeiro, dependendo do hospital. Vai para [...] o sistema do médico regulador, lá na Central [CRESUS -Sobral] ele vai avaliar o que precisa, será que essa solicitação está faltando alguma informação? Sinais vitais? Se estiver faltando alguma informação, ele coloca uma pendência para o hospital [de origem, no caso, de Mucambo] atualizar, colocar melhores informações, isso não só para um paciente com avaliação da ortopedia, pode ser qualquer outro tipo de caso. Então, [...] ele viu que está tudo OK e não [tem] pendência. No caso de uma avaliação do ortopedista, ele [médico regulador] já sabe que é perfil da Santa Casa, [...] assim, vai colocar na ocorrência [para] encaminhar para a Santa Casa, onde é visto pela Santa Casa, [via UniSUS-Web que], o médico [regulador da CRESUS-Sobral], previamente, já autorizou e já disse que pode vir, entendeu? Assim, a [Santa Casa] só faz autorizar a vinda dele. Mas, como você sabe, os hospitais de origem, na maioria das vezes, não esperam nem colocar no Sistema e o paciente já está [na Santa Casa] [...] vem com vaga zero e, muitas vezes, não é perfil daqui, [...] pelo [fato da] Santa Casa ser porta aberta, acham que recebe todo mundo, mesmo sem ter a mão-de-obra, assim, um paciente que é perfil clínico, por exemplo, que tem total condição de ir para o Regional [HRN], muitos já vêm para [Santa Casa] sem regulação. (PS-SCS, grifos meus).

Assim, a regulação do acesso de um equipamento hospitalar para o outro, segue esse fluxo assistencial, chamando a atenção a prática da “vaga zero” vinculada à condição de “porta aberta” da Santa Casa, algo que se mostrou bastante corriqueiro nas relações de transferência hospitalar intermunicipal em casos de urgência.

Nesta circunstância, muitas vezes, a transferência acontece e somente depois é lançada no UniSUS-Web, ou é lançada, porém, sem aguardar o parecer do médico regulador. O paciente, então, é deslocado sem garantia de vaga e em regime de urgência. Dependendo das condições clínicas apresentadas, o paciente pode ou não ser recebido. Caso não o seja, é contra-referenciado para outro equipamento hospitalar, cujo perfil seja adequado ao seu caso.

A prática da “vaga zero” deve ser exercida pelo médico regulador da CRESUS-Sobral, o qual tem autonomia para assim proceder. “Se ele tiver a consciência de que aquele paciente é realmente perfil daquela unidade e que ele está correndo risco de vida na unidade de origem, ele autoriza a vinda do paciente em vaga zero. (GES-NR).

Atualmente, a “vaga zero” é um dos desafios na regulação do acesso, compondo-se como uma prática não discursiva recorrente no processo de transferência hospitalar intermunicipal. Para o profissional da Santa Casa, trata-se de uma questão a ser trabalhada, principalmente,

[...] a nível dos municípios. Não sei se é necessário um treinamento com essas pessoas, com os gestores, para que se possa ter uma responsabilidade maior, porque são vidas e, muitas vezes, vir para cá, [Santa Casa], sabendo que é [para] outro local, indo para o outro local, o correto, é mais rápido, poderia resolver melhor, então, a gente tendo um controle de onde ir, o que fazer, qual o hospital a ser encaminhado, uma coisa certa, uma coisa correta, sem dúvida, seria mais benéfico ao paciente. (PS-SCS).

Mas seria mesmo o treinamento potente para resolver a questão da “vaga zero”, intensamente reiterada na Santa Casa, dada a sua condição de ‘porta aberta’? Qual o contexto que produz a “vaga zero”?

A “vaga zero” se constitui como um efeito das relações de tensionamento entre gestores, entre profissionais de saúde e entre gestores e profissionais de distintos equipamentos, com papéis institucionais diferenciados. Tensionamento, este, provocado pelo estrangulamento entre a capacidade de oferta existente e a *necessidade real* por leito hospitalar. Uma situação-limite intensa, expressa pela *experiência real* de um paciente que precisa ser encaminhado para um hospital, o qual não dispõe de uma vaga de leito ou disponibilidade para a realização de procedimentos necessários.

Embora bastante procedente, este não seria o único elemento que mobiliza o vai e vem da “vaga zero”. Muitas outras razões constituem o leque de argumentações, tanto de um lado quanto de outro, ou seja, tanto do hospital de origem, que opera a “vaga zero”, como do equipamento a quem a ela se destina. Como exemplo, a argumentação de que os municípios dispõem de uma baixa capacidade resolutiva, levando-os a encaminhar pacientes que poderiam ter seus problemas resolvidos em âmbito local.

Às vezes, a gente vê que falta muito, também, a questão de uma organização mesmo dos próprios serviços. A gente encontra pacientes hipertensos que eles já chegam [na Santa Casa] com picos hipertensivos altíssimos e quando a gente vai investigar eles são hipertensos há muito tempo, mas não utilizam medicação, não fazem exames periódicos, não têm acompanhamento no posto de saúde e alguns nem conhecem seus agentes de saúde. A gente está agora fazendo uma pesquisa, principalmente, com os pacientes, vítimas de AVC [Acidente Vascular Cerebral], a gente vê inúmeros erros de medicações, pacientes que vão e retornam com um novo AVC. Então, assim, a gente vê que é um problema, mas um problema que não pode ser resolvido apenas na nossa instância [referindo à Santa Casa], vai além da nossa instância, precisando de um esforço conjunto. (GFS-SCS).

Em uma das reuniões da CIR de Sobral, que participei, a pauta girou em torno da situação obstétrica nos municípios, com cobertura reduzida na realização de partos de baixo de risco, que poderiam ser classificados como partos normais. Mesmo com os Hospitais de Pequeno Porte (HPP), compatíveis com a realização destes partos, segundo os gestores estaduais da CRES, os municípios estavam transferindo suas gestantes para parir na Santa Casa de Sobral, por exemplo.

Conforme a CRES de Sobral, pelos leitos obstétricos cadastrados, a capacidade instalada apresenta-se maior do que vem sendo atendido, sinalizando para a intensificação do deslocamento das pacientes. Enquanto isso, na Santa Casa de Sobral, os atendimentos

extrapolam sua capacidade instalada. Inclusive, os chamados Hospitais Polos, que recebem recursos financeiros do “[...] governo do estado, como um incentivo para que esses hospitais [funcionem adequadamente] e [mesmo assim], por exemplo, algumas pacientes vêm para fazer parto normal”. (GMS-RS).

Diante dessa discussão, na CIR de Sobral, alguns secretários de saúde afirmaram que, muitas vezes, os profissionais transferiam as gestantes para evitar “*correr qualquer risco*”, além da argumentação, às vezes, de não ter como bancar a equipe mínima de profissionais para realização do parto. Ou então, a indisponibilidade de profissionais de saúde para permanecer no interior do estado, indicando o problema de alocação da força de trabalho em alguns municípios.

Compõe-se, assim, um jogo entre forças múltiplas, onde cada sujeito opera seus discursos e suas práticas a depender do lugar institucional que ocupa. Como efeito deste feixe de relações discursivas e práticas acontece a *produção* da “*vaga zero*”. Um ato que sinaliza a quebra das regras da regulação e as fraturas no processo de cuidado em saúde, decorrentes de pontos de estrangulamento do Sistema e das relações de saber-poder que o produzem, fazendo acontecer e prevalecer determinados discursos e práticas.

Outra questão levantada, que permeia a regulação do acesso e a prática da “*vaga zero*”, refere-se ao *exercício da autoridade médica* entre as instituições de saúde envolvidas, como por exemplo, entre a unidade hospitalar de referência e a CRESUS-Sobral. Assim, a questão é: *quem tem a autoridade médica da regulação?*

E ainda, há, também, uma questão a ser muito trabalhada entre a regulação e o médico. Acredito que outros hospitais, também, tenham essa problemática. Eu não digo problemática, mas essa questão a ser revista, porque a [Santa Casa] tem a opção de negar a reserva, [uma negativa que deve ser feita] *sob um aval de um médico ou de alguém que possa vir a ter um respaldo*, então, eles negam, eles dizem que esse paciente não é do perfil da Santa Casa e que deve ser colocado isso [no UniSUS-Web]. Mas a Central do estado [CRESUS-Sobral], o médico da Central diz assim: *encaminho sob vaga zero, o paciente está autorizado e deverá ir para Santa Casa*. Assim, nesse meio termo [não se sabe] o que fazer [...]. *Essa questão, assim, de só tentar saber mesmo quem de fato é que autoriza e quem não autoriza, facilitaria um pouco*. (PS-SCS, grifos meus).

As solicitações visualizadas no UniSUS-Web, uma ou outra, podem ser recusadas mediante a avaliação do médico plantonista da unidade de referência. Recusa, esta, que pode não ser aceita pelo médico regulador que, mesmo assim, autoriza o procedimento em questão, operando a “*vaga zero*”.

Dessa forma, as relações de saber-poder exercidas entre os profissionais médicos acabam, também, tensionando o processo de trabalho da regulação assistencial, onde o profissional não médico, especialmente da unidade de referência, fica sem saber como proceder. Nesse processo, quando o paciente chega na Santa Casa, “[...] fica, a não ser que seja um caso extremo que não era necessário vir, o médico [da Santa Casa] contra referencia e ele [paciente] fica no hospital que o [médico] acha que deveria ir, mas, geralmente, fica aqui [na Santa Casa]”. (PS-SCS).

A prática da “*vaga zero*” constitui-se, assim, como uma medida de abertura para algo que pode dar certo, ou não. Contudo, algo a ser tentado, considerando os tensionamentos do Sistema pela busca do acesso. A intensidade de seu uso sinaliza para a sua institucionalização na regulação assistencial. Uma prática ‘marginal’ que tensiona os processos de trabalho e os fluxos interinstitucionais e intermunicipais, impondo sua regularidade no Sistema, sem o enfrentamento real dos problemas em curso, mas em constituição de algumas das condições necessárias à alimentação da sua engrenagem.

No caso da Santa Casa de Sobral, uma engrenagem marcada pela superlotação, onde “[...] uma das maiores reclamações é a falta de vaga” (GFS-SCS). Certamente, uma questão que interfere na regulação assistencial e contribui para os encaminhamentos em “*vaga zero*”.

Nessa perspectiva, a intensidade de seu uso na Santa Casa de Sobral, em que pesem seus (des)acertos e (in)certezas, atualiza a necessidade extrema de reconfiguração da capacidade de leitos no âmbito regional e macrorregional, levando-me a indagar sobre a possibilidade ou não de ampliação e uso das potencialidades do HRN. *Seria viável e possível tal reconfiguração?*

Compondo o cenário de gestão e de cuidado em saúde, ainda, na Santa Casa de Sobral, adentro em seu cenário de guerra. Uma conjugação paradoxal dos atos de ‘salvar vidas’ pela produção de um ‘ambiente de guerra’.

7.5 A máquina do SUS em “*cenário de guerra*”: a disciplinarização do espaço hospitalar da Santa Casa de Sobral

No primeiro dia em que adentrei a Santa Casa de Sobral, pela ala de urgência em poli traumatismo e outras especialidades, a grande quantidade de usuários naquele lugar me

tomou o fôlego. Era o dia 27 de junho de 2016. Uma segunda-feira¹⁷⁹. Dias depois, em uma entrevista, eu ouviria que, “[...] na segunda-feira, pela manhã, [a Santa Casa] é cenário de guerra”. (GES-NR).

A segunda-feira era o *signal vivo* das batalhas de um final de semana intenso, pelas ocorrências dos acidentes de trânsito, quedas, ferimento por armas de fogo e brancas, entre tantos outros acontecimentos que atropelam a vida das pessoas.

Tem os dias da semana com um maior número de pessoas que geralmente é sábado, domingo e segunda-feira, terça e quarta, geralmente, tem algumas altas e o serviço desafoga um pouco, mas realmente o final de semana aqui existe uma superlotação muito grande. (PS-SCS).

Em escrita-experiência, nas minhas Escritas Cartográficas, registrei minhas inquietações frente ao ‘ruge-ruge (des)humano’ da Santa Casa de Sobral.

O que era aquilo? Algo de uma grandeza inominável. Era preciso experimentar, ver, estar lá, sentir, logo na sua entrada, o ruge-ruge de ambulâncias, macas, cadeiras e pessoas ancorando pacientes de todas as partes e com todas as dores. Logo na entrada, o vai e vem de pessoas é intenso. Profissionais de saúde em correria. Corpos adoecidos com seus acompanhantes. Me vi diante de uma acompanhante ‘menina’ de seus avós. Talvez com seus doze anos. O que era aquilo? Ao adentrar na recepção, que recepção? Tomada por macas e cadeiras com pessoas postas em cada milímetro do espaço disponível. As vozes dos acompanhantes, com alguns que conversei, reverberaram indignações e queixas, outras, compreensão de que tem muita gente doente, então, restava esperar. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 27 e 28 jun. 2016).

Tratava-se, sim, de um “*cenário de guerra*”, “[...] com certeza uma situação precária [...] exposto no corredor e não sei o porquê, se não tem espaço, não sei como é. Eu sei que tem várias pessoas igual a mim no corredor, eu em cima da maca, só com um avental e no soro [...]” (U-SCS).

O constrangimento por estar somente com um avental, com o soro, à espera de algo por vir. Sua vinda à Sobral, pelo deslocamento de Guaraciaba do Norte, foi decorrente de “[...] um acidente de moto e fracturei minha perna em dois lugares, cheguei na Santa Casa por volta de três, três e meia [da madrugada], agora, já são vinte para às dez e estou aguardando, aqui, para ser atendido, para cirurgia”. (U-SCS).

Cheguei até esse usuário pelas mãos de um auxiliar de enfermagem, que me contou que vários pacientes com fratura chegavam com uma “*proteção improvisada*”, uma tala. As

¹⁷⁹Coincidência ou não, anotei em minhas Escritas Cartográficas, do dia 27 de julho de 2016, uma quarta-feira, um mês depois, a surpresa que tive ao ver a recepção da Santa Casa sem macas e cadeiras com corpos adoecidos. Mas, ainda assim, os corredores com ‘enfermarias adaptadas’ estavam lá.

explicações do uso da tala vieram do próprio paciente que tinha “[...] conhecimento porque eu faço curso técnico de radiologia e eu vejo muito a parte de primeiros socorros”. (U-SCS).

Uma tala de papelão, colocaram algodão no papelão e fizeram a imobilização [...] a tala faz parte de um primeiro socorro imediato, ela serve, sim, como imobilização até ser atendido da forma correta com o especialista próprio [...]. *Uma tala pode ser feita por várias coisas, ela pode ser feita até com um cabo de vassoura, uma telha de casa, pode ser feito de papelão, ela pode ser feita de várias coisas e quem manda é a sabedoria do atendente, socorrista.* (U-SCS, grifos meus).

O diagnóstico desse paciente era de uma fratura exposta e outra interna. Em minha habitação na sala ACCR, *aprendi e vi que fratura exposta é sinônimo de acesso.* Ou seja, tratava-se de um diagnóstico “[...] que pode se agravar e que precisa ter um *atendimento de imediato*, então é diferente”. (GFS-SCS, grifos meus). Trata-se uma situação de *risco de vida*, então, “[...] ele tem um acesso para resolver o problema dele”. (GES-NR).

Porém, mesmo com o acesso ‘garantido’, por esta regra clínica em torno da regulação, nem sempre ele, acesso, acontece *de imediato*,

[...] eu me informei com o enfermeiro e ele disse que já tinha dois casos na minha frente mais grave, não é nem mais grave, já haviam chegado primeiro do que eu e também fratura exposta, creio eu, que seja mais grave, e ele disse que daqui uma hora, uma hora e meia eu vou ser atendido para cirurgia. (U-SCS).

De fato, a cirurgia chegou. Não após “*uma hora ou uma hora e meia*”, mas no outro dia, considerando a disponibilidade de leito cirúrgico e de uma prótese necessária à recuperação da sua fratura exposta. Dois dias depois de meu primeiro encontro com esse paciente, fui visitá-lo na enfermaria São Joaquim da Santa Casa de Sobral. Ele estava lá, com sua perna imobilizada, com alguns ‘parafusos’ e sua prótese. Muito feliz, porque enfim, o “*aperreio havia passado*” e em breve poderia voltar para sua casa. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 29 jun. 2016).

Nesse dia, também, fiquei feliz! Afinal, quando você passa pelo ‘funil’, que filtra o acesso ao SUS, a sinalização é a de que está dando certo, alguma máquina está em funcionamento, onde a *fratura exposta é um dos passaportes de entrada na urgência do SUS*, pela porta da Santa Casa de Sobral.

Assim, mesmo na precariedade de macas e cadeiras substituindo um leito; ficar somente de avental, na sala de recepção, esperando o (in)certo; tem uma lógica de funcionamento. Uma máquina de produção orientada pelo *saber-poder médico*, que autoriza

e instrui o “*quadriculamento e a localização funcional disciplinares*” (Foucault, 2014b) do espaço hospitalar, o qual me saltou aos olhos.

Nos corredores, as ‘enfermarias adaptadas’, a ala feminina, a ala masculina, à época com 12 e 23 pacientes respectivamente. Para cada paciente, em uma maca ou em uma cadeira, uma placa de identificação, como em uma ocupação real de um leito hospitalar: nome, atendimento, número do prontuário, data e hora de entrada, idade, especialidade e leito. Quando o paciente foi removido, observei que a placa de papel foi rasgada. As técnicas de enfermagem passavam, administrando a medicação dos pacientes; os médicos passavam em ‘revista’ dos pacientes; o pessoal de serviço geral fazia a limpeza; entre onze e onze meia, uma funcionária servia o ‘almoço’, neste dia, uma sopa colocada em um copo descartável. Os profissionais circulavam na área da recepção, ou porque estavam se deslocando, mas também para prestar o cuidado em saúde, atendiam os pacientes, discutiam os ‘casos’ com outros profissionais. *O corredor era lugar de cuidado e de andança*. Seria isso possível? Possível, ou não, era o que acontecia. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 27 e 28 jun. 2016, *grifos meus*).

Mesmo que em precariedade, um espaço que assegura à cada corpo e a cada paciente o ‘lugar certo’ para ficar, segundo o seu diagnóstico médico, ou a espera dele, ou de algum outro procedimento, impondo, assim, a criação e o aproveitamento de todos os espaços, de modo a torná-los não somente aptos ao ato de vigiar, mas também, revestindo-os de utilidade – espaço útil.

A disciplinarização do exercício médico-hospitalar, mesmo na superlotação, seguia sua lógica de registro e de anotação documental do paciente; em relação ao uso do tempo, determinava os horários de revista médica, de administração de medicamentos, de alimentação e de limpeza; em *quadriculamento e localização funcional disciplinares* do espaço, procedia a disposição organizada e classificatória dos corpos adoecidos, assegurando a ordem, a normalização e o controle da organização e do funcionamento hospitalar, reverberando o dito e escrito por Foucault (2014 b), em “*Vigiar e Punir*”:

[...] um pouco mais tarde, é estabelecido um sistema para verificar o número real de doentes, sua identidade, as unidades de onde procedem; *depois regulamentam-se suas idas e vindas, são obrigados a ficar em suas salas; a cada leito é preso o nome de quem se encontra nele; todo indivíduo tratado é inscrito num registro que o médico deve consultar durante a visita*; mais tarde virão o isolamento dos contagiosos, os leitos separados. *Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico*; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. *Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico*. (p. 141-142).

Tratou-se, assim, do exercício do poder-saber, especialmente o médico, disciplinando os modos de cuidado, associando a ocupação físico-espacial ao um regime

funcional da urgência e emergência da Santa Casa e fabricando subjetividades para que a máquina do SUS rodasse, inclusive, em “cenários de guerra”. Assim,

[...] aqui pode estar lotado como for, a gente não pode fechar a porta, é complicado e a equipe, muitas vezes, ela tem que se desdobrar, porque quer queira quer não, – *ah, mas a gente vai colocar mais um e não tem onde colocar, mas se a gente não atender ele vai para onde? Vai para casa? Principalmente, se for grave ele não tem para onde ir, ele tem que ficar aqui, ou ele é atendido ou ele pode morrer.* (PS-SCS, grifos meus).

O objetivo produzido para o setor da saúde, para os seus profissionais e a sociedade, todavia, nas entrelinhas da máquina do Sistema, nem sempre assegura a vida, afirmando o limiar estreito, entre aceitar o paciente e assegurar, de fato, as condições para o seu cuidado em saúde, para a produção da sua vida.

Nesse sentido, as regras do jogo, limitadas à capacidade de oferta, operam e produzem subjetividades resistentes, porém, algumas vezes, impotentes frente ao “*Sistema [que] não anda*” (GFS-SCS) e que produz, paradoxalmente, a perda de vidas. Talvez, uma impotência também fabricada pela máquina do próprio “*Sistema que não anda*”!

[...] Porque nós, [profissionais emergencistas], trabalhamos sobre pressão [...] a gente trabalha com [o] sentimento de impotência, eu acho que isso é o que nos traz maior indignação, principalmente, com os pacientes oncológicos, que passam quase um mês com a gente, às vezes, esperando uma vaga no ICC [Instituto do Câncer do Ceará]. *Ano retrasado, nós tínhamos muitos pacientes com AVC [acidente vascular cerebral] hemorrágico, esperando uma embolização, feita somente no HGF [Hospital Geral de Fortaleza], porque havia sido reduzido os custos do Regional [Hospital Regional Norte], e a gente vê o paciente conversando com a gente e no outro dia ele faleceu.* Há um mês conosco e a gente se sente impotente. E, assim, a gente mandava eles [usuários] buscarem, entrarem com uma ação contra o Estado, a gente tentava lutar, mas estava além da gente. *Então, eu acho que o nosso sentimento, realmente, é de impotência, porque a gente vê que muitas vezes o sistema não anda [...].* (GFS-SCS, grifos meus).

Mais uma vez, o estreitamento da oferta de serviços de saúde, pelo HRN, apareceu. Em cena, a *redução de custos* e o efeito de um cuidado em saúde que “*vê o paciente conversando com a gente e no outro dia ele faleceu*”. O sentimento de impotência, frente à inoperância do Sistema, acaba produzindo como alternativa, sob responsabilidade do usuário, mover uma ação jurídica contra o Estado, requerendo o cumprimento do seu direito à saúde.

Outra saída, seria a alternativa do uso disciplinado de protocolos assistenciais e de gerenciamento de serviços, sinalizando um caminho já conhecido e adotado na produção do SUS. Na Santa Casa de Sobral, um caminho, pelo discurso abaixo em processualização.

Mas, será [que] se a gente realmente trabalhasse por cima de protocolos, por cima de processos realmente bem estabelecidos e bem treinados com o pessoal, será que a nossa demanda não seria menor? Também, tem disso, *acho que falta mais um processo de organização e realmente de formação de fluxos e de processos dentro das unidades* [referindo aos outros setores do hospital que não a emergência]. A gente está, agora, no nosso *controle de qualidade, estão querendo implementar essa padronização de processos* [...] e se após essa auditoria, se após esse serviço de qualidade [não melhorar o serviço], não diminuir o nosso nível de permanência dentro das unidades, porque se as enfermarias ficam mais de quinze dias com um paciente, eu deixo de subir um paciente da emergência para o centro cirúrgico e o do centro cirúrgico deixa de descer para enfermaria e atrasa o processo, atrasa o fluxo. *Então, precisa ter uma melhor organização e que não vai depender somente do setor emergência, depende de todos os setores do hospital.* (GFS-SCS, grifos meus).

A organização do processo de trabalho em saúde se colocou, assim, como necessária. Entretanto, para além dessa organização, pelas veias do Sistema, ainda corre uma base de sustentação, nada estratégica, à constituição real da integralidade e da universalidade das ações e serviços de saúde, segundo perspectiva em esboço nesta Tese.

Dessa forma, há que se desenhar outras estratégias e tecnologias potentes à máquina do SUS, de modo a produzir a integralidade e a universalidade. Para isso, talvez, o desafio não se limite à implementação de protocolos internos, mas ao enfrentamento político das forças que fabricam o exercício de práticas empresariais e neoliberais nos modos de cuidar e de gerir o SUS.

7.6 “Ele marca a consulta, e se for particular, resolve toda a situação do paciente”: o representante municipal¹⁸⁰ como agente de regulação na Santa Casa de Sobral

Deparei-me com a figura de um representante municipal¹⁸¹, quando do seu movimento entre o ‘pátio’ da emergência e o serviço de acolhimento e classificação de risco da Santa Casa de Sobral, onde este conversava com uma usuária, que vinha acompanhando sua mãe. A conversa girava em torno do atendimento da mãe, uma senhora sentada em uma cadeira de rodas, bastante franzina e abatida. As duas mulheres encontravam-se em deslocamento há oito dias, em um percurso feito de Independência, município de origem, para Crateús, com uma parada no hospital desta cidade, e saída de lá, considerando a agenda de uma consulta especializada na Santa Casa de Sobral.

¹⁸⁰O representante municipal refere-se ao profissional que é contrato por um ou mais municípios, portanto, por ele ou eles remunerados, sendo sua função receber, acompanhar e apoiar os usuários destes municípios, em seu trânsito nos equipamentos de saúde de referência, mas, especialmente na Santa Casa de Sobral, onde ficam previamente instalados.

¹⁸¹Fragmento de história de vida constituído por meio do registro nas Escritas Cartográficas, nos dias 27 e 28 de junho de 2016, na Santa Casa de Sobral.

Elas teriam saído, mesmo sem a alta autorizada, pagando um carro fretado, para o percurso Crateús-Sobral, como forma de não perder a agenda marcada para o dia seguinte. A paciente estava com suspeita de leucemia, com quadro de hemorragia e os pés bastante inchados, segundo informação da filha. Não dispunha de referência do município de Crateús, encarnando um “caso” de urgência e de demanda espontânea. Conforme este representante municipal, “[...] ela não veio legalizada por causa do desespero, por isso, acontece os casos ilegais”.

No serviço de acolhimento e classificação de risco da Santa Casa, o parecer emitido foi o de que o caso não apresentava perfil para aquele hospital, devendo a paciente dirigir-se ao HRN, sem referência da Santa Casa de Sobral. A orientação dada pelo profissional de enfermagem foi a de que elas deveriam “pegar um taxi e ir”. Inconformadas, e sem condição de arcar com mais despesas, dirigiram-se ao representante municipal. Este, em agenciamento estratégico, e me pareceu costumeiro, falou com outro profissional de saúde, que por sua vez intercedeu junto a um dos médicos da emergência, o qual concordou em atender a senhora.

Diante disso, o representante municipal, devidamente autorizado, dirigiu-se ao ACCR e a paciente recebeu uma fita verde¹⁸². Neste caso, o poder do profissional enfermeiro, atuante no serviço de ACCR, foi quebrado pelo poder médico que assegurou o acesso da paciente e, possivelmente, seu encaminhamento regulado até o HRN.

O trabalho do representante municipal está em funcionamento, já há algum tempo, na Santa Casa de Sobral, onde se tem alguns representantes no exercício de sua função há mais “[...] treze, quatorze, quinze anos, por aí, atrás [...]”, conforme sinalizado por um deles.

Anteriormente, o trabalho não era ‘oficializado’ na Santa Casa. Porém, há alguns anos atrás, foi institucionalizado e está sob a coordenação da Ouvidoria do Hospital. Para exercer sua função, os representantes devem apresentar “[...] uma declaração do prefeito e o secretário de saúde [deve] assinar dizendo que aquela pessoa é representante da cidade dele”. (GFS-SCS). Além disso, é exigido o uso de um crachá de identificação e de uma farda, apontando para o disciplinamento de sua existência institucional.

[Há] na Santa Casa *um grupo de trinta e quatro representantes de município*, então, eles representam o município pela prefeitura, pago pelo prefeito [...] este grupo dá uma ajuda muito boa no atendimento [da] Santa Casa [...] Todos os dias, a partir de cinco horas da manhã, eles já estão esperando as *topic* chegarem, eles já sabem quem são os pacientes que vêm, porque a Secretaria liga para eles, para o representante que é funcionário da prefeitura. Liga [e comunica] vai tantos pacientes com nome tal, tal,

¹⁸²No protocolo da classificação de risco do HumanizaSUS, a cor verde sinaliza o acesso a uma consulta ambulatorial médica que deve acontecer em até pelo menos 120 horas.

tal, aí ele [representante] já está recebendo e aqui distribui. Vai com [o paciente], porque chega aqui e você já viu que a Santa Casa é um mundo, é muito grande, então, muita gente não tem o nível cultural para chegar e saber se dirigir sozinho, então, *ele vai resolver toda a situação. Ele marca a consulta, e se for particular, resolve toda a situação do paciente, então, é muito importante o trabalho desse grupo.* (GFS-SCS, grifos meus).

Nesse sentido, o representante municipal funciona como referência para o paciente, auxiliando, inclusive, no agendamento da consulta especializada pelo “*contribuinte*”.

O representante já orienta e indica para onde o paciente vai, já indica a fila e tudo [...] e quando ele [o paciente] não vem referenciado, que ele vai pagar, ele chega e pergunta qual é o profissional? *O representante do município orienta quem é o profissional. É uma cirurgia eletiva, uma hérnia, assim, ele diz nós temos cinco profissionais e ele [paciente] vai escolher qual profissional que ele quer.* (GFS-SCS, grifos meus).

De fato, em grande número, os representantes municipais ficam instalados na área de marcação das consultas ambulatoriais, tanto dos pacientes referenciados como pelo “*contribuinte*”, reiterando o seu papel e vinculação com este serviço. Não somente este, considerando o fragmento de vida narrado anteriormente.

Alguns problemas em relação ao seu trabalho referem-se a sua ausência, identificando a sua atuação como estratégica na regulação-acompanhamento do paciente no ambiente da Santa Casa. Assim,

[...] às vezes, chega um paciente e não os encontra [...], porque, às vezes, as clínicas, daqui, estão lotadas e não têm mais vagas para um médico de ambulatório. Elas [referindo aos representantes] levam para outras clínicas, outros hospitais, porque o paciente não vai deixar de ser atendido. *Eu sei que elas são representantes dentro da Santa Casa, só que o paciente não pode sofrer uma situação, porque não tem vaga, aqui, se tiver vaga a preferência é a Santa Casa e se não tiver, ela vai levar o paciente para qualquer outro canto. Às vezes, chega um [paciente] e ela não está, ela tem levado outro [paciente] para outro canto. Assim, eles [pacientes] se chateiam, porque chegam, aqui, e perdem a consultam porque passou da hora [...].* (GFS-SCS).

Para o profissional de saúde, o representante municipal é uma força, que tanto pode ser positiva como negativa, a depender da situação.

Como é um representante com uma força positiva? Quando aquele representante procura ajudar o seu paciente, mas dentro das suas condições, dentro das condições do hospital [...] em harmonia com a equipe, isso é uma força, porque quer queira quer não, ele ajuda muito na questão do paciente se locomover dentro do hospital, chegar ao serviço que ele [paciente] precisa, agilizar uma consulta ambulatorial e ajuda bastante [...] Mas, quando é uma força negativa? O representante, pelo menos quantas vezes, na ânsia de ter aquele problema resolvido foge as etapas [...] como por exemplo, aguardar o atendimento do paciente dele na hora certa e não ficar

tentando adentrar e procurar o médico – doutor o meu paciente está assim, e estar tentando, através de uma amizade e através do que quer que seja, agilizar, querer burlar o sistema [...] Então, eu acho que seria isso e hoje tem melhorado, não sei que medidas o hospital tomou, ou se tomou, mas a gente percebe uma certa melhoria. (PS-SCS, grifos meus).

Nesse sentido, há um tensionamento entre as forças, encarnadas nos profissionais de saúde, representantes municipais e trabalhadores da Santa Casa, em seus processos de trabalho. Por um lado, o representante municipal interfere e agencia pelo paciente, no sentido de viabilizar o seu acesso, “*quebrando as etapas*” e “*burlando o sistema*”, modificando as intervenções dadas pelo profissional da Santa Casa, como na narrativa anterior. Portanto, em tensionamento, confronto e relações de saber-poder que constroem, interditam e liberam o acesso aos serviços de saúde.

Por outro lado, fortalece a organização institucional da Santa Casa de Sobral, especialmente no funcionamento e nas escolhas do “*contribuinte*”. Neste último papel, um ‘expositor-especialista’ das mercadorias ofertadas pela cesta do *contribuinte*, assegurando o acesso até elas e a escolhas das melhores opções disponíveis. À princípio, nessas relações, não há um tensionamento explícito entre estes e os profissionais de saúde, no desempenho de suas funções.

Porém, tanto em uma forma quanto em outra, sua atuação é reconhecida, seja pelo município, seja pelos pacientes, seja pela Santa Casa de Sobral. Assim, na regulação do acesso aos serviços de saúde, para além da maquinaria já apresentada, o representante municipal, antes um personagem ‘marginal’, acabou sendo tragado e institucionalizado pela Santa Casa de Sobral. Nesse sentido, atua como um ‘especialista’ na regulação do paciente, em suas andanças internas no Hospital e, quando necessário, para fora dele.

Outra questão a indagar, refere-se à ‘necessidade’ dos municípios em financiar um profissional para apoiar o acesso de seus munícipes aos serviços de saúde pagos diretamente ou não. *Seria a profissionalização de um certo clientelismo governamental, potente ao fortalecimento da privatização e do empresariamento da saúde? Seria um mecanismo para assegurar o acesso frente às dificuldades existentes? Seria um tanto destas questões e de outras, que não pude atualizar na produção desta Tese?*

Talvez. De qualquer forma, fica a abertura para outros estudos.

Na sequência, adentro em alguns *acontecimentos-analisadores* vinculados ao HRN.

7.7 A regulação assistencial e a liberação da produção econômica da “AIH”¹⁸³ pelo exercício do poder-saber médico

A regulação assistencial para o acesso ao HRN é feita pelo UniSUS-WEB apoiado por um outro sistema informatizado, próprio do ISGH, que é o prontuário eletrônico, o qual viabiliza [...] a programação de consultas, exames e pareceres de profissionais especializados, que são solicitados pela equipe assistencial, médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos”. (GPS-HRN).

Pelo registro das demandas assistenciais, no prontuário eletrônico de cada paciente, o Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) produz a programação geral de consultas e exames do HRN, devidamente, instruída pelos pareceres dos profissionais diversos. Assim, com essa programação, a equipe do NAC lança as demandas assistenciais para regulação da CRESUS-Sobral, via UniSUS-Web.

Segundo o gestor do HRN, o sistema do prontuário eletrônico possibilita a operação de duas telas de visibilidade: uma, que opera as informações e os procedimentos internos do HRN e, outra, externa a ele, que faz a interface com o UniSUS-Web, considerando que as demandas assistenciais programadas são lançadas neste sistema. A mediação dessas solicitações é feita por meio da atuação do profissional médico do HRN, o qual

[...] pode pedir uma transferência externa ou interna, dentro do prontuário eletrônico [...]. Então, na prática, eu tenho um paciente que foi atendido na emergência, está em atendimento na emergência e o médico da emergência pede uma internação de clínica médica, pode ser na clínica médica do HRN ou da Santa Casa ou de qualquer unidade de clínica médica da Região. O NAC visualiza isso, nós temos um serviço de vinte e quatro horas, que funciona para atender essa demanda e inclui essa solicitação no UniSUS, se a vaga surge primeiro no HRN, a Central [CRESUS-Sobral] autoriza essa internação para o HRN e a partir desse *código de autorização* é que a gente pode internar o paciente. Então, a AIH [Guia de Autorização de Internação] desse paciente só é válida a partir da autorização da Central. Esse acordo, que foi feito entre a Central e os hospitais, operado pelo UniSUS-Web, é uma forma, também, da Central, de fato, acompanhar a ocupação de todos os leitos SUS da Região [no caso Macrorregião de Sobral]. Até porque, aquele prontuário vai ser faturado se realmente a gente tiver a autorização da Central para gerar a AIH. (GPS-HRN, grifos meus).

O processo de regulação do acesso apresenta-se, assim, vinculado ao pagamento dos serviços feitos pelo equipamento de saúde, cuja referência é regulada pela CRESUS-Sobral. É mediante a sua autorização final, que é gerado o código da AIH, o qual é utilizado para o pagamento dos procedimentos de internação.

¹⁸³AIH refere-se à Guia de Autorização de Internação, que é utilizada para proceder o cálculo financeiro relacionado aos procedimentos de internação feitos e que deverão ser remunerados pelo SUS.

O parecer sobre a pertinência ou não da referência hospitalar solicitada, via UniSUS-Web, tanto para Santa Casa de Sobral como para o HRN, é feito pelo médico plantonista, embora, algumas vezes, este parecer sofra interferência do médico regulador, da CRESUS-Sobral, como referido na experiência da Santa Casa, na discussão da “vaga zero”.

No caso do HRN, a “[...] cada plantão [há] um chefe de equipe, que é a pessoa chave responsável por responder as demandas do UniSUS [...] um profissional plantonista [...] ele não faz tanta assistência, ele faz mais regulação e o gerenciamento de leitos”. (GPS-HRN).

Então, tem solicitações externas no UniSUS, pediram transferência para o HRN seja para uma avaliação do especialista, seja para internação ou para um atendimento de emergência, é o chefe de equipe quem dá a autorização, o *NAC funciona muito como um interlocutor*, mas não [é ele, NAC] quem autoriza ou nega vaga ou qualquer pedido que venha pelo UniSUS. Essa autorização, ou negativa [dela], é feita pela equipe médica, especialmente a chefia da equipe da emergência adulta ou pediátrica, é a partir dessa autorização que [o NAC sinaliza] a resposta para o UniSUS. *Então, dentro do NAC, existe esse núcleo de regulação com o [...] suporte dos profissionais médicos para fazer esse tipo de resposta, a negativa ou a aceitação, é a partir dele, do profissional médico e não do profissional do NAC.* (GPS-HRN, grifos meus).

Há, portanto, em todo o processo regulatório, uma centralidade no profissional e nas atividades médicas. À equipe médica cabe a emissão do parecer sobre o atendimento ou não da referência solicitada. Ao médico regulador cabe avaliar cada solicitação, segundo protocolos clínicos especializados, e priorizar as demandas de saúde alocadas no UniSUS-Web, em ambiente ambulatorial e hospitalar.

Trata-se, assim, da organização e do funcionamento do SUS centrado nas relações de poder-saber médico, não só nas ações de cuidado em saúde, como também, na gestão do Sistema, inclusive, operando sobre a produção econômica das internações hospitalares frente à regulação assistencial para a liberação das AIH, entre outras questões.

No “*Nascimento do hospital*”, Foucault (1990c) sinaliza para a constituição do saber-poder médico nas instituições hospitalares, quando estas passam a ser produzidas como o lugar de cura, operando a medicalização do hospital e tornando a medicina hospitalar, ambos pelo regime disciplinar.

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Tudo o que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. *A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à*

disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, a transformação, nesta época, do saber e da prática médicas. (FOUCAULT, 1990c, p. 61, grifos meus).

Assim, durante os séculos XVII e XVIII, são dadas as condições de possibilidade para que, ao final do século XVIII e durante o XIX, haja a constituição do hospital médico, pelo deslocamento da intervenção médica para a cura dos doentes e pela disciplinarização do espaço hospitalar.

Nesse sentido, as relações de saber-poder médicas e a *medicalização do hospital* foram atualizadas, no cuidado e na gestão hospitalar, conforme sinalizado, tanto pela experiência no HRN como na Santa Casa de Sobral. Porém, de forma bastante alargada, considerando ser, também, o exercício de poder-saber médico, central e estratégico na máquina do SUS. Se, antes operado em regime hospitalar, o processo em curso é o de intensificação da medicalização do cuidado – ambulatorial e hospitalar - e da gestão do SUS.

Esta é uma linha de força política, que se mantém em atualização e em extensão no SUS. Contudo, talvez, a inovação a ser dita-escrita-mapeada seja a da sua associação aos modos empresariais de gestão do Sistema, objetivando o refinamento das ações de controle e de produção de condutas. *Como assim?*

7.8 “O NAC é um experimento Lean que busca garantir que os tempos sejam de minutos”: a mecânica da Toyota na regulação assistencial

No HRN, como já dito, há um setor específico, devidamente informatizado que acompanha a regulação do acesso dos pacientes internos e de outros a ele referenciados. Trata-se do NAC, responsável pelas áreas da recepção, acesso, regulação e agendamento de consultas e exames.

Por exemplo, solicita-se uma transferência do paciente do Hospital Regional Norte para o Hospital do Coração para fazer um cateterismo, que não é realizado no Hospital Regional Norte, quem solicita isso é a assistência [do HRN] e quem realiza é a assistência na outra ponta [Hospital do Coração]. Mas o paciente ele está vinculado à assistência [do HRN] e quem vai garantir que esse paciente vá para o destino e volte para assistência, o exame dele, o resultado vai vir com ele e esse procedimento vai ser bem sucedido, quem vai garantir tranquilidade para equipe assistencial [do HRN] e que não precisa ficar procurando o exame ou, [indagando] cadê meu paciente? É o NAC. (GES-NC).

No HRN, funcionam o NAC Central e três NAC satélites: um, na emergência adulta e pediátrica; outro, na obstetrícia e neonatologia; e o terceiro, no ambulatório, o qual funciona

com um centro de imagem e um centro cirúrgico ambulatorial. Cada NAC satélite conta com um assistente administrativo. Os NAC, das emergências adulta e pediátrica e o da obstetrícia e neonatologia, funcionam 24 horas, onde o assistente administrativo é um profissional de nível superior, responsável pela coordenação da recepção, do acesso e da regulação assistencial. O NAC central dispõe de quatro coordenadores, que trabalham em revezamento cobrindo os três turnos de funcionamento.

O NAC foi uma iniciativa da gestão da OSS-ISGH, no Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, hospital público estadual, extensiva aos Hospitais Regionais de Saúde, como também aos “[...] outros hospitais da rede [...] em breve toda rede [pública] estadual vai estar com esse componente [...]”. (GES-NC). Uma iniciativa, que surge na gestão de um hospital público, operada pela OSS-ISGH, considerada por seus gestores, tanto público estadual¹⁸⁴ como do próprio ISGH, como exitosa e, assim, em extensão para toda a rede hospitalar estadual.

A ideia em constituição é a de que o NAC, substitua o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), um lugar de guarda, arquivamento e levantamento de dados, transformando-se em

[...] *um sistema circulatório* dentro da unidade, ele [NAC] participa de todos os processos de apoio e assistenciais, *garantindo a conexão rápida entre eles, lá, é onde agenda os exames, lá, é onde programa todas as situações, controla, confirma, vincula todas as cirurgias*. É por onde os pacientes entram no ambulatório, é por onde os pacientes chegam até lá, *sempre com foco na matriz paciente que ele tem essa percepção através do prontuário*. (GES-NC).

Trata-se de um lugar de organização, conexão e controle dos fluxos assistenciais. O NAC articula e opera todas as demandas assistenciais de execução interna e externa, em relação interinstitucional, pertinentes ao que é denominado como “*cliente interno da unidade*”. O NAC “[...] não tem relação direta com esse elemento que é o fim do SUS [o paciente], ele

¹⁸⁴O Secretário de Saúde do estado do Ceará, Senhor Henrique Javi, nomeado em agosto de 2015 e, ainda, em exercício – junho de 2017, durante os anos de 2013 e 2014, ocupou a presidência do ISGH, onde ingressou em 2003. Matérias jornalísticas, veiculadas no Jornal O Povo, publicizaram os tensionamentos entre alguns deputados estaduais do Ceará e a OSS-ISGH, especialmente quando da assunção de seu ex-presidente, Senhor Henrique Javi, como secretário interino da pasta estadual da saúde e, posteriormente, com sua confirmação na Secretaria. Fonte: Edições do Jornal O Povo, dos dias 31 de maio de 2015 (Saúde do Ceará. ISGH, uma entidade no centro da crise política; Crise na saúde. Alto escalão das secretarias de Saúde no CE ocupou cargos no ISGH; Transparência. Conselheiros e Deputados questionam modelo de OS; 05 de junho de 2015 (Heitor Férrer diz que ISGH virou “farra de boi” e relação promíscua); 03 de junho de 2015 (Deputados do Ceará questionam gestão da saúde no Ceará); 06 de junho de 2015 (Em meio a pedido de CPI, visita de secretário de Saúde na AL é adiada); 08 de agosto de 2015 (Henrique Javi é efetivado na Secretaria da Saúde do Ceará).

[NAC] é meio, então, o cliente dentro dessa condição é na lógica do *cliente do processo interno*". (GES-NC, *grifos meus*).

Quem atende o paciente é o médico, é a enfermeira, é o fisioterapeuta [...] e, assim, ele [NAC] nem aparece. Na realidade, o NAC é o *background* [plano de fundo] *do processo todo, então, ele não aparece*, porém, esse paciente que é o foco da atenção ele acaba sofrendo as consequências da não ligação entre os diversos processos, é o exame que não se localizou, é o processo todo. (GES-NC).

Trata-se do desenvolvimento de uma lógica que coloca o "*cliente interno*", como o "*cliente processo de trabalho*", reiterando, assim, que

[...] o paciente em si, o usuário do SUS, essa pessoa, ela vai estar vinculada à equipe assistencial. *O cliente, nessa relação do Núcleo de Atendimento ao Cliente, é o cliente interno, é o cliente processo de trabalho. Essas unidades todas são certificadas. Nós temos, no Ceará, a maior rede certificada, talvez, a maior rede pública certificada do país. Nós temos hospitais certificados, laboratórios certificados, policlínicas certificadas e os primeiros CEO do Brasil certificados.* Um conceito muito importante do processo de qualidade da atenção e segurança do paciente é, justamente, isso, como foi que a gente ligou o pedido do médico, no ambulatório, à realização do exame que ele solicitou. (GES-NC, *grifos meus*).

Nesse sentido, a organização, a conexão e o controle dos procedimentos, mediante a articulação de condutas entre os profissionais, efetuados pelo NAC, devem ser assegurados como forma de viabilizar a qualidade da atenção e a segurança do paciente. Tratam-se de processos de trabalho caracterizados como corretos e verdadeiros, especialmente porque certificados como tal, via Acreditação, conforme já abordado, anteriormente, nas práticas da Policlínica de Sobral. Aliás, um processo que configura o Ceará como uma das maiores rede pública de saúde certificada no Brasil.

Se, por um lado, o NAC não se relaciona com o paciente, por outro, adota o seu prontuário como peça central para o desenvolvimento do seu trabalho, onde o "[...] prontuário não sai de lá [NAC] para nada que não seja *vinculado ao doente*, prontuário é uma *representação à distância dele [...]*". (GES-NC, *grifos meus*).

A lógica do prontuário virou a principal diretriz para tudo. É [pelo] prontuário que a gente consegue fazer toda a pesquisa para direcionar qualquer coisa de orientação clínica [...] O prontuário é uma *representação simbólica do paciente*, então, é através do prontuário, que a gente consegue inferir qualquer condição de como foi que esse processo de atendimento aconteceu. Então, foram esses prontuários que, a priori, começaram a demonstrar que nós tínhamos prazos em algumas coisas [...]. Na realização de um exame, o paciente estava com quinze dias de permanência e dos quinze, cinco [dias] eram esperando o exame, por exemplo [...]. (GES-NC, *grifos meus*).

Prontuário, este, como já dito, inscrito em versão eletrônica com base em um sistema informatizado, onde ele fortalece e agiliza a

[...] comunicação entre os setores de emergência e centro cirúrgico, emergência e UTI, por exemplo, emergência e laboratório, emergência e farmácia, então, *a comunicação é muito rápida [e] favorece a otimização do tempo*. Eu evito o preenchimento de determinados papéis, o envio desse papel para um outro serviço, quando tudo é feito de forma eletrônica. Então, *acho que a tecnologia da informação é o grande mote que a gente tem, hoje, para gerenciar tempo e melhorar a comunicação interna e externa*. (GS-HRN, grifos meus).

Compõe-se, assim, uma rede de conversação eletrônica, entre setores e profissionais de saúde, agilizando e otimizando a utilização do tempo. Para além dos papéis, o diálogo acontece por mecanismos tecnológicos de informação. Diálogos de saber-poder que comandam os corpos doentes pela determinação de condutas médicas a serem adotadas. Reduzem-se os papéis e atualiza-se a mecânica de controle dos corpos adoecidos, dos procedimentos técnicos e dos modos como devem ser constituídos os processos administrativos e de gestão do cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, a maximização do fluxo do “*processo interno do cliente*”, em suas demandas assistenciais, é orientada pelo seu prontuário e instruída pelos protocolos clínicos e de gerenciamento de serviços. O prontuário, como uma “*escrita disciplinar*”, é um exercício de poder, conforme sinaliza Foucault (2014b), ao falar das formas escriturárias e documentárias que circundam e compõem o *exame*. Um processo que produz uma individualidade atravessada pelo “*campo documentário*”.

O “poder de escrita” médica e de outros profissionais de saúde, tanto constitui o *sujeito-cliente interno*, que nutre os processos administrativos e burocráticos, como o *sujeito-paciente*, que forma o *caso* ‘clínico’ a ser descrito, prescrito, regulado, normalizado e analisado quanto à evolução do seu processo doença-saúde. A identificação e a classificação dos *casos* possibilitam, ainda, a “[...] estatística para produzir qualquer conhecimento e para investigar qualquer coisa”. (GES-NC). O *sujeito-paciente* e o *sujeito-cliente interno* tornam-se, assim, objeto de saber e exercício de poder.

As outras inovações da escrita disciplinar se referem à correlação desses elementos, à acumulação dos documentos, sua seriação, à organização de campos comparativos que permitam classificar, formar categorias, estabelecer médias, fixar normas. Os hospitais do século XVIII foram particularmente grandes laboratórios para os métodos escriturários e documentários. A manutenção dos registros, sua especificação, os modos de transcrição de uns para os outros, sua circulação durante as visitas, sua confrontação durante as reuniões regulares dos médicos e dos administradores, a transmissão de seus dados a organismos de centralização (ou no hospital ou no

escritório central dos serviços hospitalares), a contabilidade das doenças, das curas, dos falecimentos ao nível de um hospital de uma cidade e até da nação inteira fizeram parte integrante do processo pelo qual os hospitais foram submetidos ao regime disciplinar. *Entre as condições fundamentais de uma boa “disciplina” médica nos dois sentidos da palavra, é preciso incluir os processos de escrita que permitem integrar, mas sem que se percam, os dados individuais em sistemas cumulativos; fazer de maneira que a partir de qualquer registro geral se possa encontrar um indivíduo e que inversamente cada dado do exame individual possa repercutir nos cálculos de conjunto.* (FOUCAULT, 2014b. p. 186, *grifos meus*).

O NAC, ao guiar-se pelo prontuário, não se reveste, tão somente, do exercício do *poder disciplinar, da escrita médica*, para assegurar o registro e a documentação do cuidado prescrito e modulado do indivíduo, *sujeito-paciente*. A lógica em operação, acoplada ao poder disciplinar, é a de potencializar o seu uso, como estratégia e tecnologia, para o aprimoramento dos processos gerenciais relacionados ao cuidado em saúde.

Não se trata, apenas, da identificação médica e escriturária do indivíduo paciente, mas de um uso para a *“mitigação dos gargalos”* (GES-NC), expressos nos problemas operacionais dos fluxos assistenciais de regulação do *“cliente interno”*, dado os processos de trabalho fragmentados e pouco eficazes e eficientes.

Nesse sentido, o prontuário eletrônico possibilita ao NAC, em tempos contemporâneos, engendrar, em uma mesma máquina de funcionamento, o exercício da disciplina e do poder-saber médicos com o controle dos processos gerenciais relativos ao cumprimento das demandas assistenciais nele registradas.

Refere-se, assim, a uma operação que repete outra operação, a que faz o uso da mecânica de funcionamento e de organização dos protocolos clínicos, na constituição dos protocolos de serviços, produzindo o que denominei de *gestão da saúde medicalizada*. Portanto, processos e mecânicas que acontecem em diferentes áreas de atuação, pela instituição de um conjunto de tecnologias e de procedimentos, que seguem a mesma lógica de como gerir e cuidar.

Pela característica de ser eletrônico, há uma ampliação do campo de visibilidade e de controle das condutas operadas pelos diferentes sujeitos, certificando a adoção, ou não, das formas prescritas de cuidado clínico e dos modos de gerenciamento. Afinal o prontuário eletrônico

[...] funciona tanto para o ambulatório como para todas as internações [...] então, uma vez cadastrado esse paciente [logo na sua entrada hospitalar] tem todo o seu histórico nesse sistema e a gente consegue ver os atendimentos na emergência, as internações e os ambulatórios e os exames que foram feitos [...] (GPS-HRN).

Estaria ele, prontuário eletrônico, constituído pela engrenagem de funcionamento assemelhada ao panóptico (Foucault, 2014b), porém, em ‘versão’ contemporânea? Um mecanismo que viabiliza uma intensa vigilância e controle dos fluxos assistenciais e gerenciais, entre profissionais de saúde e equipe do NAC?

Certamente, não se trata, aqui, de vigiar o detento, impondo-lhe a condição de vigilância permanente e, assim, coagindo-o pelos olhos que o veem, mas que ele não vê e, especialmente delineando condutas que devem ser adotadas. Seria, talvez, a possibilidade de vigilância e de controle dos profissionais de saúde, onde, ao mesmo tempo em que formam saber e praticam poder, prescrevendo e justificando um ou outro procedimento e exame clínico, sofrem, também, o exercício de poder, para a exata adequação de suas condutas aos rigores dos protocolos clínicos e gerenciais.

Há, ainda, uma vigilância e controle indiretos sobre o “*sujeito-paciente e sujeito-cliente interno*”, como objetos representados por suas demandas assistenciais, assegurando o cumprimento destas, em tempo hábil e com qualidade e segurança. Portanto, por meio de condutas, também, clínicas e gerenciais, que devem ser assumidas e exercidas, seja, por ele, paciente, seja, pela equipe do NAC. Ou seja, instrumentalizadas pelo prontuário eletrônico, as relações de poder atravessam as pessoas, os processos de trabalho de gestão e de cuidado em saúde.

Trata-se, talvez, de uma versão *panóptica* contemporânea, não para *vigiar e punir*, mas para *vigiar, gerenciar e curar*, cumprindo sua encarnação como o “ovo de Colombo”. (FOUCAULT, 2014b, p. 200). Afinal a forma panóptica é

[...] polivalente em suas aplicações: serve para emendar os prisioneiros, mas também para cuidar dos doentes, instruir os escolares, guardar os loucos, fiscalizar os operários, fazer trabalhar os mendigos e ociosos [...] Em cada uma de suas aplicações, permite aperfeiçoar o exercício do poder. E isto de várias maneiras: porque pode reduzir o número dos que o exercem, ao mesmo tempo em que multiplica o número daqueles sobre os quais é exercido. Porque permite intervir a cada momento e a pressão constante age antes mesmo que as faltas, os erros, os crimes sejam cometidos. Porque, nessas condições, sua força é nunca intervir, é se exercer espontaneamente e sem ruído, é constituir um mecanismo de efeitos em cadeia. Porque sem outro instrumento físico que uma arquitetura e uma geometria, ele age diretamente sobre os indivíduos; “dá ao espírito poder sobre o espírito”. O esquema panóptico é um intensificador para qualquer aparelho de poder: assegura sua economia (em material, em pessoal, em tempo); assegura sua eficácia por seu caráter preventivo, seu funcionamento contínuo e seus mecanismos automáticos. (FOUCAULT, 2014b, p. 199-200, grifos meus, aspas do autor)

Então, pela dupla função do prontuário eletrônico, clínica e gerencial, vinculado ao trabalho do NAC, a busca em tecitura é a de maximização de processos, que tenham como

resultado a eficiência, mediante o ajuste entre o tempo utilizado; o papel desempenhado por cada profissional da saúde e a equipe administrativa; e a produção de bens e serviços de saúde de qualidade e com segurança para o profissional e o paciente.

Então, a equipe da assistência solicita uma transferência e o NAC vai fazer esse vínculo com a regulação garantindo tudo isso. Se ligarem lá e disseram assim: Hospital Regional Norte [...] qual é a creatinina dele [paciente]? O NAC vai e imprime a creatinina dele e manda para Central de Regulação [CRESUS-Sobral] e não precisa você procurar o médico que está no plantão para ele fazer isso. Se precisar ter a interação médico a médico outra dificuldade. Ligo para quem? Para qual telefone? O telefone da unidade? Mas o médico está circulando no hospital todo. Então, ele liga para o NAC, ele solicita ao NAC essa atenção, o NAC busca o médico e faz o médico entrar em contato com o regulador, intermediando isso. *E isso, só em termos de tempo, tem um conceito muito legal na saúde em vários lugares do mundo [...] é um conceito de Lean [...] o Lean na saúde é um conceito buscando o máximo de eficiência disso.* (GES-NC, grifos meus).

Refere-se a uma “[...] tentativa de fazer com que a gente busque a máxima relação de segurança, mas de ganho de tempo nesse processo todo. Então, o NAC é um experimento Lean no sentido disso, de que ele busca garantir que esses tempos sejam de minutos”. (GES-NC, grifos meus).

A noção *Lean Thinking*, ou produção enxuta, refere-se a um conceito-metodologia aplicado por empresários de todo o mundo. “Busca a eliminação dos desperdícios nos processos, imprimindo velocidade, reduzindo o tempo total do serviço prestado e melhorando a qualidade do resultado”. (CUNHA; CAMPOS; RIFARACHI, 2011, p. 311). Restrita, até o final da década de 90, a área de manufatura, seu uso vem se expandindo na produção de bens e serviços, inclusive no setor saúde, especialmente com aplicação em unidades hospitalares,

[...] visto que permite alcançar altos níveis de qualidade, baixos custos e prazos de entrega adequados. As organizações usam princípios, práticas e ferramentas *Lean* para gerar valor aos seus clientes, ou seja, bens e serviços com uma qualidade melhor com menos defeitos. *Baseada nos métodos da Toyota, o pensamento Lean leva a melhores resultados com menos esforço, espaço, dinheiro e tempo, em comparação com o sistema tradicional de produção em massa.* O pensamento *Lean* agrega alguns princípios que devem ser considerados aos processos das empresas, que são: *resolver o problema do consumidor completamente, assegurando que todos os serviços funcionem juntos; não desperdiçar o tempo e nem o esforço do consumidor; prover exatamente o que o consumidor quer, onde ele quer e quando ele quer.* (PESTANA et al, 2013, p. 259).

Nesse sentido, a máquina em operação pelo NAC, não somente se dispõe do “*poder de escrita*” do prontuário do paciente, mas atualiza essa perspectiva moderna do poder disciplinar (Foucault, 2014b), pela linha de força empresarial, *Toyota Motor Corporation*, que

pretende a maximização do tempo e da qualidade do serviço, mensurada pela satisfação do ‘cliente’ e pelo bom atendimento das demandas assistenciais do paciente.

Há, dessa forma, o engate entre o uso disciplinar e gerencial do prontuário, em uma possível *forma panóptica*, em versão eletrônica, com o exercício do saber-poder *Lean*, encarnando, no contemporâneo, o uso de “princípios” e modos empresariais na saúde, como os descritos por Cunha; Campos; Rifarachi (2011) e Pestana *et al* (2013). Assim, o diagrama-mapa em constituição é o de traçar a linha do exercício do poder disciplinar, potencializado pela linha, que introduz, no campo do SUS, estratégias, tecnologias e modos de operar próprios do ambiente empresarial. É a intensificação e a harmonização do diálogo entre Estado, sociedade e mercado, contextualizado pela governamentalidade neoliberal.

Mas quais seriam os efeitos dessa conjugação? Efeitos de produção de subjetividades?

7.8.1 Produção de subjetividades: efeitos em sujeito-paciente e sujeito-cliente interno

A conjugação do *sujeito-paciente* com o *sujeito-cliente interno* compõe a dupla dimensão do sujeito institucionalizado da saúde no âmbito do HRN. Por um lado, ele é paciente, sujeito de direito à saúde, referenciado em base constitucional. Por outro, em decorrência da primeira condição, ele é *cliente do processo interno*, em uso do serviço-SUS, cujo engendramento funciona pelo *olhar empresarial*, tecido pelo e no NAC.

Assim, para poder ajustar a fragmentação do processo de trabalho em saúde, que requer medidas de pensamento *Lean*, o sujeito é quem passa a ser fragmentado, objeto de gerenciamentos clínico e de serviço, apresentando-se em suas formas *paciente* e *cliente do processo interno*. Tanto em um modo como em outro, produzido pela “*lógica do prontuário*”.

Nessa perspectiva, a subjetividade em produção está restrita à representação do sujeito-doente e, como tal, constituindo-se como objeto de saber e de poder médicos. As intervenções clínicas e gerenciais voltam-se para a produção da cura em negação à doença. Não há positividade em estar doente. Assim, é preciso que o sujeito-doente retome a sua condição saudável. Afinal é ela quem potencializa seu papel social, referenciado no sujeito normal-sadio. É pelo *status* de sua normalidade, que ele, sujeito, pode desempenhar, também, a sua condição econômico-produtiva na sociedade.

Imprime-se, então, um ritmo de trabalho, cujos processos são instrumentalizados para a sincronia e o controle rígido do tempo, principalmente, em se tratando de uma urgência.

Então, é urgência, o NAC vai providenciar que o exame seja feito na frente dos outros porque ele é urgência, então, urgência tem que ter critério para ela, uma vez tendo tido critério, o NAC, também, vai garantir que alguém veja o exame tão logo o resultado saia. Doutora [...] está aqui o resultado do exame, você vai ver agora o resultado do exame porque o exame é de urgência. Essa lógica para quê? *Para poder ter a máxima resposta do processo assistencial. Essa coisa ela é a principal função dentro desse contexto.* (GES-NC, grifos meus).

O eixo em produção é o da cura e da vida pela “*máxima resposta do processo assistencial*”. Nessa perspectiva, a vida é posta em antagonismo à morte, como um poder sobre a vida, que deve *fazer viver e evitar a morte*. Não se trata, então, de uma afirmação da vida em seus distintos e múltiplos modos de existência.

Paradoxalmente, a produção da vida, aqui, é a das subjetividades inscritas no “*sujeito-paciente e no sujeito-cliente interno*”, restritas ao padrão e forma biomédicos. Pelo eixo de controle da doença, a mecânica de funcionamento não opera o campo de visibilidade e dizibilidade de outros modos de existência.

As mediações para mais vida são as mesmas que curam a doença, evitam a morte e aumentam a perspectiva de projeção da vida no tempo. O tempo vivido, para a ciência médico-biológica, passa a ser objeto de projeção/expectativa de mais vida. O controle do tempo vivido é o controle da morte iminente, adiada no tempo. *Viver é controlar a doença e adiar a morte*. O tempo seria a medida da evitação da morte. *Essa medida torna-se a ferramenta de mensuração do desenvolvimento humano, social e científico, ou seja, quanto mais se vive, melhor controle se tem da doença e maior eficácia pode-se atribuir à ciência, pelo menos à biomédica.* (COSTA; BERNARDES, 2012, p. 827, grifos meus).

Dessa forma, como lugar de cura, o hospital deve produzir condutas clínicas e de gestão, ou seja, subjetividades que garantam os processos para a vida e não para a morte. Lida-se, assim, não somente, com o sujeito restrito à sua doença e seus efeitos no corpo-organismo, mas com a repercussão do descontrole da doença, que afeta a produção das bases científicas e verdadeiras da ciência biomédica, operada para o *fazer viver* a população. Por isso, a intervenção no corpo-organismo doente vislumbra, também, o corpo-população e sua produtividade social e econômica.

Daí o engate do pensamento-empresa ao modo de gestão dos processos de saúde, encarnado na *produção enxuta*. É preciso governar, conduzir condutas, aumentando a probabilidade de mais vidas, normais e sadias, para uma maior produção econômico-social. E, isso, com um menor gasto de tempo, esforço e recurso. Ou seja, recuperar os doentes, produzir eficiência, qualidade e segurança devem ser maximizados, pelo exercício das medidas-condutas prescritas, quando da efetuação das demandas assistenciais arroladas.

O funcionamento hospitalar do HRN, espelhado no NAC e nas suas funções estratégicas, desenhou-se, assim, em modos gerenciais que caracterizam uma gestão por resultados. Utilizando-se, para isso, de tecnologias empresariais, tipo *Lean*. Estas definem as responsabilidades de cada um, ou de cada setor, prezando pela maximização do tempo, otimização dos processos de trabalho e pelo olhar vigilante do NAC-Prontuário Eletrônico.

Para o gestor de saúde, trata-se de um caminho, que objetiva “*exonerar a equipe assistencial*” de processos administrativo e burocráticos.

O NAC ajuda a [...] tirar a burocracia da assistência. Ao invés do enfermeiro do plantão ir atrás de marcar o exame, de ver com o centro de imagem, de ver uma clínica, ou de tentar uma transferência, *quem faz esse papel da burocracia é o NAC*, então, *deixa a equipe assistencial realmente com o foco no paciente e não em problemas administrativos*. (GES-NC).

Ao me deparar com a positividade declarada do NAC, nos termos acima delineados, indaguei-me quanto à mecânica de funcionamento que institui, como iniciativa do governo estadual, diferentes modalidades de gestão, como CPS e OSS. Na primeira, por exemplo, cada um tem uma função e lugar definidos, onde uns cuidam da burocracia e outros da assistência; já na segunda, o Estado transfere sua responsabilidade direta de gestão, ocupando-se da tarefa de regulação, isto é, o Estado regula e as institucionalidades, OSS e CPS, fazem a gestão dos equipamentos de saúde.

Estaria, em curso, a produção de uma lógica de organização e de funcionamento, não somente no HRN, e sim, no SUS do Ceará, em todas as suas dimensões e camadas?

O exercício de governar, que prescreve e dirige condutas, operadas no âmbito micro e macro, perpassa desde as relações constituídas no NAC-HRN como àquelas, que instituem as grandes políticas, como a implantação de modalidades de gestão, como o CPS e a OSS.

A lógica de funcionamento segue, assim, a regularidade de uma mesma ordem de pensamento: definir e separar responsabilidades; aplicar metodologias e tecnologias para otimizar os processos de trabalho e os recursos existentes; produzir qualidade e estimular a concorrência; garantir a produção de serviços que satisfaçam os clientes.

Nessa perspectiva, a produção de subjetividades do “*sujeito-paciente e do sujeito-cliente interno*”, ou do *sujeito doente*, no âmbito do HRN, sinalizam a mesma base conceitual de organização da regionalização da saúde do Ceará, que se pautou pela relação da oferta com a demanda, tomando como ênfase a produção da saúde, inscrita no âmbito do enfrentamento da doença e da extensão de cobertura assistencial. Portanto, em exigência do exercício de micro e macropolíticas.

Importa, então, a captura de “almas”, mediante a fabricação de verdades e de subjetividades adequadas à modos específicos de vida, centrados na doença, onde há condutas para evitá-la, investigá-la, tratá-la e controlá-la, tendo em vista à exigência do prolongamento da vida e de exaltação da ciência biomédica.

Nesse sentido, o sujeito é produzido como *sujeito-paciente, sujeito-cliente interno, sujeito patológico, sujeito normal*, entre outras variações, que certificam um mesmo eixo produtor: o sujeito como objeto de saber e de poder.

Afinal de contas, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a tarefas, destinados a uma certa maneira de viver ou a uma certa maneira de morrer, em função de discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder. Portanto, regras de direito, mecanismos de poder, efeitos de verdade. Ou ainda: regras de poder e poder dos discursos verdadeiros. (FOUCAULT, 1999, p. 29).

A produção de verdade e de subjetividade, mediante relações de poder associadas a formas de saber, constitui um vasto campo, que articula intervenções sobre o *corpo-organismo* e sobre o *corpo-espécie* em torno do *fazer viver*. Algo nem sempre possível, considerando o afunilamento dos processos de acesso aos serviços de saúde mantidos pelo SUS. Mas algo sempre justificável, mediante as verdades fabricadas para a sustentação, também, do *fazer morrer*.

7.9 Protocolo de Manchester: tecnologia para classificar, vigiar, controlar e afunilar o acesso aos serviços de saúde?

O “Protocolo de Manchester”, ou o “Sistema Manchester de Classificação de Risco”¹⁸⁵, como é denominado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco¹⁸⁶ (GBCR),

¹⁸⁵“O Protocolo de Manchester é um sistema de classificação de risco que, inicialmente, foi implantado no *Manchester Royal Infirmary*, na cidade de Manchester, em 1997, e, desde então, adotado como protocolo padrão em vários hospitais do Reino Unido. Desde o ano de 2000, um número significativo de instituições de saúde de várias realidades geográficas e populacionais vem implantando o Sistema Manchester de Classificação de Risco”. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/sistema-manchester->>. Acesso em: 04 jul. 2017. O *Manchester Royal Infirmary* é um grande hospital de ensino vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de Manchester. Maiores informações sobre esse equipamento de saúde em: <<http://www.cmft.nhs.uk/royal-infirmary>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

¹⁸⁶“O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) é uma associação de direito privado sem fins lucrativos e é o único representante legal do *Manchester Triage Group* (MTG) e do Grupo Português de Triage (GPT) nos seus interesses, no Brasil”. Tem como missão: “Divulgar e implementar, no Brasil, o sistema de classificação de risco para atendimento às situações clínicas agudas, tendo excelência na *formação de profissionais e na certificação das instituições de saúde*, que aplicam a classificação de risco nas portas de entrada de urgência/emergência visando a segurança e a qualidade”. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/quem-somos->>. Acesso em: 04 jul. 2017.

ressoou na produção desta Tese quando da minha entrada no HRN. Trata-se de uma tecnologia utilizada para a “[...] identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até a avaliação médica, caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do serviço de urgência, quer em situações de catástrofe ou múltiplas vítimas”¹⁸⁷. (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO). Nesse sentido, o atendimento no serviço de urgência e emergência hospitalar não acontece mais pelo critério de ordem de chegada.

A aplicação do Protocolo de Manchester, no HRN, acontece no setor de triagem da emergência¹⁸⁸ adulta e pediátrica. Conforme orientação do Ministério da Saúde, a classificação de risco do HRN está sob a responsabilidade e execução de um profissional de enfermagem, capacitado como classificador, pelo GBCR. São os enfermeiros classificadores.

O fluxo de atendimento é iniciado com a entrada do paciente no Hospital, onde ele se dirige à recepção, informando seus dados pessoais para abertura do seu “cadastro”. Após este procedimento administrativo, “[...] o nome aparece no sistema [prontuário eletrônico], o paciente [é chamado] pelo nome e encaminhado até a sala da triagem. A sala da triagem ela é individual, garantindo a privacidade do paciente [...]”. (PS-HRN).

[...] quando eu cheguei aqui fui primeiro fazer o cadastro, depois a gente é chamada na triagem, mede pressão e tudo do paciente e depois vai para o leito. O meu pai ficou nos casos muito urgentes, [com] espera [de] dez minutos.

P: Ele ganhou uma fita, é isso? Uma cor?

R: Isso, é a pulseira laranja que é a de muito urgente. Tem a de menos grave, casos leves, o dele foi a de caso muito urgente, imediatamente, foi atendido, a médica [...] já prescreveu os exames e os remédios que ele vai ficar tomando. (U-HRN).

O ambiente da triagem, como em todo o Hospital, é refrigerado, dispendo de um computador, onde o enfermeiro classificador vê o cadastro do paciente e insere seu grau de classificação de risco. Ao sair da triagem, o paciente ganha uma pulseira com uma cor específica, conforme figura abaixo. São cinco cores, cada uma, representando um nível de

¹⁸⁷Site do GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (sem ano e página). Disponível em: <<http://gbc.org.br/quem-somos->>. Acesso em: 04 jul. 2017.

¹⁸⁸O processo de classificação de risco, ainda que vinculado à triagem, insere-se no contexto de orientação nacional do SUS, pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, especialmente no tocante ao dispositivo do acolhimento com classificação de risco; e pela Portaria nº1.600/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências. Nessa Portaria, o acolhimento com classificação de risco, a qualidade e a resolutividade na atenção são reconhecidos como elementos fundamentais do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências, devendo ser requisitos de todos os pontos de atenção.

prioridade para o atendimento médico. Após o recebimento da pulseira, o controlador de acesso¹⁸⁹ conduz o paciente até o lugar do seu atendimento. Para isso,

[...] esses profissionais [os controladores de acesso] ficam com [...] um tablete, ou um celular, ou o próprio computador, visualizando todos os pacientes que são classificados. Eles visualizam, desde a entrada [para o] cadastro, [depois de] classificados e ficam encaminhando esses pacientes para os consultórios médicos [...]. O controlador de acesso, de entrada e saída, chama o [paciente com a pulseira] laranja, para dentro do consultório, e quando ele é atendido, a partir da demanda do consultório, se vai receber uma medicação, se vai fazer um exame, se vai se internar, é ele, também, quem direciona [o paciente para o serviço necessário] [...]. Ele, [controlador de acesso], não classifica, mas ele precisa ter o entendimento do Protocolo de Manchester, de quem são as prioridades para o atendimento, porque é ele quem faz esse direcionamento. Tem uma sala de espera e os pacientes estão aguardando o atendimento médico, é o profissional do NAC, [o controlador de acesso], quem encaminha, quem diz [qual o paciente] vai entrar primeiro baseado no Protocolo. (GPS-HRN).

Um aspecto a ser destacado refere-se à relação entre as cores da classificação de risco com a organização e a distribuição física dos espaços assistenciais, que formam o setor de urgência e emergência do HRN. A lógica de espacialização destes lugares-serviços segue o padrão biomédico aplicado pelas cores.

Assim, há o *quadriculamento* do espaço hospitalar, formando os ‘eixos-alas’ de atendimento vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, todos sinalizados por faixas fixadas no chão. O saber biomédico orienta não somente a classificação de risco, como também a espacialização física hospitalar, onde cada ambiente dispõe do aparato de recursos materiais e humanos correspondentes ao grau de prioridade médica.

¹⁸⁹O controlador do acesso é o “elemento físico” que apoia o NAC em todo processo de trabalho de atendimento às demandas do *cliente interno*, onde “[...] em algum momento, [são necessários] elementos físicos nisso, e não [somente] o eletrônico [...]. O controlador de acesso aparece, justamente, para garantir que esse fluxo originalmente seja seguido”. (GES-NC). Portanto, suas funções não estão restritas à classificação de risco e ao acompanhamento do paciente. Além disso, ele assegura, por exemplo, que os resultados dos exames cheguem até as mãos da equipe assistencial.

Figura 26 - Fluxograma para a classificação de risco e a priorização do atendimento médico no Hospital Regional Norte.



Fonte: Adaptado pela Autora¹⁹⁰.

A graduação dos riscos, segundo figura acima, *sinaliza o tempo de espera para o atendimento médico*. A classificação de risco e de prioridade para o atendimento médico é realizada segundo a análise das queixas, sintomas e exame dos sinais vitais do paciente. A orientação, para isso, é a da captura da queixa principal.

Muitas vezes, o paciente chega lá: - ah, porque eu estou sentindo dor abdominal, dor na cabeça e [apresenta uma série] de queixas. [Então, a pergunta é sobre] qual [é] a queixa principal. *Por ser emergência, qual a sua principal queixa, hoje, e ela, a principal queixa, é dor na barriga, então, no fluxograma, [...] a gente, apenas, observa a queixa principal, classifica [segundo a] queixa principal e encaminha o paciente para o fluxo*. Então, a gente não pode ter este tempo tão longo, investigando o paciente, pelo próprio Protocolo [de Manchester]. Porque, por exemplo, enquanto estou demorando muito com os pacientes na sala de classificação, *estou acumulando os pacientes que estão chegando, então, pode ter um paciente com um risco bem elevado de vida enquanto eu estou investigando, no consultório, um determinado fluxo e o paciente pode ter uma piora na fila de espera, então, já pelo Protocolo [de Manchester é preciso] ser rápido*. (PS-HRN, grifos meus).

Nesse sentido, a classificação de risco segue um processo de trabalho sistematizado, conforme figura abaixo, o qual ordena, por critérios eminentemente biomédicos, a entrada e o

¹⁹⁰Fonte: Imagem disponível em <<http://www.ilhabela.sp.gov.br/blog/hospital-de-ilhabela-inicia-sistema-de-acolhimento-por-classificacao-de-risco-baseado-em-protocolo-mundial/>>.

fluxo assistencial do paciente. Para isso, *a variável tempo se destaca como elemento estratégico*, cujo uso, se não adequado, poderá acumular “*os pacientes que estão chegando*”, inclusive, alguns com risco de vida.

Assim, como forma de evitar a morte e garantir o pronto-atendimento, aos que se encontram em situação de risco, o Protocolo de Manchester disponibiliza, segundo figura abaixo, *cinquenta fluxogramas* relativos aos quadros clínicos de saúde, emergenciais, considerados rotineiros no acesso hospitalar.

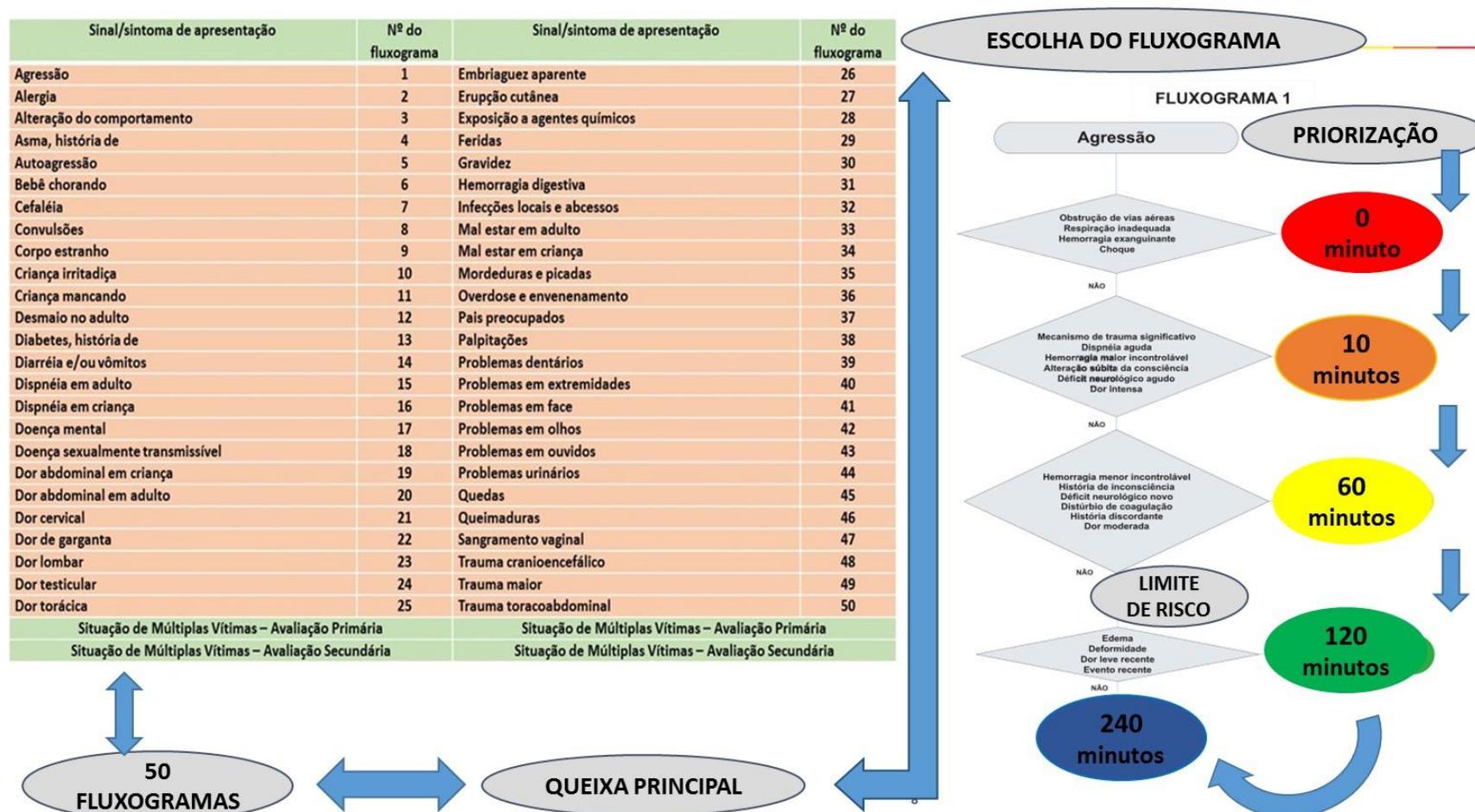
Figura 27 - Índice dos fluxogramas do Protocolo de Manchester.

Sinal/sintoma de apresentação	Nº do fluxograma	Sinal/sintoma de apresentação	Nº do fluxograma
Agressão	1	Embriaguez aparente	26
Alergia	2	Erupção cutânea	27
Alteração do comportamento	3	Exposição a agentes químicos	28
Asma, história de	4	Feridas	29
Autoagressão	5	Gravidez	30
Bebê chorando	6	Hemorragia digestiva	31
Cefaléia	7	Infecções locais e abscessos	32
Convulsões	8	Mal estar em adulto	33
Corpo estranho	9	Mal estar em criança	34
Criança irritadiça	10	Mordeduras e picadas	35
Criança mancando	11	Overdose e envenenamento	36
Desmaio no adulto	12	Pais preocupados	37
Diabetes, história de	13	Palpitações	38
Diarréia e/ou vômitos	14	Problemas dentários	39
Dispnéia em adulto	15	Problemas em extremidades	40
Dispnéia em criança	16	Problemas em face	41
Doença mental	17	Problemas em olhos	42
Doença sexualmente transmissível	18	Problemas em ouvidos	43
Dor abdominal em criança	19	Problemas urinários	44
Dor abdominal em adulto	20	Quedas	45
Dor cervical	21	Queimaduras	46
Dor de garganta	22	Sangramento vaginal	47
Dor lombar	23	Trauma cranioencefálico	48
Dor testicular	24	Trauma maior	49
Dor torácica	25	Trauma toracoabdominal	50
Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Primária		Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Primária	
Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Secundária		Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Secundária	

Fonte: <<https://pt.slideshare.net/rodrigobenfermeiro/fluxograma-manchester>>. Modificado pela autora. Acesso em 04 jul. 2017.

Os fluxogramas são temáticos, cada um representando um problema de saúde. De acordo com a queixa principal do paciente, o classificador seleciona o fluxograma correspondente, indagando sobre os sintomas possíveis, identificados e denominados como *discriminadores*. As respostas devem ser objetivas, sim ou não. Por meio delas, a classificação e a prioridade clínica do paciente são realizadas. Os discriminadores são previamente definidos e padronizados para cada fluxograma. Cada prioridade, como já referido, é sinalizada por uma cor, conforme figura abaixo.

Figura 28 - Sistema Manchester de Classificação de Risco em aplicação no Hospital Regional Norte.



Fonte¹⁹¹: Adaptado pela autora.

¹⁹¹Imagem disponível em <<https://pt.slideshare.net/rodrigobenfermeiro/fluxograma-manchester>>; Acesso em 04 jul. 2017. Adaptada pela autora.

Há, assim, no processo de classificação de risco, com base em evidências clínicas cientificamente comprovadas, a previsibilidade de ocorrências e de sintomas, segundo problema de saúde, cuja identificação classifica a graduação do risco em que se encontra o paciente; *além da definição de condutas para o atendimento médico no tempo correto.*

Mais uma vez, a gestão e o cuidado em saúde ancoram-se no saber biomédico, fazendo valer, nas relações intersubjetivas, sejam elas, entre os profissionais e destes com os usuários, a fluidez do exercício do poder médico, muitas vezes, invisível, mas operante. Não é o médico o responsável direto pela triagem, esta metodologia está sob a coordenação e execução da enfermagem. Contudo é o domínio do saber biomédico e o exercício do poder médico que conduzem o processo de triagem, ou de classificação de risco, no uso da tecnologia do Protocolo de Manchester.

Para proceder a classificação de risco, o profissional de enfermagem dispõe de três minutos para o atendimento. Há um controle disciplinado e rigoroso do tempo, tanto em relação à espera do paciente para a triagem como da sua duração. Caso o profissional extrapole o tempo especificado, ele é chamado, pelo serviço de auditoria do HRN, para fazer uma ‘reciclagem’ de sua capacitação. O controle é feito pelo sistema informatizado, que ao cadastrar o paciente (prontuário eletrônico), entre outros aspectos, contabiliza o tempo utilizado entre um e outro serviço e em cada um deles.

O auditor, como o classificador, passa por um treinamento específico, sendo que para ser auditor é preciso ter sido capacitado, também, como classificador. O auditor tem como responsabilidade monitorar o processo de trabalho da classificação de risco, identificando possíveis inconformidades e sugerindo ajustes, necessários à melhoria das práticas e dos fluxos em desenvolvimento. Ambas as formações são certificadas pelo GBCR.

Outro mecanismo de controle, extensivo à classificação de risco, refere-se ao exercício profissional do controlador do acesso, que se encontra sob a gestão do NAC. Estes profissionais, como já dito, acompanham o paciente, após sua classificação de risco, assegurando o devido cumprimento do fluxo assistencial previsto.

Dessa forma, há um detalhamento minucioso de como o serviço de priorização do atendimento médico deve acontecer, com o exercício disciplinar explícito sobre os profissionais envolvidos e os usuários.

No caso dos usuários, estes devem se adequar ao regime classificatório padronizado, procurando responder às questões a ele referidas, quando da aplicação da

classificação de risco da sua condição clínica. As respostas devem ser elaboradas em tempo hábil e da forma ‘correta’, conforme a lista de sintomas previamente determinados.

Já em relação aos profissionais de saúde, o exercício disciplinar é composto pelo controlador de acesso, que acompanha os fluxos assistenciais e os pacientes, zelando pela ocupação correta do espaço hospitalar e pelo uso adequado e otimizado do tempo, nos processos de trabalho em saúde; o classificador para classificar e enquadrar o paciente em alguma ‘cor’; e o auditor para monitorar se a classificação foi feita em tempo hábil e segundo os parâmetros especificados, recomendando, se necessário for, uma reciclagem técnica para o profissional.

Como elemento facilitador para o controle e para a instituição de uma ordem disciplinada e organizada de funcionamento, onde cada sujeito deve desempenhar suas funções adequadamente e estar no lugar certo, os pacientes utilizam pulseiras, que reverberam os lugares para ir ou estar; e quando internos, usam uniformes para uma identificação visual; seus acompanhantes, também, utilizam uniformes, porém de outra cor, evidenciando sua condição de acompanhante.

Há, então, o exercício de práticas disciplinares sobre os sujeitos envolvidos na engrenagem do processo de trabalho da classificação de risco, asseguradas pela vigilância e pelo controle contínuo de cada ato, gesto e deslocamento. E isso, não somente para garantir o cumprimento do regulamento e das normas prescritas. Pelo engate do saber-poder médico, constitui-se, também, um regime funcional de qualidade, segurança e eficiência quanto à produção de cuidado e de gerenciamento hospitalar, traduzidos pelo valor máximo que é a manutenção da vida do paciente.

Conforme Foucault (2014b, p. 182), o “[...] hospital “bem disciplinado” constituirá o local adequado da “disciplina” médica [...]”, que estabelece as condições para a efetuação de um “[...] campo de objetos perpetuamente oferecidos ao exame” (aspas do autor). Ou seja, o hospital, pelo regime da disciplina médica, toma o sujeito como objeto a ser submetido, constantemente, a *prática disciplinar do exame*, como por exemplo, o ‘ritual’ da classificação de risco.

Na classificação de risco, através dela, com ela e nela, de forma exaustiva e detalhada, os profissionais de saúde são postos à prova para mostrar sua competência, função, habilidade e eficiência. Já os pacientes são postos à prova para evidenciar sua condição de doença e, assim, acessar os serviços de saúde. Embora o acesso seja de caráter universal, é preciso provar, ser classificado para, então, ser admitido no serviço de urgência e emergência.

É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade. No coração dos processos de disciplina, ele manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam. (FOUCAULT, 2014b, p. 182, grifos meus).

Além do exame, a técnica da *vigilância hierárquica*, no processo de classificação de risco, manifesta-se pelo olhar do classificador, que se debruça sobre o objeto paciente para extrair queixas, sintomas e classificar o risco de seu estado clínico; do auditor, que monitora as atividades e o tempo utilizado pelo objeto classificador; do controlador de acesso, que vigia os pacientes classificados, assegurando o cumprimento do seu fluxo assistencial, de entrada e de saída, de um e de outro lugar.

Foucault (2014b, p. 171), ao discutir a *vigilância hierárquica*, em “*Vigiar e Punir*”, dispõe sobre a necessidade de o olhar disciplinar e vigilante ganhar escala, considerando o “[...] aparelho de produção [ter se tornado] mais importante e complexo, à medida que aumentam o número de operários e a divisão do trabalho [...]”. Trata-se, a partir de então, de um

[...] controle intenso, contínuo; corre ao longo de todo o processo de trabalho; não se efetua — ou não só — sobre a produção (natureza, quantidade de matérias-primas, tipo de instrumentos utilizados, dimensões e qualidades dos produtos), mas leva em conta a atividade dos homens, seu conhecimento técnico, a maneira de fazê-lo, sua rapidez, seu zelo, seu comportamento. (FOUCAULT, 2014b, p. 182).

Assim, a vigilância, na medida em que opera as relações econômicas de produção, funciona como uma engrenagem estratégica do poder disciplinar, potencializando seu uso nos vários processos e relações outras de produção, entre elas, a da saúde. Embora passível de visualização em algumas funções, como as que relatei na classificação de risco, a vigilância hierarquizada organiza-se

[...] como um poder múltiplo, automático e anônimo; pois, se é verdade que a vigilância repousa sobre indivíduos, seu funcionamento é de uma rede de relações de alto a baixo, mas também até um certo ponto de baixo para cima e lateralmente; essa rede “sustenta” o conjunto, e o perpassa de efeitos de poder que se apoiam uns sobre os outros: fiscais perpetuamente fiscalizados. (FOUCAULT, 2014b, p. 173-174, grifos meus e aspas do autor).

Trata-se de uma engrenagem, cujo funcionamento requer o enquadramento disciplinar individual, inclusive, com a aplicação de uma outra técnica disciplinar, que é a *sancção normalizadora*, nos casos onde o classificador, por exemplo, ultrapassa o tempo de três

minutos para a classificação de risco. Decorrente disso, ele, classificador, é chamado a fazer uma reciclagem, como forma de redução do desvio e de correção da conduta inadequada.

Então, mesmo com uma atuação localizada e individualizada, a boa prática disciplinar do *exame*, que “[...] combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza”, conforme Foucault (2014b, p. 182), tem seus efeitos alargados e estendidos, pelo funcionamento e encadeamento das relações de trabalho que se constituem em rede, onde algo e alguém estão sempre vinculados à outra coisa e a outro alguém. São efeitos de poder-saber, que percorrem e constituem um feixe de relações, como pequenas fagulhas, que provocam grandes incêndios. Efeitos de produção de verdades e de subjetividades, em atravessamento institucional e subjetivo.

Para isso, em tempos contemporâneos, a vigilância é engatada ao controle, utilizando-se de tecnologias, como um sistema informatizado, tabletes, celulares, computadores. O processo de trabalho inclui a institucionalização de novas funções e ‘especialidades’, representadas pelo controlador do acesso, classificador e auditor; ou ainda pela instituição de novos espaços de trabalho, como o NAC, e pela atualização de serviços, como a triagem hospitalar de pacientes, por meio de novas metodologias, a exemplo, do Protocolo de Manchester.

Vale dizer, para finalizar esta seção, que a iniciativa de implantação do Protocolo de Manchester para a classificação de risco, no processo de triagem, foi do ISGH, organização social que faz a gestão do HRN e de outros equipamentos da rede pública estadual de saúde. Assim, desde 2011, quando do funcionamento da emergência do Hospital Regional do Cariri, também sob gestão do ISGH, o Protocolo de Manchester foi adotado.

Em 2012, o *site* da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará anunciou que outros hospitais estaduais¹⁹², sob sua gestão direta, iriam ser atualizados sobre o Protocolo de Manchester, a partir de uma palestra ministrada pelo GBCR, intitulada “Sistema de Triagem de Manchester: um novo modelo de cuidados de saúde nas urgências e emergências”. Além dos hospitais da rede estadual, as UPA 24 horas, da cidade de Fortaleza, geridas pelo ISGH, também, participariam do evento referido. (CEARÁ, 2012b).

Em 2013, com a inauguração do HRN, mais um equipamento foi acionado para o uso do Protocolo de Manchester, sinalizando tratar-se de uma escolha política do governo estadual, conformando o desenho de uma macropolítica de saúde. Mas, também, nas

¹⁹²Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Hospital de Saúde Mental de Messejana.

microrrelações estabelecidas, no seio de cada instituição de saúde, ou ainda, de forma mais cirúrgica e localizada, nas ínfimas relações entre o profissional de saúde e o paciente em processo de classificação de risco.

Nessa perspectiva, a aplicação do Protocolo de Manchester, para além do atravessamento do corpo-organismo, institui-se como uma estratégia biopolítica, ramificada nos grandes hospitais, cada um localizado em um território geográfico específico e de grande abrangência assistencial, com potência de ramificação das relações de poder-saber, no entre da produção do SUS regional.

Dessa forma, amplia a capacidade do governo para conduzir condutas, regulamentar e normalizar as práticas e os discursos, que giram em torno do acesso aos serviços de saúde, de emergência e urgência, em modos disciplinado, classificatório, vigiado e controlado.

Então, quais os efeitos desse poder-saber, encarnado no processo do Protocolo de Manchester?

Penso que um dos efeitos seja o de afunilamento justificado do acesso aos serviços de saúde emergenciais e de urgência. Mas também de outros serviços não, assim, qualificados. Entrar pela porta da emergência de um serviço hospitalar tem se revelado, muitas vezes, como mais eficiente do que aguardar o acesso regulado eletivo, considerando a oferta insuficiente de serviços especializados ambulatoriais e hospitalares.

Assim, alguns sujeitos tentam ‘driblar’ as normas para viabilizar o acesso a uma ‘pulseira’ classificatória e, por meio dela, ter a garantia de um exame de média ou alta complexidade, como foi esboçado pelo discurso abaixo.

[...] já chegou um caso, [em] que o paciente, referindo uma dor cervical e, inclusive, gemendo e referindo bastante dor, então, eu classifiquei o paciente com dor cervical, classificação laranja, por ser uma dor intensa, e quando chegou no consultório, o paciente chegou super bem e queria uma tomografia. Queria apenas uma tomografia e tinha acabado de vir de um consultório particular, e o médico veio me perguntar isso. Eu fui falar com ele [médico] e explicar o Protocolo, como é que funcionava. (PS-HRN).

Entretanto, se há a produção dessa face da moeda, a outra, refere-se à possibilidade de uso da graduação dos riscos para retornar o paciente ao seu município de origem, por exemplo, nos casos em que as cores aplicadas, ou é verde ou é azul.

Aqui, no hospital, foi determinado, há um tempo atrás, [considerando] a superlotação que estava tendo, [onde], muitas vezes, um equipamento novo, no município ou na região, o pessoal quer vir só para cá, e para determinação de alguns fluxos, dentro do

Protocolo de Manchester, pelas cores, as classificações verdes não ficam mais aqui [...] caso o paciente não consiga se adequar ao fluxograma amarelo, laranja ou vermelho e [fique] entre verde ou azul, a gente tem que referenciar para outro local, [após a avaliação do chefe da equipe médica de plantão]. [...] como não traz risco de vida, o paciente pode aguardar [...] para o atendimento médico. Caso o paciente tenha algum risco de vida, ele é classificação amarela, laranja ou vermelha para o atendimento e não volta o paciente. (PS-HRN).

Ou seja, a outra face da moeda em produção, é o encaixe do paciente que não cabe no perfil de emergência e de urgência do HRN, não cabe nas regras de acesso regionalizadas. Para isso, ele é acionado a voltar ao seu município de origem; ser referenciado para outro equipamento de saúde; aguardar o atendimento em classificação verde ou azul.

Esta última possibilidade em dependência da posição que o profissional venha a tomar, considerando o exercício da micropolítica do trabalho em saúde, como potencializador para [...] o agir cotidiano dos trabalhadores [...]. É no lugar do encontro entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, onde está a riqueza e a intensa atividade de cuidado. (FRANCO; MERHY, 2013, p. 111).

Então, muitas vezes, a gente tenta orientar e conversar a respeito do caso e falar: *olha, você vai entrar com classificação azul ou verde, vai aguardar muito tempo e se quiser tem todo direito de aguardar, mas pode ser que demore um pouco o seu atendimento.* Tudo bem, eu aguardo, e a gente deixa aguardando ali dentro. Então, assim, essa questão da regionalização [...] ela [facilita] muito o processo operacional, mas alguns, não sei, se municípios ou as pessoas, [...] acabam não compreendendo muito essa diferença, entre esse processo burocrático, de operacionalização dos fluxos da rede, com o direito à saúde, com o *direito que o usuário tem de ser atendido, naquele local, se desejar ser atendido naquele local.* (PS-HRN, grifos meus).

Desse modo, sendo a classificação verde ou azul, ou mesmo vermelha, laranja e amarela, o que está em questão é o direito de acesso aos serviços de saúde e não somente o perfil de atendimento de emergência e de urgência hospitalar, determinando aquilo que deve ou não ser acessado.

Na discussão do acolhimento¹⁹³, como diretriz operacional, para inversão da lógica de organização e de funcionamento do serviço de saúde, Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 347) propõem três princípios, entre eles, o de

[...] atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. *Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de*

¹⁹³Embora a aplicação do Protocolo de Manchester, no HRN, seja reconhecido como tecnologia para triagem dos pacientes, portanto, demarcando um processo de trabalho não ancorado na proposição teórica do acolhimento, conforme os autores citados, destaco que faço uso desta base teórica, considerando que o princípio da universalização do acesso aos serviços de saúde é constitucional, assim, passível de ser tomado como referência para assegurar o atendimento do paciente, tanto na triagem como no acolhimento.

acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. (Grifos meus).

Nessa perspectiva, cabe ponderar sobre as entrelinhas do discurso produzido pelo Protocolo de Manchester, onde, muitas vezes, o pressuposto validado é o de que aquele problema de saúde não é grave, não produz risco de vida, portanto, sua resolução não se encontra naquele hospital. Mas também pode não se encontrar em lugar algum, considerando a constituição estreita da cesta de oferta de serviços e de seu acesso a ela, operada pelas instituições de saúde por onde passei.

Como sinalizado nesta Tese, cestas de serviços de saúde que definem um ‘padrão de cobertura e de acesso aos serviços de saúde’, no sentido de fixar quais procedimentos de saúde estarão disponíveis; em quais quantidades; e sob quais condições e regras poderão ser acessados. Trata-se, então, de um regime de organização e de funcionamento, que não responde ao atendimento das necessidades de saúde e, se quer, das demandas de saúde produzidas e modeladas pela oferta possível e cabível no SUS.

Assim, a recusa hospitalar, ou mesmo a postergação do atendimento de saúde, talvez, esteja fortalecendo um regime de produção do SUS, seletivo e afunilado, operado por regras e normas, que filtram e determinam as condições de liberação do acesso aos serviços de saúde.

Portanto, não é possível isolar o atendimento de emergência hospitalar dos outros serviços de saúde da rede SUS e de sua capacidade resolutiva. É preciso, sim, o olhar estratégico de ver-dizer-mapear as forças políticas atuantes no Sistema; a engrenagem e a lógica do seu funcionamento e organização, para, então, implementar contra condutas que potencializem o exercício da micropolítica do trabalho em saúde.

Dando continuidade e como finalização deste capítulo, esboço o processo de ACCR adotado pela Santa Casa de Sobral, que tem como base a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS).

7.10 “O paradoxo da humanização como domesticação das pessoas e afirmação da vida”: o acolhimento com classificação de risco na Santa Casa de Sobral

Na Santa Casa de Sobral, a instituição do profissional de enfermagem no ACCR aconteceu em 2014. À época, foram contratados quatro enfermeiros, como forma de garantir, em todos os turnos, a atuação de um destes profissionais, considerando ser esta uma das

exigências do HumanizaSUS, no tocante ao processo de trabalho do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

A vinculação do acolhimento aos serviços de urgência e emergência, mesmo sendo ele, o acolhimento, transversal às práticas de atenção e de gestão, teve como justificativa os desafios enfrentados por esses serviços: “[...] superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros”. (BRASIL, 2009, p. 8).

Assim, ao entrar na Santa Casa de Sobral, pelo setor de emergência-urgência de poli traumatismo e outros, a primeira porta acessada é a do ACCR. O processo de trabalho é desenvolvido pelo enfermeiro, acompanhado por um técnico de enfermagem. Há, também, em alguns turnos, a inserção de um enfermeiro residente, considerando ser a Santa Casa de Sobral um hospital de ensino.

O protocolo adotado é o do HumanizaSUS, o qual classifica os riscos dos pacientes por quatro cores, conforme discurso abaixo:

*[...] a cor vermelha, que é o paciente [com] risco de vida, ele é prioridade zero; os pacientes amarelos [representam] uma urgência, [...] uma prioridade um; temos o paciente que é classificação verde, não é uma urgência e pode aguardar para receber um atendimento, é prioridade dois; e o paciente azul que é ambulatorial, [prioridade três] aqueles pacientes que vêm apenas para uma terapia medicamentosa, ou *pacientes que realmente querem, porque querem ser atendidos e a gente não pode estar voltando*. Então, a gente meio que orienta o tempo de espera, orienta os outros equipamentos de saúde, que tem, aqui, na nossa região, mas mesmo assim, eles insistem e a gente classifica como azul. (GFS-SCS, grifos meus).*

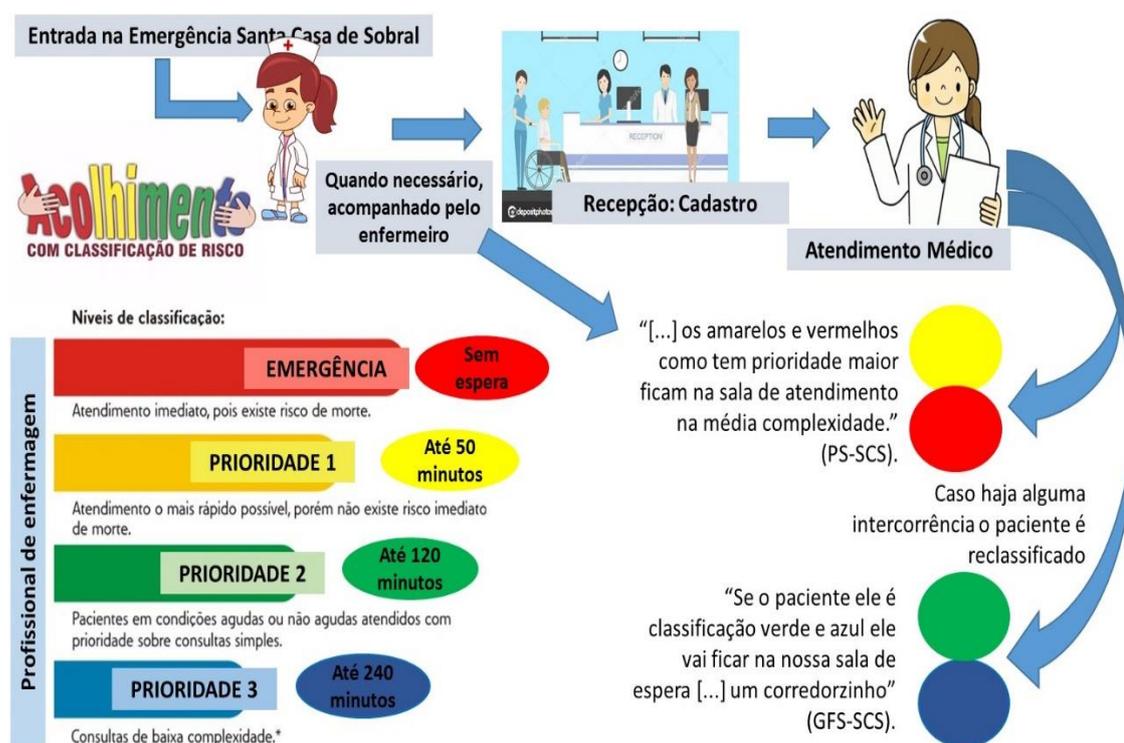
Após a classificação, os pacientes são encaminhados à recepção para fazer seu cadastro, dirigindo-se, em seguida, para os locais de atendimento. Dependendo do quadro clínico do paciente, o de classificação vermelha ou amarela, quando necessário, é acompanhado pelo enfermeiro do ACCR, que informa a situação do mesmo à equipe do serviço de média complexidade.

Em caso de qualquer intercorrência, que leve a mudança na classificação feita, necessariamente, deve haver a atualização da mesma no sistema informatizado do ACCR, implantado em 2016. O processo de trabalho acontece, conforme enunciado e figura abaixo:

[...] acolhendo os pacientes, orientando, vendo os casos, fazendo anamnese e classificando [...] O nosso sistema é o HumanizaSUS [...] e tem, também, o local de atendimento: os pacientes, azul e verde, ficam em determinado local aguardando e os amarelos e vermelhos, como tem prioridade maior, ficam na sala de atendimento na

média complexidade. [O enfermeiro do ACCR] entra, com o paciente mais grave, para passá-lo à equipe, que está na média complexidade, ao enfermeiro do pronto atendimento, para [que ele possa] continuar a assistência a esse paciente [...]. [Mas] têm os pacientes que não são atendidos na emergência. São atendidos ambulatoriamente [...]. [Assim,] a gente encaminha o paciente para procurar o ambulatório, ou o atendimento de emergência oftalmológica, atendimento de emergência traumatológica. Então, a gente vai orientando, classificando e direcionando esses pacientes para onde o atendimento [irá acontecer] dentro do Hospital. (PS-SCS).

Figura 29 - Fluxograma do processo de acolhimento com classificação de risco na Santa Casa de Sobral.



Fonte¹⁹⁴: Adaptado pela autora.

Conforme figura acima, o setor de emergência e urgência da Santa Casa de Sobral, como no HRN, segue uma organização e distribuição do seu espaço físico, constituindo o espaço para o atendimento dos pacientes em situação vermelha e amarela; verde e azul. Entre

¹⁹⁴Imagens do “acolhimento com classificação de risco” disponível em: <

ambos os equipamentos, há uma regularidade no tocante à ambiência hospitalar, em conformidade com as graduações de risco relativo à manutenção da vida.

Segundo o texto básico de saúde, “*Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*”, do Ministério da Saúde, a ambiência é uma das diretrizes do acolhimento, sugerindo a constituição de espaços singulares, que favoreçam os processos de trabalho e a produção de saúde. (BRASIL, 2009).

Para a organização dos espaços e seus usos e para a clareza no entendimento, a composição espacial aqui sugerida é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho, e o do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que chamaremos de eixo azul. Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes. (BRASIL, 2009, p. 30, grifos meus).

Há, assim, a proposição de uma ambiência hospitalar que divide seu espaço, segundo a graduação de risco dos pacientes. O eixo vermelho “[...] está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde”. (BRASIL, 2009, p. 30). Já o azul, refere-se aos “[...] pacientes aparentemente não graves”. (BRASIL, 2009, p. 35). Segundo Brasil (2009), trata-se de uma proposta de ambiência hospitalar que pode ou não ser seguida e ajustada segundo realidade local.

A lógica de organização e de distribuição dos espaços físicos da Santa Casa de Sobral, como no HRN, não permite que os pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde estejam em qualquer lugar e a qualquer hora. Daí a potência do saber-poder médico, na classificação de risco, e dos seus efeitos na determinação da ambiência hospitalar e da gestão da sua economia, pelo cálculo dos recursos materiais e humanos necessários ao funcionamento de cada espaço.

Contudo, entre um equipamento de saúde e o outro, entre a Santa Casa e o HRN, a aplicação dessa lógica apresenta acentuadas diferenças. Entre elas, as condições físicas e materiais dos seus respectivos setores de emergência e urgência. No caso da Santa Casa, embora preconizada a separação física dos ambientes de cuidado para os pacientes com graduação de risco vermelha e amarela,

[...] infelizmente, nós não temos a nossa ala vermelha, que seria o ideal, que era a nossa sala de reanimação, [então,] acaba sendo tudo junto. Os pacientes, que são de

classificação amarela e vermelha, ficam agrupados no mesmo local [...] se o paciente ficou de observação, ele vem para o [espaço] das observações. Aqui, temos duas observações masculinas e uma feminina e as duas observações masculinas absorvem cerca de vinte e três pacientes, no máximo, e a feminina cerca de dez a doze pacientes, no máximo.

P: São quantos [leitos] em cada uma delas?

R: Na masculina, nós temos seis; na feminina, nós temos cinco, o resto são macas.

P: Fica naquela área da recepção e aquele outro corredor?

R: É. Nós temos a nossa frente [recepção], que não era para estar [acomodando] pacientes, mas acaba [acomodando]. Era para ser, apenas, o balcão de enfermagem, [porém] acaba sendo uma nova enfermaria e tem dias que [são] cerca de trinta a trinta e cinco pacientes [ali] na frente. (GFS-SCS).

De fato, como já relatei, as condições de precariedade da Santa Casa de Sobral são visíveis e antigas. O intenso volume de pessoas que por lá circulam e que acessam seu serviço de emergência, em relação ao HRN, sempre me chamou a atenção. O setor de emergência da Santa Casa de Sobral, em quase todas as vezes em que lá estive, sempre estava repleto de pessoas em busca de atendimento, diferentemente do HRN. Neste último, haviam sempre cadeiras desocupadas em seu setor de urgência e emergência, algo que sempre me intrigou e ainda me intriga.

Seria o perfil clínico de cada serviço, influenciando em uma maior ou menor concentração de pessoas? Seria a condição de porta aberta da Santa Casa de Sobral? Seria a “vaga zero” mais intensamente operada nas relações interinstitucionais com a Santa Casa?

Outro aspecto a revelar a fragilidade e precariedade das instalações físicas da Santa Casa, no tocante ao seu serviço de emergência, refere-se à sala onde acontece o ACCR.

A sala de acolhimento para a classificação de risco era estreita e pequena. Sem nenhuma privacidade. Ela tinha dois birôs, um ao lado do outro, com uma entrada para uma outra minúscula sala, com uma maca, e para outra, com um armário, um garrafão de água e um acesso ao banheiro. Quatro microespaços para acolher e classificar. Na parede, na sala principal, logo atrás dos birôs, um *banner*, anunciando a filiação ao HumanizaSUS, e nele, o ‘tal’ do acolhimento com classificação de risco, nas cores azul, verde, amarelo e vermelho, sinalizando o tempo de espera para cada nível de gravidade. À frente dos birôs, umas três cadeiras reservadas para os pacientes e seus acompanhantes. Sua localização era estratégica, próxima ao rol de entrada da emergência, por onde circulavam pessoas, macas, cadeiras de rodas e ambulâncias. Um rol que compunha um ambiente quase que único, com a sala do acolhimento e a calçada da rua. Todas às vezes em que estive lá, no setor de emergência, o movimento do acolhimento, naquela sala, era intenso. *Teria o acolhimento se limitado a um espaço, portanto, localizado, concentrado, com porta e tudo? Um acolhimento ‘apertado’ tal como o ambiente que lhe foi reservado na Santa Casa?* (ESCRITA CARTOGRÁFICA, 28 jun. 2016).

Não se trata, aqui, de considerar tão somente a condição desfavorável da ambiência ao ato de acolher e de classificar o risco dos pacientes que ali adentravam, mas de destacar dois

aspectos em relação à sala do ACCR da Santa Casa de Sobral e ao processo de trabalho em curso. O primeiro, refere-se à compreensão do acolhimento não como

[...] *um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções*; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (BRASIL, 2009, p. 17, *grifos meus*).

Ou seja, o acolhimento como postura ética, como processo que constitui uma rede de cuidado interna à unidade de saúde e externa a ela, vinculando outras instituições, equipes de saúde, usuários, familiares, entre outros. Assim, o fato do enfermeiro, que faz a classificação de risco, sair da sua sala para acompanhar o paciente, em situação de risco vermelha ou amarela, sinaliza a positividade do acolhimento como um processo, para além da classificação em si.

Trata-se, por este gesto, de fazer a intercessão com as coisas, que se põem fora da sala, onde acontece a classificação de risco. Uma desterritorialização que pode constituir uma rede de conversação, entre profissionais de saúde, em torno do cuidado do paciente.

O segundo aspecto, vinculado ao primeiro, diz respeito à ambiência da sala do ACCR potencializar, juntamente com outros elementos, um processo de trabalho que se desenhou ‘apertado’, no sentido do tempo para uma escuta qualificada do paciente acoplada à classificação de risco, considerando o volume intenso de usuários e a inexistência de condições físicas para tal.

A sinalização capturada foi a da *produção de tempos e de processos quebrados, separando o acolher do classificar*, constituindo, muitas vezes, como pude presenciar em meu pouso na sala do ACCR, a valoração do produto classificação de risco e a minimização dos gestos que acolhem, que compartilham, que escutam. Não pela insensibilidade do profissional de saúde, mas pela engrenagem do ACCR engatado ao regime de emergência e de urgência hospitalar, que cristalizam e burocratizam processos de trabalho, subjetividades, enfim, práticas e discursos de saúde.

Um exemplo disso, refere-se à ausência total de privacidade naquele ambiente, necessária para que o outro, adoecido, possa se colocar. Ou mesmo, para que o profissional de saúde tenha ambiência física para fazer perguntas, sem uma exposição de si e do outro. Mesmo em um serviço de urgência, na classificação de risco, a escuta singularizada é uma diretriz que orienta o acolhimento.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão acolhidos por um profissional da equipe de saúde. *Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta ao usuário, para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução.* (BRASIL, 2009, p. 21, grifos meus).

Entretanto, as perguntas para classificação de risco seguiam, quase sempre, o mesmo roteiro: *Como aconteceu isso? Estava de capacete ou sem? Braço direito ou esquerdo? O que está sentindo? Quando foi? Onde dói? Nome? Idade?* Questões necessárias, entre outras, para dar conta das respostas exigidas pelo sistema de informação do ACCR, em uso na Santa Casa.

O “registro” das respostas era acompanhado dos “exames” para a verificação dos sinais vitais. Assim, combinando uma coisa com a outra, a graduação do risco clínico vinha em cor: vermelha, amarela, verde ou azul. Não observei, em momento algum, a ‘escuta’ de condições de vulnerabilidade relacionadas às variáveis sociais, de sexo, de idade, de cor, de raça, de renda financeira. Tudo era muito rápido e urgente, com muitas pessoas para atender. *Como escutar queixas, medos e expectativas? Seria possível o acolhimento em um serviço de emergência e de urgência como o da Santa Casa? Haveria tempo para acolher? Ou somente para classificar?* (ESCRITA CARTOGRÁFICA, 28 jun. 2016).

Tempos e processos quebrados, gestos para classificar mais e acolher menos. Assim, nessa perspectiva, ao final da classificação de risco, é impresso um documento que deve ser assinado pelo paciente, ou por seu responsável. Um termo, ou declaração, abordando a classificação de risco pelas cores e o tempo de espera para cada atendimento. Uma declaração sobre a classificação do risco do paciente, segundo suas informações, sinais vitais, entre outros.

Por que a gente desenvolveu esse termo? Tanto porque algumas pessoas, às vezes, falavam que não tinham sido orientadas [quanto à classificação de risco], então, isso nos respalda enquanto profissionais de saúde e também em [relação à] história do paciente. Porque, infelizmente, no nosso Brasil, existem muitas falcaturas e a Santa Casa já foi, muito, vítima dessas falcaturas em relação ao DPVAT [Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre]. Como a gente não tem o sistema de portaria ainda muito bem regulamentado, muitas pessoas que ficam aqui perto, essas pessoas entram e começam a dizer: - Ah, você caiu de bicicleta e [por que] você não disse que era de moto e, [assim] você ia ganhar tanto? A pessoa vinha da recepção já com outra história, então, para nos respaldar, desenvolvemos esse termo. (GFS-SCS).

Refere-se, então, a produção de um termo que deve ser atestado pelo paciente, conferindo a veracidade das informações por ele prestadas e a validade clínica da sua

classificação de risco. Talvez, um certo compartilhamento burocrático de responsabilidades, entre o profissional de saúde e o paciente, na tecitura de sua classificação de risco. Além de ser um documento que protege a instituição contra as “*falcatruas*” de profissionais vinculado à aplicação do DPVAT. De fato, uma das coisas que me chamou a atenção, em minha incursão na Santa Casa, pelo setor de emergência, foi o seu entorno.

Estou em uma das entradas da Santa Casa de Sobral, justamente, a que dá acesso ao setor de emergência. De um lado, as ambulâncias têm acesso livre e, do outro, o comércio de lojas se atropela à sua frente, em cabides pendurados, expondo vestidos, blusas, calças, uma infinidade de opções, antecedendo o céu azul e quente. Acompanhando os vestuários, tem-se, também, o ‘mortuário’ de caixões fúnebres, à espreita de um corpo morto. É uma funerária a lembrar que ali se trata de um hospital, portanto, a vida sempre estará em perigo, escapando por entre os dedos! Mas, há, ainda, as ‘formas jurídicas’ a dizer e a visibilizar as sociedades seguradoras. Para um acidentado de trânsito, vale lembrar a existência do DPVAT. A vida em modulação comercial, que atravessa os acidentados de trânsito, uma das especialidades de atendimento da Santa Casa de Sobral. (ESCRITA CARTOGRÁFICA, 28 jun. 2016).

Certamente, não se tratava de uma ficção literária. Mas de uma produção real. A vida dos acidentados sob o controle dos ‘seguradores’ do DPVAT. A vida dos acidentados sob o controle do termo emitido da classificação de risco. *Quantos atravessamentos estão a passar por cada cidadão que acessa à Santa Casa de Sobral? E o acolhimento em curso, seria um acolhimento-processo?*

[...] mas hoje a gente pode dizer que o nosso [trabalho] *é um acolhimento e querendo ou não a gente atende um pouco a demanda*, aqueles pacientes que são de classificação azul, que realmente não eram para estar dentro de unidade terciária [...]. O paciente [...] vai poder esperar ou ele [vai] compreender que a demanda dele não é demanda de unidade terciária e que pode ser resolvido, até mesmo, no posto de saúde ou no ambulatório. (GFS-SCS, *grifos meus*).

Dessa forma, um dos sentidos do acolhimento vincula-se à ideia de atender uma demanda, ainda que ela não esteja encaixada no perfil de uma unidade de saúde terciária. Uma demanda ‘azul’. Para o profissional de saúde, da Santa Casa de Sobral, “[...] a orientação é a de acolher, a gente tem que acolher porque nós não somos uma triagem, somos acolhimento”.

Achei a produção destes sentidos bastante potentes, considerando o excessivo afunilamento do SUS, inclusive, apoiado pelos processos de classificação de risco. Todavia, penso não ser suficiente para dar conta dos desafios inscritos na proposição do HumanizaSUS e do acolhimento como um de seus dispositivos, assinalando sobre a importância de

[...] não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do

processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde. (BRASIL, 2009, p 10).

Daí sua constituição enquanto dispositivo, que deve ser acionado para mobilizar, articular e organizar distintos processos de trabalho em saúde, centrados na necessidade de saúde dos pacientes e usuários do SUS. Assim, acoplado ao acolhimento, são necessários fluxos assistenciais, que assegurem o acesso e a continuidade da linha de cuidado de cada paciente por dentro do Sistema. Entretanto, como já discutido nesta Tese, a produção da regulação do acesso encontra-se bastante comprometida, frente à baixa capacidade de gestão da regulação, como também pela oferta restrita de ações e serviços de saúde públicos.

Então, como acontece mesmo o prosseguimento do cuidado relacionado ao paciente verde ou azul, ou mesmo daqueles em vermelho e amarelo?

Embora não excluindo o atendimento imediato dos pacientes, como os enunciados acima destacados, os sinais emitidos foram de um acesso difícil, onde, às vezes, os pacientes têm que vir, retornar para o seu município e vir novamente. Porque naquele dia, não havia vaga, como foi o caso de uma senhora muito idosa, que estava com um problema oftalmológico, sendo acompanhada por sua neta. Na conversa, além da avó, a acompanhante relatou a história de sua sobrinha e os agenciamentos que foram feitos para que ela pudesse ser atendida.

[...] foi para o médico e o médico avaliou e já passou [a avó] para o internamento. Eu vim ontem, [mas] não tinha vaga, voltamos [para o município de origem], e hoje, [estamos aqui] de novo para ver se conseguimos uma vaga para ela ficar internada. [O atendimento] foi bom, não demorou muito não. A moça atendeu bem, o médico também. [...].

P: Você disse que tinha uma sobrinha que estava internada aqui. Como é que foi essa questão da sua sobrinha?

R: A minha sobrinha passou três dias no corredor se batendo. Depois eu liguei para [...] o pai dela e [ele ligou] para umas pessoas que trabalham aqui. O pai dela foi e falou, assim, levaram [a sobrinha] para um quarto, depois [a colocaram] no isolamento e passou quatro dias, no isolamento, e nada de fazer o exame da cabeça dela, a tomografia. [Então,] ele [o pai] foi atrás do prefeito, [que] de lá do município mandou o médico avaliar [minha sobrinha], o caso dela era de risco. (U-SCS).

Mesmo na sala do ACCR, pude presenciar o agenciamento negociado por uma funcionária da Santa Casa, que havia combinado com um dos médicos para consultar sua mãe. Neste caso, a mãe se dirigiu ao ACCR e garantiu seu atendimento, mediante a intervenção da filha e o exercício do poder médico que acolheu o seu pedido. (ESCRITA CARTOGRÁFICA, 27 jun. 2016)

Nessa perspectiva, no processo de ACCR, há o atravessamento de agenciamentos múltiplos que viabiliza e agiliza a classificação e o atendimento. Não se trata, aqui, de julgar

ou mesmo avaliar se o acolhimento com classificação de risco está sendo feito de forma correta ou errada. Mais uma vez, trata-se de ver-dizer-mapear como está acontecendo a sua produção. As relações de poder-saber nele tecidas, que fabricam subjetividades adequadas às regras do jogo, ou resistentes a elas, criando outras regras e agenciamentos. Assim,

[...] o projeto, ele mesmo do SUS, não pode suportar uma existência descolada do plano das experiências concretas no qual o movimento instituinte da Reforma Sanitária fez valer a aposta em mudanças nas práticas de saúde [...] *mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação*, isto é, *os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde*. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392, *grifos meus*).

Dessa forma, é pelo plano da experiência, pela tecitura cotidiana dos processos de trabalho e das relações entre pessoas, práticas e discursos, que se constitui a possibilidade de ruptura ou de manutenção das coisas. Assim, retomo, aqui, a questão citada da participação dos alunos residentes de enfermagem, no ACCR, na Santa Casa de Sobral.

O desenvolvimento deste programa de residência sinaliza o fortalecimento da institucionalização do acolhimento com classificação de risco, nos serviços de emergência e de urgência, por dentro da rede SUS, conferindo capilaridade às suas práticas discursivas e não discursivas. Aprende-se como aluno de graduação da enfermagem e como residente, ampliando as possibilidades de sua aplicação quando profissional de saúde.

Neste caso, a experimentação do real, do acolhimento com classificação de risco acontecendo, pelo residente, pode influenciar sua formação profissional e suas práticas e condutas futuras. Condutas, estas, que podem vir a potencializar a produção da saúde, pelo dispositivo do acolhimento, conforme preconizado pelo HumanizaSUS, ou não.

Ser um hospital de ensino agrega a responsabilidade de problematização, análise e discussão do real, do “*plano das experiências concretas*”. Do acolhimento com classificação de risco em seus limites e possibilidades, enquanto processualidade que acontece, engatando a produção da saúde aos processos de trabalho.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. (BRASIL, 2009, p. 4). Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que eles constroem e que constroem a eles como potência de afetar e ser afetados. (BRASIL, 2009, p. 12).

Corroboro, então, inteiramente, com as palavras de Lancetti (2009), no texto escrito para o encontro nacional de pesquisadores, que iriam discutir a política de Humanização no SUS, “*Notas sobre humanização e biopoder*”.

Acredito que, nas práticas de saúde, especialmente na saúde pública, somos obrigados, constantemente, *a passar pelo meio*, ou seja, *pelo paradoxo da humanização como domesticação das pessoas e afirmação da vida* com sua força de agregação e sua potência advinda de forças vitais pré-pessoais. (LANCETTI, 2009, p. 789, *grifos meus*).

Considerando que o dispositivo do acolhimento está referido no HumanizaSUS, penso valer a pena ponderar sobre os ditos e escritos de Lancetti (2009). Para além das condutas prescritas, em modos de acolher e de classificar riscos, há que se ter inventividade para criar outras condutas, escapando da “*humanização como domesticação das pessoas*”. Como bem disse Foucault, onde há poder há resistência. Penso ser preciso usar as relações de saber-poder para resistir!

Em continuidade desta Tese, em seu capítulo final, faço a tecitura do acontecimento da microcefalia-Zika. Algo que nunca passou por mim, como uma questão que poderia vir a compor esta Tese. Entretanto, um processo que me atravessou, quando de minha habitação na Região de Saúde de Sobral, especialmente em um dos pousos que fiz na CIR, a instância dos gestores que discute a operacionalização do SUS no âmbito regional. A pauta era sobre como proceder à gestão e o cuidado aos bebês microcêfalos.

Nesse sentido, o duplo microcefalia-Zika invadiu a Tese e a produção do SUS, como um acontecimento real, em tempo atual e em escolha central da regionalização da saúde, enquanto caminho a permanecer sendo trilhado para dar conta dos problemas de saúde da população.

Então, quase finalizando a Tese, dobro-a para compor o acontecimento da microcefalia-Zika.

8 GOVERNAR PROBLEMAS EM MODOS REGIONALIZADOS: OS PEQUENINOS ‘NÔMADES’ NO ACONTECIMENTO DA MICROCEFALIA-ZIKA

*“Pensar é sempre experimentar, não interpretar,
mas experimentar, e a experimentação é sempre o atual,
o nascente, o novo, o que está em vias de se fazer.
A história não é a experimentação é apenas o conjunto das condições
quase negativas que possibilitam
a experimentação de algo que escapa à história.
Sem a história, a experimentação permaneceria
indeterminada, incondicionada,
mas a experimentação não é histórica, é filosófica.”*
Gilles Deleuze ¹⁹⁵

O Zika vírus¹⁹⁶ se atualizou. Seus impactos infecciosos romperam a fronteira do corpo individual. Vazaram os limites do corpo gestante, atingindo o feto-bebê, neste último produzindo efeitos inesperados a exemplo da microcefalia¹⁹⁷, (re)qualificada pela relação com o Zika vírus.

Seria um acontecimento? Daquele em diferença e da ordem do inusitado, deixando-nos a todos boquiabertos? Como lidar com sua existência e efeitos em uma certa arte de governar, já que da ordem de uma emergência em saúde pública?

O duplo microcefalia-Zika me capturou em uma reunião da CIR de Sobral, no início de março de 2016. Na reunião, a coordenação da CRES informou aos participantes – secretários e técnicos municipais de saúde - que a Policlínica de Sobral seria a unidade de referência para

¹⁹⁵Deleuze (1992, p. 132), em entrevista a Claire Parnet, “*Um retrato de Foucault*”, no livro *Conversações*.

¹⁹⁶“O vírus Zika é um flavivírus (família *Flaviviridae*) transmitido por *Aedes aegypti* e que foi originalmente isolado de uma fêmea de macaco *Rhesus* febril na Floresta Zika (daí o nome do vírus), localizada próximo de Entebbe em Uganda, em 20 de abril de 1947. Esse vírus é relacionado ao VFA (Vírus da Febre Amarela) e da dengue, também transmitidos pelo *Aedes aegypti* e que causam febre hemorrágica. O vírus Zika tem causado doença febril, acompanhada por discreta ocorrência de outros sintomas gerais, tais como cefaleia, exantema, mal-estar, edema e dores articulares, por vezes intensas [...] mais recentemente na Polinésia Francesa e no Brasil, quadros mais severos, incluindo comprometimento do sistema nervoso central (síndrome de *Guillain-Barré*, mielite transversa e meningite), associados ao Zika têm sido comumente registrados, o que mostra quão pouco conhecida ainda é essa doença”. (VASCONCELOS, 2015, p. 9).

¹⁹⁷“A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. É caracterizada por um perímetro cefálico inferior ao esperado para a idade e sexo e, dependendo de sua etiologia, pode ser associada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a causas diversas. A ocorrência de microcefalia, por si só, não significa que ocorram alterações motoras ou mentais. Crianças com perímetro cefálico abaixo da média podem ser cognitivamente normais, sobretudo se a microcefalia for de origem familiar. Contudo, a maioria dos casos de microcefalia é acompanhada de alterações motoras e cognitivas que variam de acordo com o grau de acometimento cerebral. Em geral, as crianças apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com acometimento motor e cognitivo relevante e, em alguns casos, as funções sensitivas (audição e visão) também são comprometidas. O comprometimento cognitivo ocorre em cerca de 90% dos casos”. (BRASIL, 2016a, p. 10).

atender os bebês com microcefalia não só da Região de Saúde de Sobral, como também de toda Macrorregião Norte, constituída por 55 municípios.

Para isso, seria implantado na Policlínica de Sobral um Núcleo de Estimulação Precoce (NEP). Entre o anúncio feito nesta CIR e um dos pousos que fiz na Policlínica, em meados de agosto de 2016, o NEP estava implantado e em funcionamento. Sua inauguração havia ocorrido no início de junho daquele ano.

A sala estava funcionando há três meses. Quando vim da última vez, só havia o espaço, mas agora estava tão lindo! Cheio de cor em desenhos de florestas e animais na parede. Perguntei se teria sido a equipe a propor as imagens e o balançar da cabeça, para cima e para baixo, me confirmou a proposição. *Fiquei surpresa diante da agilidade de sua implantação. Acostumada a uma certa lentidão entre a resolução de fazer algo, a disponibilidade de recurso e este algo realizado, pensei que de fato a microcefalia-Zika havia se imposto como um problema.* Quais seriam as condições de possibilidades para a constituição dessa agenda político-técnica? Quais seus efeitos? Pistas para seguir, para cartografar? (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 15 ago. 2016).

A implantação do NEP era decorrente da

[...] *explosão* da microcefalia. A primeira dama do Estado viu a necessidade de estar treinando as Policlínicas do Ceará e a gente, [a Policlínica de Sobral], foi premiada para ser a primeira a ir para esse treinamento e implementar, realmente, o serviço. Todos os profissionais que compõem o Núcleo [NEP] já trabalhavam na Policlínica [de Sobral], não com a estimulação precoce. (PS-POLI, *grifo meu*).

O enfrentamento do duplo microcefalia-Zika, na Região de Saúde de Sobral, desenhou-se pela especificação de um novo espaço assistencial e de práticas de estimulação precoce, no caso o NEP, mas reverberando outro lugar de saúde, a Policlínica de Sobral, como uma unidade de referência, em cuidado ambulatorial especializado, no âmbito daquela Região. Portanto, reafirmando a estratégia de regionalização da saúde no processo de desenvolvimento do SUS do Ceará.

A implantação do NEP, de fato, não aconteceu apenas na Policlínica de Sobral. Em matéria publicada no dia 27 de julho de 2016, no *site* da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, a informação era de que 19 Policlínicas haviam implantado o NEP “[...] com o objetivo de atender crianças com distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor, como a microcefalia, paralisia cerebral, síndrome de *Down*, prematuras, entre outros”. (CEARÁ, 2016b).

No NEP da Policlínica de Sobral, quando do meu pouso neste serviço,

14 crianças estavam sendo assistidas, duas vezes por semana. Destas, uma era de Sobral e *as demais eram de outras cidades*. O Programa de Estimulação Precoce havia sido priorizado para as crianças de 0 a 3 anos, com microcefalia decorrente de infecção

pelo vírus Zika. Mas se abria, agora, para o atendimento de outros distúrbios neuropsicomotor. Das 14 crianças, uma tinha síndrome de *Down*. *A regionalização da saúde permanecia sendo a lógica de organização produtora do SUS*. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 15 ago. 2016).

Estava em curso, assim, a institucionalização do modo de gestão e de cuidado em saúde que deveria ser ofertado, especialmente para os bebês microcéfalos por infecção do vírus Zika, e isso, em lógica regionalizada. Daí a decisão de implantação do NEP nas Policlínicas cearenses. O espaço governamental de tratamento do problema extrapolou o domínio técnico-político da Secretaria da Saúde do Estado, ganhando o *status governamental e social* de articulação da primeira dama estadual. (CEARÁ, 2016b).

Além da definição do modo regionalizado, encarnado no lugar de assistência especializada, a gestão do cuidado em saúde da microcefalia-Zika incluiu a estratégia de parceria com o Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce¹⁹⁸ (NUTEP) e os municípios cearenses. Por meio dessa parceria, alguns profissionais de saúde da Policlínica de Sobral foram capacitados para as práticas de estimulação precoce de bebês microcéfalos, até então não ofertadas naquele equipamento de saúde.

O NUTEP capacitou primeiro uma equipe formada de fonoaudiólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. A previsão era de que em agosto seria iniciada a capacitação da assistente social, da psicóloga e da enfermeira. A prática de fazer o uso de conhecimentos aplicados por instituições certificadas como de *notório saber*, em áreas técnicas específicas (no caso o NUTEP), repetiu-se.

No NEP da Policlínica de Sobral, a admissão de bebês microcéfalos abrangia a faixa de idade de zero a um ano, com permanência até os três anos de idade¹⁹⁹. Após completados os três anos, as crianças seriam assistidas por outros profissionais de saúde da própria Policlínica, porém, não vinculados ao NEP. A ideia era a de garantir a continuidade do cuidado em saúde dessas crianças.

¹⁹⁸O Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce é vinculado à Universidade Federal do Ceará. Trata-se de “[...] uma instituição sem fins lucrativos, criado em 1987, que funciona no Complexo Hospitalar da Faculdade de Medicina como um programa de extensão da UFC. Atua também como Centro de Referência no município de Fortaleza e no Ceará para o atendimento às crianças que estejam sob o risco de apresentar distúrbios no desenvolvimento neuropsicomotor e sensorial ou com patologias já definidas. Oferece também treinamento aos familiares que convivem com essas crianças”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2013).

¹⁹⁹Ao fazer a leitura do documento “*Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia*” (Brasil, 2016b), observei que a orientação para estimulação precoce se referia a faixa etária de zero até os três anos de idade, portanto, a ser adotada em escala nacional, constituindo um padrão de atenção ao grupo de bebês microcéfalos ou com outros distúrbios neuropsicomotores.

No acompanhamento dos bebês adoecidos²⁰⁰, considerando a perspectiva regionalizada deste serviço de saúde, uma questão posta foi o deslocamento dos pacientes do município de origem para a Policlínica, em Sobral. Conversando com a acompanhante de um bebê em atendimento no NEP, sua madrinha, soube que seu deslocamento havia sido feito por um veículo da Secretaria de Saúde do seu município. No caso, um transporte específico para levar e trazer os bebês em atendimento. Algo nem sempre possível e manifesto, ainda, como um dos desafios para o programa de estimulação precoce dar certo, vinculando sua efetividade à assiduidade no tratamento. Estar lá duas vezes por semana se colocou em dependência da disponibilidade do carro, sendo assegurado que “[...] elas só faltam quando não tem carro”. (PS-POLI).

Assegurar o carro foi (e é) um problema que se põe na organização regionalizada dos serviços de saúde. Como um dos modos de intervir em tal questão, a prática recorrente tem sido a de incluir, como atividade do Serviço Social, a articulação com os municípios para viabilizar o transporte sanitário. Um mecanismo operacional que se desenhou como estratégico à garantia do cuidado em saúde, preconizado pelo SUS, em modo regionalizado e hierarquizado por níveis de complexidade de serviços e ações de saúde.

Nessa perspectiva, os serviços de saúde são dispostos em um sistema ‘fixo-sedentário’, ao passo que o ‘nomadismo’ é exercido pelos seus usuários, conforme indicam as Figuras 18 e 19, desta Tese. O funcionamento da regionalização pressupõe ser da ordem do impossível, ou do não lógico-racional, que todos os serviços de saúde estejam disponíveis em todos os lugares, não requerendo de seus usuários o deslocamento intermunicipal.

Ao serem por mim indagados acerca da regionalização da saúde, os profissionais do NEP, da Policlínica de Sobral, destacaram sua positividade.

Eu acredito que [a regionalização da saúde] facilita a vida do usuário, porque [o serviço de saúde especializado] fica mais próximo dele. O NEP, por exemplo, ele veio ao encontro dessa dificuldade. Ao invés da mãe sair daqui e ir lá para o Sarah [referindo-se à Rede Sarah – Fortaleza], hoje ela tem o NEP, aqui, em Sobral, a distância de trinta minutos da sua residência. O município disponibiliza o carro e, com trinta minutos, ela está aqui e, com mais trinta minutos, ela está na casa dela. Se fosse para ela se deslocar para capital era bem mais difícil. Talvez tivesse mais dificuldade

²⁰⁰Em conversa com os profissionais do NEP, fui informada de que o Programa dispunha de uma equipe multidisciplinar: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e assistente social. As atividades de estimulação precoce estavam acontecendo duas vezes por semana, em regime de circularidade de atendimento entre os profissionais, onde o bebê ficava 15 minutos com o fisioterapeuta, 15 com a terapeuta ocupacional e 15 com a fonoaudióloga, totalizando 45 minutos de estimulação precoce. O trabalho era articulado entre a equipe dos ‘estimuladores’ e o médico pediatra, que acompanhava o bebê uma vez por mês. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 15 ago. 2016).

para o município e para ela era bem mais cansativo. Então eu acredito que é bom para o usuário. (PS-POLI).

Outro profissional, acentuando as dificuldades do usuário pelas composições deslocar-conseguir-carro, ter-onde-dormir-alimentar-esperar, reiterou a *vitória* da regionalização, porém, sinalizou o sentido de ser ‘nômade’, nas andanças pelos equipamentos de saúde do SUS.

É uma vitória! A gente tira como exemplo os nossos pacientes. A maioria deles ou já passaram pelo Sarah [referindo-se à Rede Sarah – Fortaleza] ou já foram acompanhados pelo NUTEP. São do interior e têm a dificuldade de se deslocar, de conseguir o carro, de ir para Fortaleza, questão de dormir, de se alimentar, de esperar, tudo se torna mais difícil e você tendo hoje a estrutura próximo da sua casa, que não deixa a desejar, é uma grande vitória. (PS-POLI).

Em tempos iniciais de descoberta do duplo microcefalia-Zika, os recortes de jornais, uma forma de cartografar este acontecimento, indicavam as andanças das mães com seus bebês: “*Crianças do Interior com microcefalia seguem à espera de tratamento*”. Uma “*migração pendular*”, conforme assinalou o Jornal O Povo, no recorte da matéria abaixo.

Para a primeira consulta médica de Pedro Neemias, Maria Cleidiane, 21, acordou às três da madrugada e percorreu mais de 270 km, de Massapê a Fortaleza. Tinha de estar no Hospital Infantil Albert Sabin às oito da manhã e voltaria, no mesmo dia, para o município [...] Pedro é uma das 143 crianças notificadas com suspeita de microcefalia associada ao zika vírus no interior do Ceará. E Cleidiane é uma das centenas de mães que enfrentam a *migração pendular* para buscar acompanhamento do filho na Capital. Eurides Soares, 33, é moradora do Cariri e afirma que tudo o que conseguiu para a filha Maria Elisa, de três meses, foi devido a bastante esforço. “*Procurei médicos, a secretaria de Saúde da região, me reuni com outras mães e a gente foi correndo atrás*”, lembra. Eurides participa da *rede de apoio* formada por Eroneide de Carvalho, também do Cariri. O estímulo para criar o grupo surgiu justamente da dificuldade que as famílias enfrentavam na busca pelo tratamento das crianças. “Eu via as mulheres em topiques quentes ou ambulâncias indo com essas crianças a Fortaleza. O objetivo é tentar ajudar, ouvir, se informar e fazer com que essas crianças tenham a melhor qualidade de vida possível”, conclui Eroneide. (CRIANÇA ..., 2016, *grifos meus*).

A experiência regionalizada do SUS, como sinalizado nesta Tese, apontou para uma ordem territorial e funcional, onde cada Região de Saúde, um território geográfico especificado, é imbuída de funções assistenciais relativas à prestação de serviços de saúde especializados, tornando, assim, visível a arquitetura do Sistema: uma disposição de lugares assistenciais, com a especificação de um perfil institucional (o que sou, o que faço); regras de atendimento e de acesso (para quem, em que tempo, de que forma); normas de funcionamento e de financiamento (como se organiza, com quais recursos e estrutura, processos de trabalho); entre outros aspectos.

Uma grande moradia esquadrinhada por lugares assistenciais diversos, onde os andarilhos-usuários batem às suas portas. No caso da microcefalia-Zika, pequenos andarilhos, ‘nômades do SUS’, acompanhados de suas mães. Mães que se juntaram para desejar-produzir uma melhor qualidade de vida para seus os filhos adoecidos, em movimento de resistência, como a criação da *rede de apoio* citada na matéria jornalística acima. Uma grupalidade, ainda que identitária, a lutar por um lugar ao sol.

Movimento que tensionou e impulsionou o incremento da linha de cuidado às crianças com microcefalia, no Ceará, além do compartilhar uma experiência que se fazia na carne de cada mãe e de cada bebê. Somando-se a este movimento, o trabalho em desenvolvimento pelo NEP, em Sobral, onde o toque da estimulação precoce potencializou um modo de existência mais ameno para o bebê de sete meses em tratamento. Segundo a acompanhante desse bebê, a criança estava “[...] mais durinha, abrindo as mãos, chorando menos”. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 18 ago. 2016).

Nesse momento de escrita da Tese, lembrei-me de *Drão*, de Gilberto Gil: “*Drão, não pense na separação, / Não despedace o coração, / O verdadeiro amor é vão, estende-se infinito, / Imenso monolito, nossa arquitetura, / Quem poderá fazer aquele amor morrer, / Nossa caminha dura, / Cama de tatame, pela vida afora.*”

Pelo som da poesia, a pista. Seguir no SUS é não ter a pretensão de separar o joio do trigo, em um certo padrão de julgamento moral do certo e do errado, do falso e do verdadeiro. Mas tê-los em (com)posição paradoxal, que tensiona pelo delineamento de córregos de água mais refrescantes. *Pequenos corpos de água em pequeninas cabeças*, a potencializar a formação de novos rios. *Corpos de água* que mobilizaram a produção de cuidado em tempos de microcefalia-Zika, embora em coexistência com práticas normalizadas, reguladas e naturalizadas por regras de como acessar e desfrutar deste cuidado em saúde.

Nossa caminha dura, cama de tatame, pela vida afora!

8.1 Pegando o fio da meada: os discursos e as práticas para contar e intervir

Na reunião da CIR, a do início de março de 2016, o posicionamento dos gestores do SUS era de atenção e de cuidado totais ao acontecimento da microcefalia, em associação ao Zika vírus. A engrenagem do SUS havia sido acionada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, em comunicado à Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), do Ministério da Saúde,

acerca do aumento no número de casos de microcefalia, a partir de agosto de 2015. Os sinais de alerta estavam voltados para o Brasil, especialmente para a região nordeste do país.

A partir da notificação, a SVS/MS tomou as seguintes ações: notificou a Organização Mundial da Saúde, *classificando o evento como potencial emergência de saúde pública de importância internacional*, por causar grave impacto e ser um episódio incomum e inesperado; reuniu-se com gestores da SES/PE [Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco] e especialistas e integrou-se à investigação por meio da Equipe de Resposta Rápida da SVS/MS; ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública no âmbito do Plano de Resposta; e publicou a Portaria nº1.813, declarando Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional por alteração do padrão da ocorrência de microcefalia no Brasil. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2015, p. 4, *grifos meus*).

Uma geração de crianças microcéfalas brotava como que do nada, atestando uma fertilidade de recém-nascidos com esta anomalia, ainda não explicável, porém, já contabilizado pelas inteligências dos serviços epidemiológicos e enunciado pelos governos brasileiro e internacionais; pelas sociedades de especialistas médicos; pela mídia, escrita, televisionada, redes sociais; enfim, por um feixe variado de instituições.

A gritante oscilação do comportamento estável e esperado de crianças nascidas vivas, com microcefalia, havia sido detectada, sinalizando a *quebra do padrão de normalidade epidemiológico*, quando comparado o período dos anos 2000 a 2014 com o de 2015, conforme indicado por Marinho *et al* (2016).

No período de 2000 a 2014, foram registrados 2.464 nascidos vivos com microcefalia no Brasil, com média anual de 164 casos (desvio padrão = 15). No ano de 2015, o número de casos aumentou nove vezes em relação a essa média, totalizando 1.608 casos. Em 2015, 71% dos nascidos vivos com microcefalia (n=1.142) eram filhos de mães residentes na região Nordeste do país. (MARINHO *et al*, 2016, p. 703).

A ocorrência da microcefalia em recém-nascidos adquiriu uma notoriedade ainda não vista e nem dita. A emergência se referia a um problema de saúde pública de âmbito local, considerando que os bebês com microcefalia e seus pais tinham endereços e nomes, mas também, com repercussão nacional e internacional. A emergência, como foi tratada, requeria operações localizadas e amplificadas. Um cerco de micro e macropolíticas.

A mobilização para a produção de práticas e conhecimentos para intervir e regular o que se punha em descontrole era pulsante e em velocidade crescente. As pessoas queriam respostas e segurança, atenção e cuidado aos corpos adoecidos. Os governos e as comunidades acadêmicas, científicas e profissionais, especialmente as especialidades médicas afins ao problema, debruçaram-se para constituir conhecimento, tecnologias e políticas sociais de enfrentamento.

No início de dezembro de 2015, a presidente Dilma Rousseff, à época, lançou o “*Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia*”, criado pelo Grupo Estratégico Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPPII), envolvendo 19 órgãos e entidades. Delineava-se, então, os eixos de atuação e intervenção no problema microcefalia-Zika, contemplando três frentes de trabalho: i) Mobilização e Combate ao Mosquito; ii) Atendimento às Pessoas (especialmente gestantes e bebês com microcefalia); iii) Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa.

A discursividade proferida conduzia à realização de ações múltiplas, configurando um regime de práticas governamentalizadas, como: contar quantas crianças com microcefalia; localizar sua residência, município e estado; notificar os serviços de vigilância epidemiológica local, estadual e nacional; classificar e investigar os casos de microcefalia-Zika; planejar a gestão desse problema; desenvolver ações de prevenção e de combate ao *Aedes aegypti*; desenvolver pesquisa e estudos sobre o duplo microcefalia-Zika, como, por que, em quais condições acontece e seus efeitos; promover ações de cuidado em saúde às crianças microcéfalas; conduzir as condutas das pessoas e das instituições, de modo a controlar e a regular o problema microcefalia-Zika; entre outras práticas.

Corroborando, assim, com Castelo Branco (2013b, p. 77-78), ao indicar que “[...] a era da governamentalidade inaugura um tipo de Estado que é fundamentalmente gestor. *Governar, gerir, planificar, administrar, realizar programas de governo, regular eventuais conflitos e descaminhos do mercado, tudo isto é parte do amplo campo da governamentalidade*”. (*Grifos meus*).

Nesse cenário, a epidemiologia se destacou como uma linha de força inteligente e estratégica, considerando tratar-se de uma

[...] ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde. (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003, p. 17).

Nesse sentido, coube a ela, ciência epidemiológica, a atualização sistemática do que estava acontecendo, dada a sua constituição tríade por conhecimentos vinculados à Clínica, Estatística e Medicina Social, conforme preconizado por Almeida Filho (2003).

A racionalidade explicativa, ou seja, a lógica racional empregada para a constituição das ações de enfrentamento à microcefalia-Zika (re)tomou a linha mestra de uma

certa “polícia médica” (Foucault, 1990b) em um modo atualizado: sob o eixo do saber-poder da biomedicina, que observa e investiga a morbidade em curso, suas causas e seus efeitos; aliada à estatística que contabiliza, distribui e localiza; e a clínica, em suas diferentes profissões e especialidades afins, que prescreve, intervém e cuida.

O exercício epidemiológico constitui, hoje, um dos pilares da área de vigilância em saúde. Em tempos de microcefalia-Zika, uma área que se pôs como estratégica, dada a sua função de *registrar, identificar, descrever, investigar, orientar, elaborar e divulgar*, conforme indicação explícita nos objetivos específicos do “*Protocolo de Vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central relacionadas a infecções congênitas*”, da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Registrar no RESP (Registro de Eventos em Saúde Pública) todos os casos de microcefalia e/ou malformações do Sistema Nervoso Central, identificando e acompanhando os recém-nascidos que apresentarem sinais de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), independente da causa da mesma; *Identificar* o padrão epidemiológico de acometimento dos casos notificados, através dos registros de alterações típicas sugestivas de infecção congênita (calcificações, alterações nos ventrículos cerebrais, etc.); *Descrever* as características das complicações relacionadas à infecção pelo vírus Zika, na gestação e no pós-parto; *Investigar* os casos de infecções congênitas pelo vírus Zika e STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simplex); *Orientar* a utilização das medidas de prevenção e controle disponíveis; *Elaborar e divulgar* informações epidemiológicas. (CEARÁ, 2016c, p. 5).

Tratou-se, então, da (re)afirmação e do uso do domínio da ciência epidemiológica, integrada à *arte de governar e de controlar doenças* no intuito de *fazer viver*. Um exercício do biopoder que centra esforços no *problema político da população*, tomada como “[...] um agrupamento de indivíduos biologicamente definidos e que demanda uma atuação específica por parte das políticas de gestão do Estado e de suas diferentes instâncias”. (CANDIOTTO, 2013, p. 83). Problema referido à *gestão da vida e dos fenômenos a ela relativos*, a exemplo do adoecimento e seus efeitos pelo duplo microcefalia-Zika e, ainda, pelos efeitos outros já circulantes como a dengue e chikungunya ocasionados pelo *Aedes aegypti*.

Foucault (1990b), em “*O nascimento da medicina social*”, indica que o corpo é uma realidade biopolítica e que a medicina se compõe como uma estratégia biopolítica. Não somente o corpo individual, mas o corpo-população, o corpo-espécie, resultando na produção de uma *sociedade medicalizada*. Corpo social moldado por recomendações e por intervenções médicas

aplicáveis às condutas, normalizando certos modos de vida, porque pautados em conhecimentos produzidos e veiculados como verdadeiros²⁰¹.

Não se trata, aqui, de questionar o valor dos estudos biomédicos e das intervenções epidemiológicas e clínicas, que importam ao cuidado com a vida, especialmente em diálogo com o duo microcefalia-Zika. Mas, sim, de interrogar as relações de saber-poder e seus efeitos de verdade e de produção de modos de existência. Interrogar práticas governamentais, produzidas para a gestão do fenômeno microcefalia-Zika, dispondo as tecnologias, dispositivos e estratégias utilizadas.

8.2 “Dai a César o que é de César”: o diagnóstico médico no dispositivo da seguridade social

A arte de governar se pôs na pauta da CIR de Sobral. As questões levantadas por Foucault (2008a, p. 118), na aula de 1º de fevereiro de 1978, no curso “*Segurança, território, população*”, permearam as discussões dos gestores do SUS, quanto ao problema da microcefalia-Zika: “Como se governar, como ser governado, como governar os outros, por quem devemos aceitar ser governados, como fazer para ser o melhor governador possível?”

Os gestores de saúde da Região de Sobral foram convocados *a gerir o problema da população e a dela cuidar*. Nesse caminho, a Portaria nº405, de 10 de março de 2016, (Brasil, 2016c), constituiu-se como um dos instrumentos-guia dos mais potentes. “Ter a portaria na mesa de vocês, secretários, para saber o que e como fazer”. Este foi o enunciado de um gestor estadual, capturado e registrado na Escrita Cartográfica, em 20 de abril de 2016, numa reunião da CIR de Sobral.

A portaria referida instituiu, tanto no âmbito do SUS como do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a “*Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia*”. A *Estratégia* apresentou-se

²⁰¹Produção de verdade atestada por estudos e pesquisas científicos como aqueles que certificaram a associação entre o Zika vírus e a microcefalia. “Em 28 de novembro de 2015, com base nos resultados preliminares das investigações clínicas, epidemiológicas e laboratoriais, além da identificação do vírus em líquido amniótico de duas gestantes da Paraíba com histórico de doença exantemática durante a gestação e fetos com microcefalia, e da identificação de vírus Zika em tecido de recém-nascido com microcefalia que evoluiu para óbito no estado do Ceará, o Ministério da Saúde reconheceu a relação entre o aumento na prevalência de microcefalias no Brasil com a infecção pelo vírus Zika durante a gestação. No dia seguinte, 29 de novembro, mudou a classificação desse evento, no âmbito do RSI, para potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)”. (BRASIL, 2016f, p. 11).

como de abrangência nacional e com o tempo contado de vigência até 31 de maio de 2016. A *ação rápida* desenhava-se com o objetivo, conforme Artigo 3º, de

[...] *esclarecer*, no mais curto prazo e na forma mais confortável para as crianças e suas famílias, *o diagnóstico de todos os casos suspeitos, otimizando o uso da capacidade instalada disponível*, e orientando a continuidade da Atenção à Saúde de todas as crianças com diagnóstico confirmado ou excluído para microcefalia. (BRASIL, 2016c, p. 27, *grifos meus*).

Entre os objetivos específicos relacionados ao SUS, estavam o de

[...] e) *emitir laudo médico circunstanciado*, com base na avaliação de que trata a alínea "d", que contenha as informações mínimas necessárias sobre o diagnóstico e a condição clínica da criança, *com a finalidade de planejar o cuidado e de instruir o processo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC)*; e f) *definir e encaminhar cada criança com microcefalia*, de acordo com suas necessidades, aos serviços assistenciais mais adequados para *prover a assistência na puericultura, estimulação precoce e atenção especializada, conforme os protocolos assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde*; [...]. (BRASIL, 2016c, p. 27, *grifos meus*).

O exercício biopolítico instruído pelo saber médico e destinado à gestão do corpo-população, *o biopoder que atua para fazer viver* desenhou-se pelo *dispositivo de segurança*, articulado no tripé constitucional da seguridade social²⁰²: saúde, previdência e assistência social. *Dispositivo de seguridade*, como mecanismo de governo, para dar conta da proteção social, previdenciária e de saúde, com materialidade-efeito de concessão do BPC²⁰³ para os bebês microcéfalos.

Uma precisão: a seguridade social, tal como a entendemos a partir do que dizem os especialistas neste assunto, engloba um conjunto complexo e interligado de instituições, com amplos efeitos econômicos face às populações, tais como a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde Pública, e seu lugar nas estruturas políticas e econômicas na modernidade é gigantesca²⁰⁴. (CASTELO BRANCO, 2013a, p. 78-79).

²⁰²Em conformidade com o Artigo 194, da Constituição Federal do Brasil, que dispõe: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (BRASIL, 1998, p.101).

²⁰³Assegurado pela Portaria nº58, de 03 de junho de 2016, resultante da articulação da Assistência Social com a Previdência Social. “Dispõe sobre ações articuladas das redes de Assistência Social e Previdência Social na atenção às crianças com microcefalia para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC”. (BRASIL, 2016e, p. 55).

²⁰⁴O autor insere a nota de rodapé: “As leituras sobre o papel da seguridade são contraditórias. Uma corrente defende que houve uma humanização da qualidade de vida dos trabalhadores, ativos ou inativos, enquanto que outra corrente alerta para o fato de que tais direitos saíram do confisco de parte de seus salários, retirados no decurso de sua vida enquanto trabalhador ativo. Neste caso, a preocupação dos empresários e patrões é com ‘a saúde do trabalhador’, logo, com a continuidade da produção e com o aumento do lucro”. (CASTELO BRANCO, 2013a, p. 79).

Porém, não somente isso. Pelo uso regulamentado da *classificação diagnóstica* foi atestada a *condição de deficiência* e estabelecida uma identidade individual e social para e deste grupo, a de bebês microcefálicos. Efetivou-se, assim, seu reconhecimento na sociedade e normalização das práticas e de serviços públicos em operação, tanto no SUS como no SUAS e na previdência pública.

Nessa perspectiva, o *dispositivo de seguridade*, operado pela concessão do BPC, possibilitou efeitos de homogeneização e de regulação do que se punha em diferença, encarnada nos bebês com microcefalia. A possível desordem promovida pelas altas taxas de nascidos vivos microcefálicos, foi reordenada: aos ‘novos’ e pequeninos indivíduos foi carimbado seu diagnóstico; especificado formas de cuidado em saúde; e assegurado um lugar no mundo, inclusive, com direito ao BPC. Portanto, com efeitos sobre os fundos previdenciários com reverberações econômicas e sociais, ofertando às *vidas nuas* e precarizadas condições para um certo padrão mínimo de consumo e modo de ‘sobrevida’.

Os efeitos de proteção social borraram, assim, as fronteiras do cuidado individual e familiar, compondo com as relações econômicas, nas perspectivas macro e micropolítica. Inclusive, a renda do BPC contribui para a subsistência familiar, especialmente de seus membros, em idade ativa, constituindo-se como uma possibilidade, ainda que ínfima, de aprimoramento das suas condições de sobrevivência e disputa por uma atividade economicamente produtiva. Portanto, em efeito micro e macropolítico.

A gestão biopolítica intervinha na produção da vida das pessoas e da sociedade, seja pelo diagnóstico médico que *bioidentifica*²⁰⁵ ou pelo BPC que movimenta a economia e provém fundos aos beneficiários, possibilitando-lhes condições, ainda que mínimas, para o convívio e as relações sociais. O discurso governamental de proteção social produzia, então, o efeito de verdade da seguridade social em curso, da produção de um certo estado de segurança, frente às incertezas postas pelo acometimento da microcefalia-Zika. O governo estava governando. A seguridade e a proteção social estavam sendo operadas, sobretudo, em diálogo com a economia.

Nós estamos todos envolvidos, não há ninguém que não esteja envolvido no sistema securitário, nas grandes partidas financeiras, nesses grandes volumes de capital que acabaram dando nisso que Foucault depois vai estudar no *Nascimento da biopolítica* – que é o sistema neoliberal –, livro no qual ele vai apontar esse sistema neoliberal,

²⁰⁵Expressão acionada pelo professor Sylvio Gadelha, em breve conversa de quase corredor, entre a aula e o seu intervalo, na disciplina "Capitalismo, Neoliberalismo e Educação: abordagem foucaultiana e neomarxista", ministrada por ele e pelo professor Hildemar Rech, na Pós-graduação em Educação, da Universidade Federal do Ceará, onde participei no primeiro semestre de 2017, como aluna-ouvinte.

como sendo montado, posicionado em um Estado essencialmente previdenciário, cujas verbas decorrem de gigantescas contribuições ditas sociais. (CASTELO BRANCO, 2016, p. 115).

“*Dai a César o que é de César*”. Dai às crianças adoecidas e pobres, e às suas famílias, o que a elas cabe no latifúndio da seguridade social!

Seria isso? Modos de existência modelados e diagnosticados para acessar direitos, à saúde, à previdência e à assistência social? Produção de dependência dos beneficiários, relacionada à seguridade social, pela gestão da vida, em relações de poder-saber? Uma arte de governar neoliberal em tempos contemporâneos?

Quase todas as nossas famílias [as que estão sendo assistidas na Policlínica de Sobral] são advindas de famílias de baixa renda [...], damos orientação sobre o benefício [referindo-se ao BPC], que as crianças têm direito. Todas já estão dando entrada no benefício. Precisa ter o diagnóstico fechado de microcefalia. Elas precisam passar por alguns exames para ter este diagnóstico. Depois dos exames feitos e constatado, o neurologista dá o laudo [referindo-se ao laudo médico circunstanciado]. (PS-POLI).

Diniz (2016, p. 2), ao narrar as experiências de mulheres em relação com o vírus Zika, atendidas pelo Ambulatório de Microcefalia do Hospital Pedro I, em Campina Grande, na Paraíba, aponta que essas, antes mesmo da epidemia da microcefalia-Zika, já eram anônimas.

Nordestinas e pobres, *sobrevivem a um amplo regime de políticas de precarização da vida, sendo a pobreza a mais grave delas*. A epidemia foi uma tragédia para vidas ininteligíveis ao reconhecimento dos direitos – os números da vigilância epidemiológica consideram seus filhos como casos para notificação ou confirmação, mas silenciam-se sobre elas. As 40 mulheres pariram seus filhos, entre agosto de 2014 e fevereiro de 2015, e são muito pobres, mas nenhuma está protegida pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) – *o corte de renda para acesso ao BPC, 1/4 de salário mínimo per capita, exige que sejam ainda mais miseráveis ou abandonadas por companheiros com renda de trabalho; a burocracia para apresentar-se a um posto do INSS é barreira imensa para mulheres cuidadoras em tempo integral, entre as poucas que já se inscreveram, nenhuma foi convocada para a perícia social. O tempo da burocracia não é o das necessidades urgentes de vida das mulheres da epidemia e suas crianças especiais. (Grifos meus)*.

Os tempos institucionais corriam em marcações próprias, em diálogos descompassados com as vidas precarizadas, que buscavam os serviços públicos, ancorados na seguridade social. O relógio da burocracia institucional compunha um tempo-processo para o andamento da solicitação do BPC, totalmente desarticulado do tempo-necessidade das pessoas que almejavam tal benefício. A engrenagem institucional corria em lentidão, em passos intercotados pelo documento exigido, que ainda tinha que ser providenciado e, às vezes, ajustado. Pelo diagnóstico médico e pela perícia social, que afeririam o justo enquadramento.

Provas requeridas ao exame final para a aprovação e o ingresso na ‘série’ seguinte, a de sujeitos com o direito ao BPC.

A face da governamentalidade se apresentou burocratizada, normatizada e normalizada, na medida em que todos faziam o que estava prescrito para ter o acesso garantido ao BPC. Uma sequência de pormenores a cumprir e a protocolar, atravessando a vida do dito sujeito de direitos, instituído pela Constituição Federal de 1988. Na *bola da vez*, os bebês microcéfalos e suas famílias.

“Para existir um governo que gestiona, nós temos que ter, portanto, um governo que é uma máquina burocrática”. (CASTELO BRANCO, 2016, p. 113). Uma gestão que pede uma burocracia e realiza um controle social calculista, detalhista e insidioso, conforme Castelo Branco (2016). Um exercício de poder-saber horizontalizado, que constitui e perpassa práticas discursivas e não discursivas, em que o sujeito

[...] é sempre efeito de relações de poder, seja nos mecanismos disciplinares que o normalizam permanentemente em razão de uma ortopedia moral vigente, seja quando ele se toma como objeto para si próprio nos diferentes processos de subjetivação [...] o poder opera como se fosse um campo elétrico em que diferentes circuitos ou forças provocam efeitos específicos, como a constituição de determinado sujeito, a formação específica de um modelo de Estado ou a cristalização de uma moralidade singular. (CANDIOTTO, 2013, p. 81-82).

O diagnóstico, em composição do *laudo médico circunstanciado* (Brasil, 2016c), constituiu-se, portanto, como peça-chave na abertura da porta de acesso ao BPC, incorporando-se ao rol de práticas de cuidado em saúde, em desenvolvimento pelos gestores e profissionais do SUS. Daí a pauta “*Fluxo e avaliação para diagnóstico da microcefalia*”, na reunião da CIR de Sobral, já referida.

A contagem era de cerca de 34 crianças com diagnóstico provável de microcefalia, na faixa etária de 0 a 3 anos. A planilha com a identificação nominal das crianças era projetada na parede pelo equipamento de *datashow*. Porém, a efetivação da prestação do cuidado em saúde, acoplada às exigências para concessão do BPC, exigia a comprovação do diagnóstico, impondo a prática da “busca ativa” dos bebês, ou seja, sua localização e captura. Não de qualquer bebê, mas daqueles com as características potentes ao diagnóstico da microcefalia. Saber quem eram, onde e como moravam, como iam ser deslocados, como iam ser diagnosticados e assistidos. A ideia em curso era a de montagem de um mutirão de atendimento às 34 crianças, e de outras que viessem a ser identificadas, para diagnóstico e laudo médico circunstanciado.

A Policlínica será referência para o atendimento das Regiões que compõem a macrorregional de saúde de Sobral. No regime de mutirão, dois dias serão para atender a Região de Sobral e cinco dias para as outras Regiões que compõem a macro Norte. Ao adentrar a Policlínica, a criança deverá fazer todos os exames laboratoriais. O exame Bera²⁰⁶ será feito no Hospital Infantil Albert Sabin, em Fortaleza. A criança deverá sair da Policlínica com agenda para o acompanhamento e para a estimulação precoce. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 20 abr. 2016).

Alguns secretários municipais de saúde relataram a exigência, da parte do Ministério Público, de um carro e motorista específicos para o deslocamento dos bebês até a Policlínica. Embora reconhecendo a importância de tais especificidades, dadas as condições singulares dos bebês, a questão financeira perpassava o arco de preocupações dos gestores.

Quais as condições materiais e financeiras existentes para o exercício do melhor governo da saúde?

Em relação às ações compreendidas, no âmbito da Portaria nº405 (Brasil, 2016c), os recursos financeiros alocados foram da ordem de R\$ 10.947.200,00 (dez milhões, novecentos e quarenta e sete mil e duzentos reais), por conta do orçamento do Ministério da Saúde. Para cada ‘caso diagnosticado’ foi destinado o valor de R\$2.200,00 (dois mil e duzentos reais), segundo as seguintes condições:

§ 2º - Os valores por Estado foram definidos levando em conta o somatório de casos de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central "em investigação" e casos "confirmados", de 2015 a 2016, constantes do Informe Epidemiológico nº 16 - Semana Epidemiológica (SE) 09/2016 (28/02 a 05/03/2016), divulgado pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalias do Ministério da Saúde [...]. (BRASIL, 2016c, p. 27).

Ao estado do Ceará foi reservado o valor de R\$ 644.000,00 (seiscentos e quarenta e quatro mil reais) em duas parcelas iguais, sendo, a primeira, quando da publicação da Portaria referida, e os cinquenta por cento restante do recurso previsto, no exercício da competência do mês de maio, de 2016, mediante a apresentação dos dados finais das crianças identificadas, localizadas e atendidas. No texto da Portaria, um alerta sinalizava que os números apresentados por estado/município deveriam ser confirmados, pelas ações e diagnósticos emitidos, caso contrário, os valores correspondentes seriam, posteriormente, descontados, em parcela única, com o devido aviso prévio.

²⁰⁶Exame do Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico ou BERA. Trata-se de um teste objetivo (não depende da resposta do paciente) que avalia a integridade funcional das vias auditivas nervosas (nervo auditivo) desde a orelha interna até o córtex cerebral. Disponível em:< http://www.institutobrasileirodosono.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=107&Itemid=179>. Acesso em: 03 mar. 2017.

A contabilização dos possíveis casos com distúrbio neuropsicomotor correspondeu ao cálculo financeiro a ser destinado a cada estado e municípios correspondentes. As regras de gestão do problema da microcefalia-Zika foram contabilizadas, inclusive, financeiramente, e requeriam o cumprimento das ações prescritas na Portaria nº405 (Brasil, 2016c) e na Instrução Operacional nº2 (Brasil, 2016d).

A “*Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia*” acoplou, à emissão do diagnóstico médico, o itinerário de cuidado em saúde, sugerindo o *planejamento regionalizado* como instrumento para definição e organização dos fluxos regulatórios. Em outras palavras, a ordenação do movimento dos ‘pequenos andarilhos’ do SUS, os bebês microcéfalos, por entre os lugares estipulados como de referência assistencial, ajustados no CNES e na Ficha de Programação Orçamentária (FPO)²⁰⁷. Passos administrativos, em constituição da gestão do SUS, necessários à definição do teto financeiro municipal. Ajustes para identificar o que o estabelecimento de saúde faz, com quais profissionais e a programação orçamentária-financeira, dentre outros.

Aos participantes da CIR, nas reuniões de março e abril de 2016, a coordenação da CRES reiterou a responsabilidade e o papel da atenção básica e do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF²⁰⁸), quanto ao cuidado das gestantes e das crianças com microcefalia-Zika, no âmbito local.

Trabalhar para que as famílias, afetadas pelo problema da microcefalia-Zika, possam ter condições para o exercício de práticas de autocuidado, e proceder a ‘busca ativa’ de gestantes para o pré-natal e de bebês microcéfalos, para posterior encaminhamento ao NEP. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 01 mar. 2016).

Para quem tem equipe do NASF, a Policlínica disponibilizará treinamento para que esses profissionais acompanhem os bebês microcéfalos. O Programa Saúde da Família também deve acompanhar. (ESCRITAS CARTOGRÁFICAS, 20 abr. 2016).

²⁰⁷A FPO é um documento do SUS que registra a programação orçamentária de cada estabelecimento de saúde, adotando como um dos parâmetros os recursos disponibilizados no processo de Programação Pactuada e Integrada.

²⁰⁸“O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. Criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios”. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php>. Acesso em: 14 abr. 2017.

Tais orientações se harmonizaram com as prescritas em documentos legais (Brasil, 2016c; Brasil, 2016d), além do “*Protocolo da Atenção à Saúde e Resposta à ocorrência de Microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika – Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia*”, (Brasil, 2016a). Constituíam e reiteravam, nesse sentido, uma certa regularidade às práticas discursivas e não discursivas em desenvolvimento.

Todos os bebês com confirmação de microcefalia devem manter as consultas de Puericultura na Atenção Básica [...] Além de acompanhados por meio da puericultura, também devem ser encaminhados para estimulação precoce em serviço de reabilitação (Centro Especializado de Reabilitação, Centro de Reabilitação em Medicina Física, Centro de Reabilitação Física – nível intermediário, Serviço de Reabilitação Intelectual); por fisioterapeuta, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional do Nasf ou vinculados às equipes da Atenção Básica; ou em Ambulatório de Seguimento de Recém-Nascido de Risco [...] A vinculação com a Unidade Básica de Saúde é fundamental para este acompanhamento, mesmo que a criança necessite ser acompanhada em serviço especializado. O atendimento na Atenção Básica e na Atenção Especializada, de forma compartilhada, faz com que essas crianças sejam mais bem assistidas e as famílias amparadas. *No SUS, estão disponíveis serviços de atenção básica, serviços especializados de reabilitação, de exame e diagnóstico e hospitalares, além de órteses e próteses e meio auxiliar de locomoção nos casos em que se aplicar. Casos de diagnóstico descartado de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika devem receber os mesmos cuidados preconizados neste Protocolo.* (BRASIL, 2016a, p. 28, grifos meus).

Enunciados discursivos que configuram a institucionalização de um modo de governar, que não lida mais com o território enquanto bem a ser cuidado e preservado, como em tempos soberanos. Mas opera com os fenômenos que *interessam e afetam* à população, “[...] ou aquilo por intermédio do que determinado indivíduo, determinada coisa, determinada riqueza, etc. interessa aos outros indivíduos ou a coletividade”. (FOUCAULT, 2008b, p. 62).

Nessa perspectiva, essas práticas discursivas produziam efeitos de verdade, ou do que se punha como verdadeiro e como falso, afirmando que os cuidados para os bebês com microcefalia, relacionada ou não à infecção pelo vírus Zika, deveriam estar referenciados nos diferentes instrumentos legais em edição. Instrumentos normalizadores de condutas de gestão e de cuidado, potente ao governo da população, em tempos de microcefalia-Zika.

8.3 “A gente vê que elas têm uma sede de aprender, de estar fazendo em casa”: a gestão do cuidado em saúde das crianças com microcefalia

O arco de ações de estimulação precoce dos bebês com microcefalia inscreveu-se no rol de coisas a fazer da Policlínica de Sobral. Daí a importância conferida ao manuseio das orientações estabelecidas no documento “*Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero*

a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia” (BRASIL, 2016b).

Pelo discurso inscrito nesse documento, tratava-se de uma compilação discursiva inédita, considerando que, pela primeira vez, estaria sendo reunido “[...] em um único documento todas as diretrizes para estimulação precoce de crianças com atraso no seu desenvolvimento”. (CAIXOTE, 2016, p. 1).

Embora os distúrbios neuropsicomotores em recém-nascidos e crianças sejam velhos conhecidos da literatura e das ocorrências médicas, mas sobretudo, uma realidade de muitas e muitas famílias, a eclosão dos casos de microcefalia, em associação com o Zika vírus, os colocou em um quadro de grande visibilidade. Constituiu-se, assim, um terreno fértil para o fortalecimento institucional de tal formulação discursiva. A linha de força da combinação microcefalia-zika possibilitou a compilação de saberes e práticas, em outras formas de expressão e de conteúdo.

Conforme depoimento do secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, “As Diretrizes unificam o conhecimento e a conduta de atenção às crianças com microcefalia, para promover a estimulação, no menor tempo possível, entre zero e três anos, que é a janela de oportunidade para a redução do nível de comprometimento causado pela malformação”. (CAIXOTE, 2016, p. 1).

Na continuidade, Caixote (2016, p. 1) indica que as *Diretrizes* teriam sido elaboradas

[...] com apoio de pesquisadores, especialistas e profissionais de diversas instituições do país com experiência e conhecimento sobre estimulação precoce, as Diretrizes complementam o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo vírus Zika. Lançado em 14 de dezembro, o Protocolo orienta o atendimento desde o pré-natal até o desenvolvimento da criança com microcefalia, em todo o País.

Foi a partir de documentos instrucionais, como as *Diretrizes* e outros, que se compôs um *regime de verdade* acerca da microcefalia-Zika e um *regime de práticas* de como fazer para evitar a doença e minimizar seus efeitos, quando do adoecimento. A gestão do problema microcefalia-Zika, pelo exercício do biopoder, ancorado no fomento de saberes diversos e conhecimentos científicos das ciências biomédicas, por exemplo, conduziu as condutas dos gestores, profissionais de saúde e usuários. Portanto, da ordem de um poder-saber que opera efeitos de verdade e produção de subjetividades.

Conforme um profissional de saúde entrevistado, muitas mães apresentavam dificuldade em aceitar o diagnóstico de microcefalia, porque

[...] a microcefalia tem estas características: bebê irritado, a cabeça menorzinha, déficit de movimento, cognitivo. Elas utilizam estes sinais como se fosse algo hereditário: puxado ao pai, é igual da tia ou minha outra filha tinha isso, sabe? Não enxergam, realmente, que são características da patologia e que aos poucos a gente percebe que a ficha vai caindo e que realmente ocorre a aceitação. Mas a princípio a gente as vê retraídas. Mas é compreensível porque é difícil. *Nem todo mundo está preparado para ter um filho com microcefálico, ou com qualquer outro distúrbio neuropsicomotor.* (PS-POLI, *grifos meus*).

Subjetividades amedrontadas que requeriam um aprendizado de como lidar com os efeitos da microcefalia-Zika, em florescimento desconhecido e, ainda, indomável nos pequeninos corpos de seus filhos. Este aprendizado, o de lidar com a criança microcéfala, pelos seus pais, foi um elemento que surgiu como fundamental, para que o tratamento e a estimulação precoce avançassem e, ao bebê, fosse assegurada uma melhor qualidade de vida. Estava nas entrelinhas das recomendações protocolares do Ministério da Saúde e na alegria real dos profissionais, ao ver que as mães estavam aprendendo.

A gente fica mais alegre em relação ao cuidado, a gente orienta as mães a ter [cuidado] com o bebê, *a gente vê que elas têm uma sede de aprender, de estar fazendo em casa, de estar compartilhando a ajuda [em relação] a ele.* Alegria, também, temos de ver a evolução dele, que a criança chega extremamente irritada, não tem nenhuma perspectiva de movimento, mas que já fazem algumas coisinhas e isso já é uma grande vitória, nesse mundo incerto da microcefalia, digamos assim. (PS-POLI, *grifos meus*).

A gestão do cuidado da microcefalia-Zika compôs o duplo *aprender* como lidar com o bebê adoecido e *praticar* esta aprendizagem em casa, pela colaboração entre o profissional de saúde e o usuário, possibilitando a formação de um amplo contingente de habilitados para lidar com algo do interesse não só de um indivíduo, mas de uma coletividade. Para além do enfrentamento à doença, a (im)posição da estabilização, da ordem e da segurança da população afetada e não-afetada. Um cuidado para a gestão da doença e do corpo doente, que produzia efeitos de verdade e sujeitos aptos para lidar com a situação posta.

Assim, o enfrentamento à microcefalia-Zika operou a perspectiva do adestramento de corpos individuais, pequenos e grandes, pelo exercício do poder disciplinar, e o do corpo-espécie da população, pelo biopoder. Conforme Foucault (1999, p. 289),

[...] a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em *corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos.* E, depois, a nova tecnologia que se instala

se dirige a multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, *uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida*, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.

Nesse sentido, pelas mãos dos conhecimentos e saberes “*médico-psi*” e pelo exercício do poder-saber, foram constituídos processos institucionais e subjetividades para gerir e (com)viver com a microcefalia-Zika. Os serviços de saúde e de assistência social públicos, além de outros privados, como as associações de especialidades médicas, institucionalizaram e fomentaram tais processos.

8.4 A invasão dos discursos e das práticas de prevenção nos corpos femininos: do disciplinamento individual aos efeitos nas relações sociais e econômicas

Os discursos sobre a infecção, em gestantes, pelo vírus Zika, constituiu-se por um conjunto de arquivos, em forma de manuais de orientação e de recomendação. Corporações médicas e órgãos governamentais compuseram um vasto arsenal discursivo, a exemplo da Sociedade Brasileira de Infectologia (2015); Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2016); Ministério da Saúde e Ministério de Desenvolvimento Social e de Combate à Fome (Brasil, 2016a; 2016b; 2016c; 2016d; 2016e; 2016f; 2016g; 2016h); entre outros.

Trataram-se de enunciados, que dedicaram atenção especial aos corpos femininos, mulheres em idade fértil e gestantes, orientando uma série de condutas para a prevenção da infecção pelo *Aedes aegypti* e, desse modo, modelando-produzindo subjetividades.

Condutas como evitar o mesmo ambiente onde estejam pessoas com suspeita de infecção por ZIKV e o deslocamento para áreas de grande incidência da doença são somatórias para se evitar a infecção. Neste grupo de intervenções, evita-se também que o mosquito entre em casa e para isto o uso de telas nas janelas das casas térreas ou em edifícios próximos de áreas altas que albergam focos de *Aedes* podem ajudar na profilaxia. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015, p. 20).

Cada gestante, para o seu bem-estar e, sobretudo, de seu filho, deveria adequar seu comportamento, evitando sua exposição ao mosquito *Aedes aegypti*, seguindo, para isso, uma lista de procedimentos com fundamentação biomédica, conforme especificado acima. Ainda que, temporariamente, deveria enquadrar-se à uma arquitetura espacial, colocando-se em “*fixação e circulação*”, apenas, em determinados ambientes. Um certo “*quadriculamento ou localização*”

mediata” (Foucault, 2014b), que a protegesse do mosquito e de seus efeitos microcefálicos. Um lugar a ser ocupado, pelo corpo-gestante, sob o risco de adoecimento.

No rol das orientações constava, ainda, a prescrição de como a gestante deveria se vestir. O conhecimento dos hábitos do mosquito, em tempo e temperatura preferenciais de voo, auxiliou na funcionalidade do que vestir, em articulação com os horários de maior ou menor risco para uma possível picada.

Vale recordar alguns detalhes sobre os hábitos do mosquito e as medidas de evitar suas picadas. Ele voa baixo, atingindo 1,5m, daí a importância de proteger pés e pernas com calças compridas, meias, sapatos fechados e camisas/blusas de manga comprida. Em resumo, orienta-se o uso de roupas que diminuam ao máximo a área de pele exposta. O mosquito Aedes voa com maior agilidade em temperaturas acima de 28°C e praticamente não voa em temperaturas abaixo de 18°C. Como é atraído por roupas escuras, orienta-se o uso de roupas claras. Seu horário preferencial de voo é das 9 às 16 horas, horas de luminosidade mais intensa. Como gosta de luz, no escuro ele fica parado e, teoricamente, não pica. Os locais que terão mais Aedes são aqueles sem saneamento básico e/ou coleta eficiente de lixo. Praias devem ser consideradas áreas de maior risco pela luminosidade e, em geral, não possuem saneamento adequado. Parques com plantas têm mais pernilongos comuns. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015, p. 20, grifos meus).

Completando os cuidados de ordem pessoal, a gestante deveria fazer o uso de um repelente, com aplicação não aleatória, mas prescrita, em modo adequado, combinando o jeito, o tipo e o intervalo de aplicação. O repelente não poderia ser qualquer um, mas aqueles avalizados pela ANVISA. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015).

O exercício disciplinar, destinado às gestantes, compôs, em um modo atualizado, o que Foucault (2014b, p. 145-146) denominou de

[...] quadros vivos que transformam as multidões confusas, inúteis ou perigosas em multiplicidades organizadas [...] a tática disciplinar se situa sobre o eixo que liga o singular e o múltiplo. Ela permite ao mesmo tempo a caracterização do indivíduo como indivíduo, e a colocação em ordem de uma multiplicidade dada. Ela é a condição primeira para o controle e o uso de um conjunto de elementos distintos: a base para uma microfísica de um poder que poderíamos chamar “celular”. (Grifos meus).

As gestantes não encarnavam corpos perigosos ou inúteis, mas corpos singulares, que requeriam disciplina para a constituição de uma *cerca* protetora, que evitasse a infecção pelo vírus Zika. Ainda, como corpos saudáveis, a *cerca* constituía um possível espaço de isolamento e de proteção à gestante, atravessado por regras biomédicas.

“*Quadros vivos*”, permeados por técnicas disciplinares de poder, em articulação ao saber e aos conhecimentos científicos do duplo microcefalia-Zika, e em efeitos de verdade,

produzidos por cada norma, regra e recomendação. Exercício de poder, que coage pela verdade, e domina os corpos-gestantes, pelo treinamento detalhado, para o êxito e a eficácia das ações preventivas e cuidadoras prescritas. Saber-poder engatados, conferindo ordem, àquilo que foi posto em desajuste. Adestramento da multiplicidade de corpos-gestantes, pela normalização e regulação do singular.

As recomendações mencionadas, também, foram adotadas pelo Ministério da Saúde, por meio do “*Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika*”²⁰⁹ (Brasil, 2016a), dentre outros documentos.

O *Protocolo* foi destinado, especialmente aos profissionais de saúde, dado o seu caráter de orientação técnica quanto às “[...] ações para a atenção às mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas e recém-nascidos com microcefalia”. (BRASIL, 2016a, p. 7). Mas, também, aos gestores do SUS, considerando que as ações preconizadas perpassavam, não somente, o domínio da clínica, incluindo, ainda, o da gestão do cuidado em saúde, para a organização de processos de trabalho e da rede de atenção às crianças com microcefalia.

Daí a constituição do *Protocolo* como uma resposta à ocorrência de microcefalia, em associação ao vírus Zika, configurando três objetivos específicos:

- i) orientar diretrizes assistenciais para o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, nascimento, puerpério e puericultura; ii) orientar a assistência para detecção e notificação de quadros sugestivos de microcefalia em recém-nascidos; iii) orientar o acompanhamento e a reabilitação das crianças diagnosticadas com microcefalia, enfatizando a estimulação precoce. (BRASIL, 2016a, p. 7).

Tratou-se de um documento que, percorrendo à problemática definida, seus efeitos e conexões, alinhou o entendimento (discurso), como também os modos de intervenção (práticas não discursivas), relacionando áreas (planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, nascimento, puerpério e puericultura), sujeitos (especialmente mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas e recém-nascidos com microcefalia) e serviços de saúde pertinentes à cada área especificada.

O *Protocolo* constituiu-se, assim, como mais um instrumento discursivo, normalizador e regulador de condutas de cuidado e de gestão da saúde, com efeitos nas relações intersubjetivas, conferindo, ao seu discurso, o exercício de uma *microfísica do poder-saber*.

²⁰⁹O documento foi produzido e publicizado em várias versões durante o ano de 2016, considerando a atualização permanente dos achados científicos do duplo microcefalia-Zika.

O ‘receituário’ preventivo, sobre como se comportar, se vestir, e se proteger, conduziu a modelação dos corpos femininos, em articulação com um feixe de relações intersubjetivas e institucionais.

Na segunda-feira, a *Organização Mundial da Saúde* (OMS) reúne seu comitê emergencial para discutir a decretação de emergência de saúde internacional por causa do zika, como ocorreu em 2014 com o ebola, no oeste da África. Nesta semana, a OMS fez reunião de emergência, em Genebra, Suíça, com Estados Unidos e Brasil. *Há uma semana, os Estados Unidos emitiram alerta de viagem para 14 países da América Latina, inclusive o Brasil. A Casa Branca recomenda que mulheres grávidas ou que planejam engravidar evitem viajar para esses lugares.* (FIRMO, 2016²¹⁰, *grifos meus*).

A dimensão social e técnico-política do acontecimento microcefalia-Zika, pelas condições de emergências declaradas²¹¹, reverberaram em efeitos econômicos, além do já citado efeito-BPC²¹². As viajantes femininas, que planejavam engravidar ou já grávidas, foram alertadas, governo americano, para não visitar os países com circulação do vírus Zika. *Teria tal recomendação efeitos sobre a ‘saúde’ da economia nacional brasileira?* Esta é uma problematização não respondida, mas aberta frente às recomendações explicitadas pela Casa Branca.

Os rituais de prevenção, sobre os corpos femininos, acabaram por produzir outro efeito, o de suspensão temporária de uma possível gravidez, desta vez, com o selo da OMS. A regulação dos corpos femininos especificou, em meses, o tempo de espera para engravidar, tomando como parâmetro a passagem, da gestante, pelos locais com o surto de Zika. Um certo aconselhamento público, que esmiuçou e adentrou à vida privada das mulheres.

²¹⁰Disponível em: <<http://blogdoeliomar.com.br/a-sinceridade-do-ministro-e-a-polemica-do-obvio/>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

²¹¹As condições de *Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional* foram declaradas por meio da Portaria GM/MS nº 1.813, de 11 de novembro de 2015; e as de *Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional*, decretadas pela Organização Mundial da Saúde em 1º de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016d). A *Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional*, foi declarada como finalizada no dia 11 de maio de 2017, pelo Ministério da Saúde, fato devidamente comunicado a OMS. “O número de registros da infecção caiu cerca de 95% nos primeiros meses deste ano em comparação com o mesmo período de 2016. Portanto, o Brasil não preenche mais os requisitos exigidos para manter o estado de emergência. A decisão para avaliação do fim do risco da Emergência Nacional em Saúde Pública faz parte do Regulamento Sanitário Internacional e é baseada em quatro aspectos: o impacto do evento sobre a saúde pública; se é incomum ou inesperado; se há risco de propagação internacional; e se há risco significativo de restrições ao comércio ou viagens internacionais”. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/05/ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

²¹²“Em 2015 e 2016, foram notificados 10,2 mil casos de crianças nascidas, com alterações no crescimento e desenvolvimento relacionados à infecção do zika vírus, no Brasil, sendo 2,2 mil confirmados. Neste período, foram concedidos 1,9 mil Benefícios de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com microcefalia”. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/02/gravidas-do-bolsa-familia-comecam-a-receber-repелentes-em-marco>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em comunicado divulgado ontem, *orientou às mulheres que moram em locais com surto de zika e pretendam engravidar que adiem os planos. Para os estrangeiros que visitem os locais ou pessoas nativas que tenham algum sintoma*, a sugestão é de esperarem, pelo menos, seis meses para iniciar uma gestação. O comunicado foi divulgado na manhã de ontem. *Já para estrangeiros que visitam locais com surtos e que não têm sintomas, a recomendação pede pelo menos dois meses de espera até que uma gravidez seja iniciada.* (OMS ..., 2016, grifos meus).

Os efeitos de planejamento familiar repercutiram na vida de algumas mulheres cearenses, que haviam programado para ter o primeiro filho, mas, devido à microcefalia-Zika, enxergaram “[...] no cenário um sinal amarelo. Garantem, no entanto, persistir no sonho da maternidade. (BRITO, 2016).

Conforme pesquisa publicada no *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, mais da metade das brasileiras entrevistadas, com idade entre 18 e 39, com formação superior e que vivem em zonas urbanas, estaria tentando evitar a gravidez por causa da epidemia de Zika, que atingia o país desde 2015. A pesquisa foi realizada em junho de 2016, com 2.002 mulheres com o perfil especificado. “Do total, 56% das mulheres entrevistadas interrogadas responderam ter evitado, ou se esforçado para evitar uma gravidez em razão da epidemia de zika”. (MAIS ..., 2016).

Os efeitos da microcefalia-Zika, encarnados nos corpos femininos e seus bebês, também, bateram à porta das transações comerciais dos Planos de Saúde. Logo no início de 2016, relatos indicaram a recusa dos Planos em atender os bebês com microcefalia, levando suas seguradas em busca do SUS.

“Clarice é uma promessa de Deus em minha vida e eu não vou medir esforços para ir em busca de tudo o que ela tiver direito”. Após 15 anos da última gravidez, Eroneide de Carvalho, 32, luta contra as dificuldades para conseguir tratamento para a filha. Clarice, hoje com dois meses, é uma das 417 crianças notificadas com suspeita de microcefalia associada ao zika vírus no Ceará. *Mesmo tendo plano de saúde, ela teve o acompanhamento particular negado. “Estou pagando consultas e exames”, diz Eroneide. Moradora do Cariri, ela entrou na Justiça contra o plano e montou uma rede de apoio com outras mulheres da região mães de crianças na mesma condição. Em Fortaleza, uma mãe que pediu para não ser identificada também chegou a ser encaminhada à rede pública. Após descobrir a suspeita de microcefalia na gestação, o médico do plano sugeriu que continuasse o acompanhamento no Hospital Geral César Cals, no Centro. “E foi o que fiz. Fui bem atendida, de fato, mas você imagine a minha frustração. Pago a mensalidade do plano para ter garantias e acabo não tendo segurança de nada”, lamenta.* (FAMÍLIAS ... 2016, grifos meus).

Três meses após a matéria acima, a ANS noticiou a inclusão, extraordinária, de exames laboratoriais para detecção do vírus Zika, no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Este rol, refere-se aos itens de cobertura obrigatória, ofertada aos beneficiários de Planos de

Saúde. Os grupos prioritários de acesso eram as gestantes, os bebês filhos de mães com diagnóstico de infecção pelo vírus, bem como os recém-nascidos com malformação congênita sugestivas de infecção pelo Zika. O prazo de ajuste dos Planos, para a oferta dos exames laboratoriais, era de 30 dias a contar da publicação da resolução da ANS, no Diário Oficial da União, fato ocorrido em 06 de junho de 2016. Entre a justificativa para tal inclusão, a emergência pública decretada pela OMS. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Efeitos da microcefalia-Zika na gestão econômica dos Planos de Saúde? A princípio, sim. Uma composição, visível e dizível, das relações do privado, sob a ‘regulação’ do público, no caso da ANS²¹³, operando sobre o que deve ser ofertado pelos Planos de Saúde. Especialmente, considerando a necessidade, que se impunha pela microcefalia-Zika, e o atendimento de uma reivindicação social, que exigia uma aplicação normativa e regulatória. A produção da verdade em trânsito poderia ser esta? Uma movimentação nos Planos de Saúde resultante de uma necessidade de inclusão, extraordinária, de exames laboratoriais?

Entretanto, não somente isso. Outras razões poderiam ter influenciado o agenciamento ocorrido, como: i) o aquecimento do mercado em termos da procura desses exames laboratoriais; ii) a necessidade de manter a fidelização dos segurados, em seus respectivos Planos de Saúde; iii) o incremento das condições de concorrência no mercado, pelo sistema suplementar, em relação ao privado e ao público, mediante a oferta do produto requerido; iv) o apoio ao setor público, no atendimento de uma demanda inesperada, mantendo uma relação de parceria.

A racionalidade governamental era a de gestão do problema da população, visibilizado na microcefalia-Zika, mas também de gestão da seguridade do indivíduo e do Plano, operado por relações subterrâneas, aquelas que não aparecem e não são ditas, mas, que estão lá, provocando mudanças e efeitos, como os aqui relacionados. Uma gestão, que se compõe com diferentes interesses, sujeitos e instituições e que opera, em variadas camadas e dimensões, requerendo investimentos diversos.

²¹³“A Agência Nacional de Saúde Suplementar é a **agência reguladora** vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de **planos de saúde** no Brasil. Tem como missão: “Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as **operadoras** setoriais - inclusive quanto às suas relações com **prestadores e consumidores** - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país”. A regulação pode ser compreendida “[...] como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o **interesse público**”. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 26 fev. 2017. (Grifos da ANS).

No caso dos Planos de Saúde, o investimento, em alguns exames laboratoriais, acabaria sendo contabilizado nas mensalidades pagas pelo segurado. Relações comerciais, venda e consumo de bens e serviços de saúde, pertinentes à microcefalia-Zika. Objeto de direito social, a saúde coexiste como objeto-mercadoria. *Existiria a condição de uma mercadoria social? Seria a saúde uma mercadoria do tipo social?*

Como articuladores responsáveis, pela elaboração do texto sobre a incorporação dos exames, pelos Planos de Saúde, uma vasta relação de instituições, que, hoje, dialogam e atuam nas fronteiras da saúde, enquanto objeto de direito social e objeto de direito do consumidor. Realidades que coexistem e interferem nos modos de governar o SUS e de cuidar da saúde.

A proposta elaborada pelo grupo encontra-se alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde, da OMS, da AMB e do *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) norte-americano. A discussão e definição da proposta de inclusão dos testes contou com a participação da Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (Proteste), Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (Anab), Associação Nacional dos Participantes de Fundos de Pensão (Anapar), Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH), Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Autogestão em Saúde (Unidas), Confederação Nacional de Saúde (CNS), Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC), Federação das sociedades de ginecologia (Febrasgo), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial (SBPC/ML), Unimed Brasil e União Geral dos Trabalhadores (UGT). (AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR... 2016).

Um outro efeito, relacionado aos rituais de prevenção, referiu-se à distribuição de repelentes para as gestantes de baixa renda, o qual, movimentou o mercado de sua produção e de logística da sua entrega. Tratou-se do *“Programa de prevenção e proteção individual de gestantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica contra o Aedes aegypti”*, instituído pelo Decreto nº 8.716, de 20 de abril de 2016. (BRASIL, 2016h).

O Programa se desenhou, em aliança com a lógica de constituição do BPC, ou seja, um recorte político, guiado pela situação de pobreza e de vulnerabilidade socioeconômica dos grupos beneficiários. De fato, as políticas sociais, as biopolíticas, apresentam um padrão de atendimento aos mais pobres, os mais vulneráveis, aos que, por um ou outro motivo, ganharam uma certa visibilidade social. Uma gestão do governo, que minimiza os efeitos das desigualdades sociais e econômicas na vida das pessoas.

Nesse caso, mais uma vez, os tempos-processos governamentais se distanciaram da realidade das gestantes e do fenômeno microcefalia-Zika, em forte acontecimento no ano de

2016. A divulgação da ação de distribuição dos repelentes havia sido proferida, pelo então Ministro da Saúde, Marcelo Castro, em dezembro de 2015. Porém, somente quatro meses depois, houve a edição do referido Decreto presidencial, institucionalizando os processos para o cumprimento de tal ação. (PROGRAMA..., 2016).

Contudo, a demora mais longa, foi a de distribuição dos repelentes para as gestantes, com o início anunciado para março de 2017 e com o último lote previsto para entrega, em dezembro de 2017. (GRÁVIDAS..., 2017). Do primeiro anúncio feito, em dezembro de 2015, à sua materialidade, a partir de março de 2017, um distanciamento de mais de um ano, sinalizando para uma governamentalidade imersa na burocracia e nas relações políticas de como fazer e de como gestar *os interesses* públicos e os privados.

Entre as dificuldades, o impasse na negociação com os fabricantes. (PROGRAMA... 2016). Sinais de que as fronteiras da gestão do SUS esbarraram nas fronteiras e regras do mercado. O volume de compra dos repelentes era dos mais robustos, implicando em uma ampla capacidade produtiva, mas também uma larga rentabilidade financeira.

Segundo matéria divulgada pelo Portal Brasil, seriam distribuídos um total de 15,9 milhões de frascos. (GRÁVIDAS ... 2017). Certamente, não se tratou de qualquer compra ou de qualquer processo licitatório para tal. Muito menos de qualquer logística, para garantir que os repelentes, efetivamente, chegassem aos corpos gestantes²¹⁴.

O mosquito *Aedes aegypti* e seus impactos, entre eles, a microcefalia-Zika, atravessaram com potência as instituições, os sujeitos, a sociedade, o mercado, os governos e os diferentes domínios de conhecimento e de saber. No caso dos sujeitos, especialmente os corpos femininos. Mulheres em idade fértil, gestantes e mães.

Corpos em modelação frente aos rituais verdadeiros de prevenção e de cuidado?
Corpos que aprendiam a lidar com outros, pequeninos, para vê-los sorrir mais e chorar menos?
Corpos que lutavam e resistiam em trajetórias 'nômades'?

Como mulher e mãe, fiquei a me perguntar se meu corpo não se dobraria e se ritmizaria aos ritos de prevenção. *Como, então, utilizar as ferramentas foucaultianas para ir além das relações de poder-saber, que atravessam os sujeitos e as instituições? Que me atravessam?*

137Infelizmente, na produção desta Tese, não tive como dar conta de responder se os repelentes chegaram às mãos das gestantes da Região de Saúde de Sobral. Interroguei um amigo secretário de saúde de outra Região e ele me afirmou que sim, em abril de 2017, os repelentes haviam aportado nas terras cearenses. Ao Ceará, coube a estimativa de 68.304 mil frascos de repelentes/mês. O cálculo operado foi simples: a estimativa arredondada de gestante do Programa Bolsa Família de 2016, multiplicada por dois frascos de repelentes/mês. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2017).

Talvez, para tornar visível e dizível, exatamente, isso: os efeitos de verdade, que o exercício de poder-saber cria, ordenando práticas discursivas e não discursivas. Tentar, assim, escapar de uma produção maquínica de subjetividades serializadas. Dançar, mas em ritmo que possa destoar, ainda que, às vezes. Destoar, nem sempre é deixar de fazer, mas, quem sabe, seja singularizar o que é feito, pelo exercício de uma produção de si.

Uma construção para (re)compor subjetividades singulares, que trafeguem por entre as políticas públicas, instituições e governamentalidades em constituição. Não se trata, assim, de se afastar ou de se liberar do Estado, mas, sim, de estar nas relações, produzindo-se em diferença, recusando a governamentalidade neoliberal, que serializa os sujeitos pelo exercício de poder-saber.

A captura e a problematização das relações de poder-saber constituem as possibilidades de resistência àquilo que cega, serializa, massifica e totaliza. Não se trata, aqui, da produção de uma consciência sobre algo, mas de interrogar os universais de bom comportamento para uma boa saúde. Ver-dizer-mapear o que se passou, no entre de cada regra, de cada ritual, de cada cuidado e de cada medida de gestão.

Fraturas no exercício do poder-saber. Pequenos levantes e insurreições, às vezes, despercebidos, mas em tensionamento instituinte. Lembrando o quê Paulo Leminski poetizou, *“Das coisas / que fiz a metro / todos saberão / quantos quilômetros / são / Aqueles em centímetros / sentimentos mínimos / ímpetos infinitos não?”*.

Tratam-se de histórias e fragmentos de vida em centímetros?

Talvez. Mas que, às vezes, provocam eco em outras formas de produção da história. Quiçá, aqui, seja uma delas!

9 O [DES]ENREDO DA CARTOGRAFIA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: CONSIDERAÇÕES [QUASE ...] FINAIS

“Meu fado é o de não saber quase tudo.
 Sobre o nada eu tenho profundidades[...]
 Poderoso para mim não é aquele que descobre ouro.
 Para mim poderoso
 é aquele que descobre as insignificâncias
 (do mundo e as nossas).”
 Manoel de Barros²¹⁵

Ler Manoel Barros sossega-me frente ao desafio de ter que finalizar a Tese. Tecer minhas considerações finais, ou algo parecido. Traçar aquilo que, costumeiramente, é denominado como as conclusões do estudo: as teses do estudo.

Então, com o corpo, *vibrando em poesia*, assinalo que as minhas teses, des[e]nredadas pela cartografia dos modos regionalizados de produção do cuidado e de gestão da saúde, não se ativeram a descobrir *o ouro*²¹⁶, os ‘achados’, que pudessem vir a compor teorias universais. Destinaram-se a constituir *insignificâncias*.

Insignificâncias, compostas por “*saberes menores e locais*”, “*devires minoritários*”, histórias singulares, porque traçadas por fragmentos de vida, que não se repetem. A regularidade, como sinaliza Michel Foucault, constitui-se pela diferença, por algo que escapa do regular e produz o *acontecimento*. A “*Omelete de amora*”²¹⁷, de Walter Benjamin, mesmo que feita com a mesma receita, nunca será a mesma, como aquela provada pelo filho do rei, porque a experiência não é passível de repetição, mas de produção singular.

Pelas minhas experiências e pela captura das experiências do outro, compostas como *acontecimentos-analisadores* da regionalização da saúde, o caminho tecido para a fabricação desta Tese desenhou-se como uma bricolagem singularizada. Não sujeita à universalização e, nem, posta à *prova* e ao *exame* para a certificação de sua veracidade.

Portanto, são teses qualificadas como *insignificantes* e, pretensamente, carregadas pelo *nada*, que se constitui, em profundidade *extensiva* e *rizomática*. *Teses desejantes* de problematização, análise e discussão sobre como a regionalização da saúde do Ceará e,

²¹⁵BARROS, 2001.

²¹⁶BARROS (2014), ao alinhar o seu “*Para des-fechar*”, à título das ‘conclusões finais’ da sua Tese de Doutorado, também, recorreu a essa poesia de Manoel de Barros, sinalizando que “[...] o valor de nossa investigação não esteve na descoberta de “ouros [...]”. (p. 263). Então, faço, aqui, reverberar as palavras e os sentidos de ambos os Barros, o Manoel e o professor João Paulo. Mas pela força do (re)olhar e do (re)contar na cartografia da regionalização da saúde.

²¹⁷BENJAMIM, 1995.

especialmente a da Região de Saúde de Sobral, estão acontecendo. Quais linhas, em virtualidade, podem ser atualizadas, no âmbito da produção do SUS dito regionalizado.

Nessa perspectiva, quais são as teses desta Tese? Ou melhor dizendo, quais são as linhas de força que esta Tese atualiza? Quais são os [des]enredos que, aqui, são enredados?

A formação discursiva da regionalização da saúde do Ceará segue o regime de normatização do Ministério da Saúde, que norteia e determina as condutas a serem adotadas, em escala local, regional, estadual e nacional, com força molar para garantir o instituído, pela aplicação das normas da macropolítica de saúde.

Contudo, outros traços discursivos e práticas não discursivas foram desenvolvidos e instituídos, em singularidade, produzindo a regionalização da saúde do Ceará como um processo de *reforma do setor saúde*. Processo, este, desencadeado desde os meados da década de 90, atravessando governos estaduais sucessivos, em um contexto político-econômico neoliberal, com drásticos efeitos sociais, restritivos à consecução do direito constitucional à saúde.

Nesse processo, realço a importância política do governo estadual, do Senhor Tasso Jereissati, que potencializou o início dessa reforma, desbloqueando as comportas do sistema público estadual de saúde, em forte *diálogo do Estado com o mercado e a sociedade*, pela *ênfase no crescimento econômico*, aliado à uma *gestão pública eficiente, competitiva, de qualidade, flexível e ágil*. Esse governo, com suas bases empresariais, foi uma das condições de possibilidade para a ‘modernização’ e o *empresariamento da saúde pública* do Ceará. Naquele momento, decisão tomada e desde, então, em encaminhamento.

Uma reforma que operou, desde os aspectos administrativos, *adequando o desenho organizacional da SESA*, com vinte e uma²¹⁸ Coordenadorias, em *correspondência ao ‘modelo’ assistencial regionalizado*, com vinte e duas Regiões de Saúde; passando por uma *robusta ampliação física*²¹⁹ de equipamentos de saúde, de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar; até a constituição de *novas institucionalidades de saúde*, com *distintas modalidades de gestão*²²⁰ para gerir as unidades públicas criadas.

Em termos conceituais, uma reforma do setor saúde, que instituiu o ‘modelo’ dos “*Sistemas Microrregionais e Sistemas Integrados de Serviços de Saúde*”, centrado na

²¹⁸A CRES de Fortaleza é responsável pela Região de Saúde de Fortaleza e de Cascavel.

²¹⁹Construção de Policlínicas, CEO e Hospitais Regionais, em conformidade o desenho assistencial da saúde, onde cada Região conta, atualmente, com uma Policlínica e CEO, e, pela constituição macrorregional, com um Hospital Regional.

²²⁰Pela iniciativa da gestão estadual de saúde, foram criados 21 CPS regionais, responsáveis pela gestão das Policlínicas e dos CEO, e foi qualificado o ISGH, como uma OSS, que realiza a gestão dos Hospitais Regionais e da UPA estaduais localizadas em Fortaleza.

capacidade de oferta em relação com a demanda assistencial, produzida segundo o perfil de serviços de saúde disponibilizados, filtrando, assim, o que não era, e não é, passível de atendimento. Um ‘modelo’, cujo jogo político-técnico²²¹ foi o da oferta cabível no SUS, em relação com uma demanda possível de atendimento, não operando, assim, com as necessidades de saúde reais da população.

O SUS, em regra geral, é produzido por essa lógica organizacional e de ‘modelo’. Todavia, o curso da reforma do setor saúde do Ceará²²², não se limitou a este ‘modelo’, configurando-se pelo *acoplamento dos discursos e das práticas de gestão empresarial às novas institucionalidades de saúde criadas*.

Houve, então, um explícito delineamento de *cenários de gestão e de cuidado em saúde*, onde o *modo empresariado* tem sido aplicado com maior desenvoltura nas modalidades de gestão do CPS e da OSS-ISGH, constituindo o que denominei de ‘*o novo mundo da saúde*’. Um ‘*novo mundo da saúde*’, materializado nos equipamentos da Policlínica de Sobral e do HRN, que coexiste com o ‘*mundo antigo da saúde*’, espelhado na Santa Casa de Sobral e do CEM.

Tanto para a constituição como para operação do ‘*novo e do antigo mundo da saúde*’, o estudo sinalizou a articulação de práticas discursivas²²³ e não discursivas²²⁴, que delinearam o modo de produzir a gestão e o cuidado em saúde, com um maior ou menor grau de empresariamento, privatização e mercantilização; com um maior ou menor grau de afunilamento do acesso aos serviços de saúde, ofertados pelo SUS, na Região de Saúde de Sobral.

Nessa perspectiva, a reforma da saúde do Ceará, pelo olhar na Região de Sobral, produziu o alargamento e a intensificação das *linhas de força*, expressas nos processos de *mercantilização, privatização e empresariamento do SUS, tensionando a produção*

²²¹Jogo, este, perpassado por diferentes intencionalidades, em relação à implementação do SUS, destacando, aqui, o compromisso de vários técnicos e militantes da Reforma Sanitária brasileira, vinculados à SESA, ou não, que participaram do projeto da reforma da saúde do Ceará, imbuídos do propósito de constituição de um sistema de saúde público, universal e integral. Entretanto, no jogo, prevaleceram as forças e as intenções neoliberais de desenvolvimento do SUS em um modo de gestão empresarial.

²²²Reforma do setor saúde marcada pela forte aliança com o ideário do crescimento econômico, logo no seu nascedouro, cuja implementação foi capturada por *acontecimentos-analisadores*, quando da minha habitação na Região de Saúde de Sobral: Santa Casa de Sobral, em gestão filantrópica; Policlínica, sob gestão do CPS da Região; HRN, pela gestão da OSS-ISGH; e o Cem, em administração pública direta da Secretaria de Saúde de Sobral.

²²³Práticas discursivas expressas em regras, normas, contratos, portarias, protocolos, resoluções da CIB do Ceará e CIR de Sobral, conforme apresentado e discutido na Tese.

²²⁴Práticas não discursivas como: as práticas de saúde, de gerenciamento, de pactuação entre gestores, de acolhimento e de classificação de risco nos serviços de urgência; de agenciamentos feitos por gestores, profissionais de saúde e usuários de serviços de saúde, conforme apresentado e discutido na Tese.

constitucional do direito à saúde e comundo o exercício de uma *governamentalidade da saúde neoliberal*.

A *privatização*²²⁵ do SUS, em regime de parceria, aconteceu pela ‘cessão’ da responsabilidade de gestão e de prestação direta de bens e serviços, do Estado para outras institucionalidades de saúde²²⁶, configurando a constituição de um Estado regulador, porém, desprovido de capacidade regulatória.

A *mercantilização do SUS* constituiu-se pela oferta de produtos de ‘saúde’, compostos em cestas restritivas de serviços, especificados no rol de procedimentos, devidamente, contratualizados²²⁷, provocando o deslocamento da saúde, do campo do direito social para o campo do direito do consumidor.

O *empresariamento do SUS* foi destacado pela adoção de práticas de gestão e de cuidado em saúde, que se espelharam no pensamento, nas estratégias, tecnologias e procedimentos do mundo corporativo empresarial. Dessa forma, o regime discursivo, constituído por valores, princípios, normas e condutas, que formam e regulam uma organização empresarial, foram adotados pelos equipamentos públicos de saúde, mediados pelas instituições que fazem a sua gestão.

Reitero, assim, a *forte articulação e o engate do discurso e das tecnologias empresariais às modalidades de gestão dos equipamentos de saúde*, operados pelo CPS e pela OSS-ISGH, em produção do ‘*novo mundo da saúde*’.

No ‘*novo mundo da saúde*’, houve o *acoplamento do saber-poder médico ao saber-poder empresarial*, conferindo *efeitos de verdade* e de *produção de subjetividades*, afinadas aos *modos de vida, de gestão e de cuidado em saúde, medicalizados e empresariados*. Afinal, *quem se opõe as verdades científicas da biomedicina? Quem se opõe à reforma da saúde, para torná-*

²²⁵Tomo o *processo de privatização*, em perspectiva ampliada, que abarca não somente a venda de empresas públicas para o setor privado, ou a entrada do capital estrangeiro para financiar serviços de saúde, conforme a Lei nº13.097/2015 Brasil (2015), mas que compreende a possibilidade deste setor fazer a gestão de equipamentos públicos de saúde, muitas vezes, sem a devida regulação, por parte do Estado.

²²⁶Institucionalidades de saúde, inscritas no âmbito do direito público, pelo CPS, e do direito privado sem fins lucrativos, pela OSS-ISGH e associação filantrópica, pela Santa Casa de Sobral.

²²⁷*Contrato de Programa*, entre o CPS e os municípios da Região de Saúde de Sobral, relacionando os tipos de serviços e suas quantidades, disponibilizados pela Policlínica de Sobral e operados pela PCC, em decisão dos entes consorciados; *Contrato de Rateio*, entre o CPS e os municípios da Região de Saúde de Sobral, especificando o valor financeiro, que cabe a cada ente consorciado, para a manutenção dos serviços de saúde ofertados; o *Contrato de Gestão*, entre a SESA e a OSS-ISGH, estabelecendo metas, indicadores de saúde e resultados a serem alcançados, materializados nos serviços de saúde ofertados pelo HRN, segundo decisões restritas ao contratante e ao contratado; *COAP*, entre os entes federados, município, estado e união, especificando os procedimentos ofertados pela Santa Casa de Sobral e pelo CEM, para os municípios, conforme programado na PPI, em pactuação entre os entes municipais.

la tão eficiente e produtiva, quanto às empresas privadas? Quem se opõem aos atos de “fazer viver”, independentemente, do aprisionamento e da dependência que isso possa provocar?

Nesse sentido, no ‘novo mundo da saúde’, foi operada a *atualização e a positivação do discurso e da prática dos protocolos clínicos*, em decorrência do seu *acoplamento ao saber-poder empresarial*. Assim, seu uso e mecânica operacional foram adotados, não somente para a regulação do acesso aos serviços de saúde, como também para a *produção de protocolos de gerenciamento de serviços*.

Mecânica, esta, produzida pelas características como: previsibilidade de situações clínicas e de gestão; padronização de fluxos de serviços assistenciais e gerenciais; normalização, disciplinamento, regulação e controle das escolhas e das condutas de cuidado e de gestão em saúde, em submissão de gestores, profissionais de saúde e usuários às regras e às normas expressas. Assim, em exercício acentuado do *poder disciplinar e do biopoder*, houve a produção de subjetividades individuais adestradas e serializadas e o controle da população usuária dos serviços regionalizados.

Certamente, este, não é um processo restrito ao ‘novo mundo da saúde’. A ordenação de subjetividades, para condutas normatizadas, normalizadas e regulamentadas, acontece em toda a produção da saúde, sinalizando o disciplinamento e medicalização dos seus processos de trabalho. Entretanto, no ‘novo mundo da saúde’, como dito, a mecânica da disciplina é atualizada.

No horizonte do ‘novo mundo’, tanto no que se refere à gestão como ao cuidado em saúde, o objetivo é o de alcançar a *maximização e a otimização do tempo e dos recursos disponíveis*, assegurando aos processos assistenciais e de gerenciamento, qualidade, eficiência, segurança e cumprimento das metas e dos resultados planejados. *A boa performance em exercício do ‘bom governo’ do SUS*. Daí a vinculação dessas tecnologias, *protocolos clínicos e de gerenciamento de serviços*, aos processos de Acreditação da Policlínica de Sobral e do HRN.

A aplicação das tecnologias empresariais, na regionalização da saúde do Ceará, pela Região de Sobral, foi excessivamente visível e dizível no HRN, com a implantação de um novo setor, o NAC, colocado como uma *experiência de aplicação do pensamento Lean*. Pensamento, este, constituído por métodos advindos da *Toyota Motor Corporation*, uma corporação empresarial japonesa. Em decorrência desta implantação, houve, ainda, a constituição de um novo ‘profissional’ da saúde, o *controlador de acesso*, responsável o apoio “físico” ao NAC, em todas as suas funções regulatórias e de controle gerencial dos processos de trabalho em saúde.

Em andamento, na regionalização da saúde do Ceará, pelo olhar demorado na Região de Saúde de Sobral, a atualização do *estritamento político nas relações entre Estado, mercado e sociedade*, forjado para a constituição do ‘*novo mundo da saúde*’, onde o cume da montanha, se localizou na gestão realizada pela OSS-ISGH, no HRN.

Diga-se de passagem, que o ‘*novo mundo da saúde*’ se encontra em *deslocamento para dentro dos equipamentos públicos, geridos pela administração direta da SESA*, que são os grandes hospitais estaduais, localizados em Fortaleza. A sinalização, assim, foi a de que *a política pública estadual de saúde, está em atualização, também, pela adoção de mecanismos operacionais de empresariamento da saúde*, explicitados no estudo, por exemplo, pela criação do NAC, e de todos os processos a ele relacionados, nesses hospitais estaduais. Além disso, outro fato é a adoção do Protocolo de Manchester, para a classificação de risco das queixas dos usuários, em alguns serviços de urgência e emergência, dessas unidades hospitalares.

O curso da regionalização da saúde do Ceará, constituindo a produção do ‘*novo mundo da saúde*’ e do ‘*mundo antigo da saúde*’, em diferença, atualizou, ainda, a *extensividade do processo de contratualização da e na saúde*. Processo, este, marcado pelo *engate das dimensões jurídico-legal com a técnico-assistencial*, expresso no uso de Contratos variados, aplicados à cada instituição de saúde, em conformidade com sua modalidade de gestão.

Por um lado, os *Contratos* atualizaram como as relações de produção da saúde deveriam acontecer, com um embasamento jurídico-formal, que *conferiu um regime de verdade* e de aceitação à *institucionalização de padrões restritivos de oferta e de consumo dos bens e serviços de saúde*, segundo cada equipamento. Por outro, *regulamentou os valores e as formas de financiamento dos novos equipamentos de saúde*, além de resolver a quem caberia a sua gestão. Algo relevante na produção da saúde, considerando não haver especificação de uma autoridade sanitária e de financiamento regionais, dada a conformação federativa brasileira e, também, do SUS.

No caso dos equipamentos do ‘*mundo antigo da saúde*’, Santa Casa de Sobral e CEM, a máquina contratual do COAP não operou com nenhum aporte financeiro e nem com outras formas de pactuação, voltadas à referência das ações e serviços de saúde, *implicando no uso de uma carcaça jurídica nova em uma mecânica avariada*. Especialmente, pelo uso de uma PPI desatualizada e desfinanciada, onde uma consulta médica é remunerada, pelo SUS, com o valor de dez reais, ou um pouco mais do que isso.

Dessa forma, nas entrelinhas do “*mais*” do discurso, não dito, mas operado, houve a produção do sentido de que o ‘*presente-futuro*’, a ser investido, *podia não estar no ‘mundo*

antigo da saúde’, e sim, nas modernas, novas e inventivas institucionalidades e modalidades de gestão.

Entretanto, não foi possível, e nem é, descartar o *‘mundo antigo da saúde’*, na produção do SUS regionalizado. *Como descartar uma unidade de saúde do porte e da importância assistencial de uma Santa Casa de Sobral? Ou mesmo do CEM, que opera o atendimento não só da Região de Sobral, como também da Macrorregião Norte do estado?*

O volume de demanda por serviços de saúde é tão elevado, sendo, da ordem do impossível, desarticular o funcionamento *‘do mundo antigo da saúde’*. Ainda que, na Santa Casa de Sobral, o acesso e o cuidado em saúde tenham se desenhado, por vezes, em um *“cenário de guerra”*. Neste, o espaço físico da sua recepção, emergência e urgência apresentou-se *quadriculado*, afirmando que, mesmo em uma situação-limite, o *saber-poder médico-disciplinar* era exercido, assegurando o ordenamento e o assujeitamento de seus usuários, dispostos em macas e cadeiras, à espera do atendimento. Ou, então, de seus profissionais de saúde, em processo de trabalho, prestando o atendimento e registrando as entradas e as saídas, as prescrições e as condutas médicas, de enfermagem e de outras necessárias.

Um acesso aos serviços de saúde, embora afunilado e em *“cenário de guerra”*, que mantém seu regime de atendimento em *“porta-aberta”*, produzindo encaminhamentos regulados, ou não, pelo fenômeno da *“vaga zero”*, disseminado nos discursos dos gestores e dos profissionais de saúde entrevistados. Pela *“vaga zero”*, o usuário é encaminhado sem a garantia do leito, do atendimento, do procedimento. *Um jogo de sorte no tabuleiro do SUS.*

Nos cenários *‘do novo e do antigo mundo da saúde’*, *a constituição diversificada de empresas-da-saúde é quem movimenta o mercado concorrencial da doença-saúde*, oferecendo, aos seus usuários e profissionais, um leque de possibilidades de acesso aos serviços de saúde e de trabalho.

Empresas-da-saúde encarnadas em cada um dos equipamentos habitados, com suas respectivas modalidades de gestão, mas também em outros serviços disponíveis na Região, para o consumo de serviços de saúde, atravessado pelo pagamento direto, pelos agenciamentos variados, pela combinação do público com o privado, enfim, um leque de possibilidades. Obviamente, um acesso, em acordo com o *quê* e o *quanto* o usuário pode pagar e pode esperar, ou, se pode, efetivamente, pagar.

Assim, como mais uma oferta, o estudo atualizou o *“plano do contribuinte”*, da Santa Casa de Sobral, que disponibiliza serviços de consultas e exames especializados e ambulatoriais, à *“preço popular”*. Um plano que vem sendo operado há anos, e que, hoje, não

produz mais estranhamentos entre os gestores, profissionais de saúde e usuários, tanto que, algumas vezes, presenciei, na sala do ACCR da Santa Casa, sua oferta sendo feita por um profissional. Ou ainda, agenciada pelo “*representante municipal*”.

Enquanto o ‘*mundo novo da saúde*’, operava com o “*controlador do acesso*”, o ‘*mundo antigo da saúde*’, institucionalizou, sob os cuidados da Ouvidoria da Santa Casa, os trinta e quatro “*representantes municipais*”, contratados e pagos pelos municípios da Região e da Macrorregião de Sobral. Entre as suas funções, a de apoiar o usuário no uso adequado do “*plano do contribuinte*” e de acompanhá-lo, em sua peregrinação interna ou externa à Santa Casa.

Na regionalização da saúde, os processos de empresariamento, privatização e mercantilização da saúde, atravessaram não somente os modos de como governar a saúde, portanto, seus gestores, em *escolhas de Sofia*, mas especialmente a vida de seus usuários. Estes, muitas vezes, foram obrigados a decidir sobre o que pagar, o que esperar na fila da regulação do acesso.

Nesse sentido, em consonância com a máquina governamental do SUS, em tempos neoliberais, a atualização da Tese foi a de que ‘*os mundos da saúde*’, sejam eles ‘*novos ou antigos*’, estão sendo produzidos, de modo a afunilar, ainda mais, e cada vez mais, o acesso aos serviços públicos de saúde. Um afunilamento do direito constitucional à saúde, diga-se de passagem, autorizado pelos Contratos efetivados por cada equipamento, em sua modalidade de gestão.

Nos serviços de urgência e emergência hospitalar, autorizados, também, pela aplicação do *Protocolo de Manchester*, no HRN, para a triagem e a classificação de risco dos problemas de saúde apresentados pelo usuário. Mais uma vez, *o saber-poder médico-disciplinar* aliou-se ao *poder-saber empresarial-controlador*, no sentido da otimização do tempo, contabilizado em três minutos para a classificação, e da agilidade competente do classificador para o seguimento correto do protocolado. A justificativa é a *do risco de vida*, a ser enfrentado de modo a “*fazer viver*”. Caso ele, classificador, não esteja apto à classificação, a recomendação é a de ajustamento de sua conduta, pela reciclagem de seus ‘conhecimentos’. Relações de poder-saber que põem, permanentemente, o profissional à prova e ao “*exame*”, sujeito às “*sanções normalizadoras*”.

Na Santa Casa, embora vinculado ao HumanizaSUS, o ACCR, vem sendo constituído de forma ‘apertada’, como a sala que a ele é destinado e sob o ritmo do ‘*corre-corre*’, imposto pela superlotação da sua emergência e urgência. Nesse sentido, a sinalização

capturada foi a de *produção de tempos*, sempre corridos, e de *processos quebrados*, onde o acolher se distancia do classificar, onde o produto da classificação de risco tem suplantado o processo de acolhimento.

Nesse cenário, '*o mundo antigo da saúde*' do CEM, surgiu com experiências, que escaparam do contexto empresariado da saúde. Ainda que regulado pelo *saber-poder médico-disciplinar*, deparei-me com a *produção de uma clínica que olha, que vê, que toca*. No CEM, em fluxo contrário, a regulação do acesso para o atendimento de puericultura de bebês, que nascem com algum risco clínico, na Santa Casa de Sobral, não segue a marcação de uma consulta oficial. O oficioso é a "*demanda livre*". *A clínica é a do olhar*.

Uma *gestão que regula, pela necessidade do paciente*, que não deve esperar, especialmente quando se trata do risco de uma neoplasia. É a convocação insistente, pelo "*whatsapp*", das mulheres com exames, que sinalizam o risco para um câncer de mama ou do colo de útero.

A força do CEM, nesta Tese, é a *aposta ética e política na possibilidade de algo escapar*, de algo se produzir como resistência às formas cristalizadas e instituídas do cuidado em saúde, que produz profissionais para classificar mais e acolher menos. Não porque eles, assim, o queiram, mas porque, muitas vezes, o aprisionamento às formas instituídas é intensivo, é *microfísico de poder*.

Não quero, com isso, fazer uma *exaltação 'ao mundo antigo da saúde do CEM'*, ou a *satanização* do empresariamento, danoso à produção do direito constitucional à saúde. Quero, sim, reverberar que outras práticas de gestão e de cuidado em saúde, centradas *no encontro* entre o usuário e o profissional, talvez, sejam mais potentes de realização, quando do não exercício contínuo do saber-poder empresarial. Talvez.

Diante dos ditos e dos escritos, as teses desta Tese, uma pergunta me corrói o corpo: *Teria o SUS acabado? Teria seu enredo, como direito social à saúde, se desenredado?*

Penso que não. O *SUS se atualizou* frente à dinâmica e os [em]bates das linhas de forças, em trânsito nas relações entre Estado, sociedade e mercado. *Como produção real, o SUS se desterritorializou do seu encaixe ideário e se territorializou na conformação de outras qualidades*.

Decorrentes do deslocamento do ideário de suas fronteiras constitucionais, outras características, têm sido acrescentadas à produção do SUS regionalizado do Ceará, atualizando sua composição configurada como: *borrada, híbrida, múltipla, restrita e contratual*.

Borrada nos limites do público e do privado, com acentuado deslocamento do primeiro em relação ao segundo; *híbrida* pela constituição de novas institucionalidades e modalidades de gestão em uso, algumas, de “quase-mercado”; *múltipla* pela variação de agentes, agências e agenciamentos em produção da saúde, as empresas-da-saúde em operação; *restrita* pela padronização de cestas de oferta-e-consumo de serviços de saúde, que define o quê e o quanto é passível de acesso, desenhando o afunilamento dos serviços públicos de saúde; e *contratual* pelo engate da dimensão técnico-assistencial à dimensão jurídico-legal, institucionalizando como verdadeiros esses processos, de borramento, de hibridéz, de multiplicidade e de restrições, em desenvolvimento.

Dessa forma, a cartografia da regionalização da saúde do Ceará, em diálogo com a Região de Saúde de Sobral, *sinalizou sua produção como uma invenção biopolítica*, dirigida aos grupos populacionais pobres, em condições de vulnerabilidade social e econômica.

Uma *invenção biopolítica* que quadriculou o estado do Ceará, decompondo-o em territórios regionalizados, possibilitando, ao mesmo tempo, o exercício de um governo que articula e mapeia a macropolítica de saúde, mas também se apropria do que está acontecendo com a Dona Maria, o Senhor João, seus filhos, seus netos, seus vizinhos, em uma extensividade individualizada, pelo exercício da *microfísica do poder*.

Daí o estudo ter cartografado, com tanta potência, as relações de *saber-poder médico-disciplinar engatadas às relações de saber-poder empresarial*, configurando o SUS contemporâneo, que se tece em *governamentalidade neoliberal, pelo exercício do biopoder, o poder sobre a vida, que se desdobra na disciplina e na biopolítica*.

Finalizo o *[des]enredo da cartografia da regionalização da saúde*, dos modos de produção da gestão e do cuidado em saúde, com o *desejo produtor* de “*renovar o homem usando borboletas*”, lembrando-me, aqui, dos fragmentos [quase finais] dos versos de Manoel de Barros, em “*Retrato do artista quando coisa*”.

E, também, conforme o “*Desenredo*”, composta por Dori Caymmi e Paulo César Pinheiro, na aposta dos versos, onde “O olhar que assusta anda morto / O olhar que avisa anda aceso / [...] / O olhar mais fraco anda afoito / O olhar mais forte indefeso!

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes da saúde. *In: L'ABBATE, S. (Org). Análise Institucional e saúde coletiva no Brasil*. 1. ed., São Paulo: Hucitec, 2013, p. 315-332.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANS faz inclusão extraordinária de exames para detecção do vírus zika**. Consumidor. Brasília, 06 jun. 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3350-ans-faz-inclusao-extraordinaria-de-exames-para-deteccao-do-virus-zika?highlight=WyJ6aWthII0=>>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção Referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.

ALMEIDA FILHO, N. Uma breve história da epidemiologia. *In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 1-16.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. *In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. 3. reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 131-149.

ANDRADE, L.O.M. **SUS passo a passo: Gestão e Financiamento**. São Paulo: Hucitec, Sobral: UVA, 2001.

_____. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANDRADE, L. O. M. *et al.* Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: Três anos construindo a Tenda Invertida e a Educação Permanente no SUS. **Sanare**, Sobral, v. 5, n. 1, p. 33 – 39, jan/fev/mar, 2004. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/120/112>>. Acesso em: 14 set. 2012.

ARAÚJO, I. L. Formação discursiva como conceito chave para a arqueogenealogia de Foucault. **Revista Aulas Dossiê Foucault**, n. 3, p. 1-24, dez.2006/mar. 2007. Disponível em:<<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1924/1385>>. Acesso em: 03 set. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Saúde pode perder até R\$ 743 bilhões em 20 anos de PEC do Teto, dizem pesquisadores do Ipea**. Rio de Janeiro, 12 de outubro de 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/10/saude-pode-perder-ate-r-743-bilhoes-em-20-anos-de-pec-do-teto-dizem-pesquisadores-do-ipea/>>. Acesso em: 14 out. 2016

_____. **Sobre a ABRASCO**. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/sobreabrasco/>>. Acesso em: 23 out. 2016.

BAPTISTA, T. W. F.; BORGES, C. F.; MATTA, G. C. Contribuições da Arqueologia do Saber para Estudos da Saúde Coletiva. *In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C.S.; MACHADO, C.*

V. (Org). **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2015, p.147-172.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). *In*: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 2011. p. 52-91. Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: 15 fev. 2013.

BARBOSA, J. P. A. **História da saúde pública do Ceará: da Colônia a Vargas**, Fortaleza: Edições UFC, 1994.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.** V. 24, n. 1, p. 49-54, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-1414462X201600010106.pdf>> Acesso em: 01 jun 2017.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

BARROS, J. P. P. **Violência infanto-juvenil e o território da escola: o bullying como analisador de processos de subjetivação contemporâneos**. 2014. 292 f. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE.

BARROS, M. **Livro das ignoranças**. Rio de Janeiro e São Paulo: Editora Record, 1993. Disponível em: <<https://msamoraes.files.wordpress.com/2014/07/manoel-de-barros-o-livro-das-ignorc3a3c3a7as.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

_____. **Livro sobre nada**. 3. ed. Rio de Janeiro e São Paulo: Editora Record, 1996.

_____. **Tratado geral das grandezas do ínfimo**. Rio de Janeiro e São Paulo: Editora Record, 2001.

BARROS, L. M. B.; BARROS, M. E. B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia: A experiência da pesquisa e o plano comum**. Vol. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 175-202.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 52-75.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Diário de Bordo de uma viagem-intervenção. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 172-200.

BENEVIDES, R. P, PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc e saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561 – 571, 2005.

BENJAMIM, W. Omelete de amoras. *In*: Bejjamim, W. Rua de mão única. Obras escolhidas II. 5ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense.1995.p.219-220. Disponível em :

<<http://www.afasia.com.br/assets/conteudo/midias/omelete-de-amoras54899d593b771.pdf>> . Acesso em: 20 jul. 2017.

BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, C.; GUARESCHI, M. F. Trabalho e produção de saúde: Práticas de liberdade e formas de governamentalidade. **Psicologia & Sociedade**, vol. 22, n. 1, p. 5-13, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a02.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, jan-fev-mar-abr, p. 20-28. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Congresso Nacional. Brasília: DF. 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/ConstituicaoTextoAtualizado_EC95.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Congresso Nacional, Brasília, DF, 20 set. 1990a, Seção 1, p. 18055 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Congresso Nacional, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 ago. 2012.

_____. Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 24 mai. 1993. Seção 1, p. 6961. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 20 ago. 2012.

_____. Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Seção 1, p. 22932. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 20 ago. 2012.

_____. Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Seção 1, p. 23.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 20 abr. 2012.

_____. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção 1, p. 52. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 20 abr. 2012.

_____. Lei Nº 11.107, de 6 de abril de 2005. **Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 abr. 2012.

_____. Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 03 abr. 2006b. Seção 1, p. 49. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html>. Acesso em 20 abr. 2012>.

_____. Decreto Nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. **Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6017.htm>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 4 ago. 2008. Seção 1, p. 48. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 13 mai. 2017.

_____. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2017.

_____. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 04 abr. 2012.

_____. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 abr. 2012.

_____. Portaria Nº 929, de 10 de maio de 2012. Institui o Incentivo Financeiro 100% SUS destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 11 mai. 2012. Seção 1, p. 137. Disponível em: <http://www.editoramagister.com/legis_23330906_PORTARIA_N_929_DE_10_DE_MAI_IO_DE_2012.aspx> Acesso em: 22 jun. 2017.

_____. Lei nº 13.097, de 20 janeiro de 2015. [Entre outros aspectos], altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jan. 2015. Seção 1, p. 1-12. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/01/2015&jornal=1&pagina=11&totalArquivos=76>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika** – Plano nacional de enfrentamento à microcefalia. Versão 2.0. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/protocolo-sas-2.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

_____. **Diretrizes de estimulação precoce:** crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimula---o-Precoce.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

_____. Portaria Interministerial Nº 405, de 15 de março de 2016. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (Suas), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 16 mar. 2016c, nº51, seção 1, p. 27. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27106091_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_405_DE_15_DE_MARCO_DE_2016.aspx>. Acesso em: 25 fev. 2017.

_____. Instrução Operacional Conjunta Nº2 do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social, de 31 de março de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 31 mar. 2016d. Disponível em: <<https://www.sigas.pe.gov.br/files/04252016115718-instrucao.operacional.conjunta.02.ms.mds.de.31.03.2016.pdf>>. Acesso em 26 fev. 2017.

_____. Portaria Nº 58, de 03 de junho de 2016. Dispõe sobre ações articuladas das redes de Assistência Social e Previdência Social na atenção às crianças com microcefalia para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, Brasília, DF, 06 jun. 2016e, Seção 1, p. 55. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27147947_PORTARIA_N_58_DE_3_DE_JUNHO_DE_2016.aspx>. Acesso em: 25 fev. 2017.

_____. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC)** - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII. Versão 2. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. mar. 2016f. Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

_____. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional**. Versão em editoração. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, 2016g. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

_____. Decreto nº 8.716, de 20 de abril de 2016. Institui o programa de prevenção e proteção individual de gestantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica contra o *Aedes aegypti*. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 22 abr. 2016h. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=22/04/2016>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

BRITO, T. Casos de microcefalia alteram planos de quem quer engravidar. **O Povo**. Fortaleza, 09 março 2016. Cotidiano. Disponível em: <<http://mobile.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2016/03/09/noticiasjornalcotidiano,3585799/casos-de-microcefalia-alteram-planos-de-quem-quer-engravidar.shtml>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

CAIXOTE, D. Saúde divulga diretriz nacional para estimulação precoce de bebês com microcefalia. **Site do Ministério da Saúde**. Brasília, 13 janeiro 2016. Profissional e Gestor. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21681-saude-divulga-diretriz-nacional-para-esimulacao-precoce-de-bebes-com-microcefalia>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

CAMILLO, N. R. S. *et al.* Acreditação em hospital público: percepções da equipe multiprofissional. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 3, p. 451-459. mai-jun, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0451.pdf>>. Acesso em: 17 jun 2017.

CAMPOS, G. W. S. Comentário: reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 34-36, fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000100006>. Acesso em: 02 set. 2015.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CANDIOTTO, C. Cuidado da vida e dispositivos de segurança: a atualidade da biopolítica. *In*: BRANCO, G. C.; VEIGA-NETO, A. (Org). **Foucault: filosofia e política**. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 81-96.

CARVALHO, S. R. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. *In*: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S. BARROS, M. E. (Org). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Aderaldo Rothschild, 2009, p. 23-41.

CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S. BARROS, M. E. B. Apresentação. *In*: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (Org). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Aderaldo Rothschild, 2009, p. 17-20.

CASTELO BRANCO, G. A seguridade social em Michel Foucault. **Revista Ecopolítica**, São Paulo, n. 6, jan-abr, p. 76-89. 2013a. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/14985/11183>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

_____. Os nexos entre subjetividade e política. *In*: BRANCO, G. C.; VEIGA-NETO, A. (Org). **Foucault: filosofia e política**. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013b, p. 9-12.

_____. Governamentalidade, política, resistências ao poder. *In*: RESENDE, H. (Org). **Michel Foucault: Política – pensamento e ação**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016, p. 111-121.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault** – Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

CEARÁ. Lei Nº 12.781, de 30 de dezembro de 1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, dispõe sobre a qualificação destas entidades e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado do Ceará**. Poder Executivo, Fortaleza, CE, 30 dez. 1997. Disponível em: <<http://www.al.ce.gov.br/legislativo/tramitando/lei/12781.htm>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

_____. Resolução 05/98, de 21 de dezembro de 1998. Aprova o documento “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará”. Caderno Único. **Diário Oficial [do] Estado do Ceará**, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, 08 jan. 1999a, Caderno 1, p. 1-3. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/5435367/pg-35-caderno-unico-diario-oficial-do-estado-do-ceara-doece-de-08-01-1999>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Resolução 06/98, de 21 de dezembro de 1998. Inclui os anexos de N° 07 e 08 no documento “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará”. **Diário Oficial [do] Estado do Ceará**, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, 08 jan. 1999b, Caderno Único, p. 36. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/5435368/pg-36-caderno-unico-diario-oficial-do-estado-do-ceara-doece-de-08-01-1999>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Resolução 07/98, de 21 de dezembro de 1998. Delibera que o Sistema Estadual de Saúde do Estado do Ceará, doravante, passe a adotar diretrizes políticas de atuação, descritas na sequência. **Diário Oficial [do] Estado do Ceará**, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, 08 jan. 1999c, Caderno Único, p. 36. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/5435368/pg-36-caderno-unico-diario-oficial-do-estado-do-ceara-doece-de-08-01-1999>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Decreto N° 26.811, de 30 de outubro de 2002. Qualifica como Organização Social o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). **Diário Oficial [do] Ceará**. Governo do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, 31 out. 2002, Caderno Único, p. 1. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/5405515/pg-5-caderno-unico-diario-oficial-do-estado-do-ceara-doece-de-31-10-2002>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

_____. Lei N°13.484, de 28 de maio de 2004. Altera o art. 1° da Lei n°12.781, de 30 de dezembro de 1997, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Ceará**. Poder Executivo, Fortaleza, CE, 31 mai. 2004, Série 2, ano VII, n° 101, Caderno 1/2, p. 2.

_____. Portaria N° 061, de 08 de novembro de 2007. Cria, no âmbito desta Secretaria, a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/8-portarias>>. Acesso em: 27 de abr. 2015.

_____. Decreto N° 29.555, de 21 de novembro de 2008. Altera o Decreto n°25.811 de 30 de outubro de 2002, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Ceará**. Poder Executivo, Fortaleza, CE, 25 nov. 2008a, Caderno 1, p. 1. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/5462773/pg-1-caderno-1-diario-oficial-do-estado-do-ceara-doece-de-25-11-2008>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

_____. Lei N° 14.158, de 01 de julho de 2008. Altera os arts. 1° e 5° da Lei n° 12.781, de 30 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [do] Ceará**. Poder Executivo, Fortaleza, CE, 01 jul. 2008b, série 2, ano, XI, n° 122. Disponível em: <<http://www.seplag.ce.gov.br/images/stories/Planejamento/Cooperativo-Tecnico-Financeira/Contrato-de-Gestao/Lei-14158-2008-OS.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

_____. **Consórcios Públicos em Saúde do Ceará**: Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Manual de Orientação. Secretaria da Saúde do Estado Ceará, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/consorcios>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

_____. **Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR – do Estado do Ceará 2011**. Secretaria da Saúde do Estado, Ceará, 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/9-plano-diretor-regionalizacao-pdr-2011>>. Acesso em: 04 mar. 2014

_____. **Perfil do Programa.** Secretaria da Saúde do Estado, Ceará, 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/perfil-do-programa>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015.** Secretaria da Saúde do Estado, Ceará, 2012a. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/compromissos/plano-estadual-da-saude>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

_____. **Hospitais e UPAs 24h aprimoram classificação de risco.** Secretaria da Saúde do Estado, Ceará, 2012b. Disponível em: <<http://ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/6699-hospitais-e-upas-24h-aprimoram-classificacao-de-risco>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

_____. **Contratos Organizativos de Ação Pública da Saúde das Regiões de Saúde do Ceará, 2012-2013,** Secretaria da Saúde do Estado, Ceará, 2012c. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/decreto-fundes-fundos-municipais>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

_____. **Hospital Regional Norte: maior hospital do interior do NE será inaugurado sexta-feira (18).** Secretaria da Saúde do Estado, Ceará, 2013a. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/7375-hospital-regional-norte-maior-hospital-do-interior-do-ne-sera-inaugurado-sexta-feira-18>>. Acesso em: 5 JUL. 2015.

_____. Lei Nº 15.356, de 04 de junho de 2013. Altera dispositivos da Lei nº 12.781, de 30 de dezembro de 1997, que institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, dispõe sobre a qualificação destas entidades e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado do Ceará.** Poder Executivo, Fortaleza, CE, 12 jun. 2013b, Caderno 1, p. 1-3. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/55455773/doi-ce-caderno-1-12-06-2013-pg-1>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

_____. **Revisão do Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde - PDR - do Estado do Ceará.** Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Ceará, 2014a. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/99-plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-2014>>. Acesso em: 04 ago 2014.

_____. **Unisus web é o novo sistema de regulação assistencial do Ceará.** Secretaria da Saúde do Estado, Ceará, 2014b. Disponível em: <http://www.ipc.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=948&catid=948&Itemid=76>. Acesso em: 31 mai. 2017.

_____. **Ceará já tem 7 policlínicas e CEOs regionais acreditados pela qualidade.** Secretaria da Saúde do Estado, Ceará, 2016a. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/47695-ceara-ja-tem-7-policlinicas-e-ceos-regionais-acreditados-pela-qualidade>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

_____. **Núcleo de Estimulação Precoce.** Secretaria da Saúde do Estado, Ceará, 2016b. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/zika-microcefalia/nucleo-de-estimulacao-precoce>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

_____. **Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central relacionadas a infecções congênitas.** Versão nº 03. 1 ed.,

Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, Ceará, 2016c. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/protocolos-de-tratamento>>. Acesso em 14 fev. 2017.

_____. Lei Nº 16.183, de 28 de dezembro de 2016. Altera o art. 1º da Lei nº 12.781, de 30 de dezembro de 1997, que institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, dispõe sobre a qualificação destas entidades e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado do Ceará**. Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, 04 jan. 2017. p. 3. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/134060233/doi-ce-04-01-2017-pg-3>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 113-127.

CECÍLIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R (Org). **Os mapas do cuidado: o Agir leigo na saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. Pastoral da Saúde. **Igreja Católica manifesta repúdio à PEC 241**: Os pobres serão as vítimas principais desta política contra a vida. Debate Progressista, 11 de outubro de 2016. Disponível em: <<http://www.debateprogressista.com.br/igreja-catolica-manifesta-repudio-a-pec-241-os-pobres-serao-as-vitimas-principais-desta-politica-contra-a-vida/>>. Acesso em: 14 out. 2016.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Nota sobre a proposta de emenda constitucional n. 241/2016**. Brasília, DF: CONASEMS; CONASS, 2016. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/nota-sobre-proposta-de-emenda-constitucional-n-2412016/>>. Acesso em: 14 out. 2016.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> . Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. **Nota Técnica 13/2017**. Assunto: Distribuição de repelentes contra o mosquito *Aedes Aegypti* para as gestantes integrantes de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Brasília, DF, 07 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/03/Nota-Distribui%C3%A7%C3%A3o-de-Repelentes-gestantes-PBF.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SOBRAL. **O Consórcio**. Disponível em: <http://www.cpsmsobral.com.br/index.php/consorcio> . Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. **CEO-R Reitor Ícaro de Sousa Moreira**. Disponível em: <<http://www.cpsmsobral.com.br/index.php/servicos/ceo>>. Acesso em 15 de jun. 2015.

_____. **Policlínica Bernardo Félix da Silva**. Disponível em: <<http://www.cpsmsobral.com.br/index.php/servicos/policlinica>>. Acesso em 15 de jun. 2015.

COSTA, M. L.; BERNARDES, A. G. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 4, p. 822 - 835, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000400003&script=sci_arttext. Acesso em: 20 abr. 2015.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B; RIBEIRO, J. M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. **RAP**, Rio de Janeiro: v. 34, n. 1, p. 209-227, jan/fev., 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6259>>. Acesso em 2 abr. 2015.

COSTA, S. S. G. Para problematizar nossa (in)atualidade: Pensando um agenciamento metodológico entre Foucault e Deleuze. In: MATOS, K. S. L. (Org). **Movimentos Sociais, educação popular e escola: a favor da diversidade**. Fortaleza: Editora UFC, 2003, p. 158-175.

CRIANÇAS do Interior com microcefalia seguem à espera de tratamento. **O Povo**, Fortaleza, 29 março 2016. Disponível em: <<http://mobile.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2016/03/29/noticiasjornalcotidiano,3595143/criancas-do-interior-com-microcefalia-seguem-a-espera-de-tratamento.shtml>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

CUNHA, A. M. C. A.; CAMPOS, C. E.; RIFARACHI, H. H. C. Aplicabilidade da metodologia *Lean* em uma lavanderia hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 311-318, 2011. Disponível em:

DELEUZE, G. **Conversações**. 1. ed. São Paulo: Ed. 34, 1992.

_____. **Foucault**. 8ª reimpr. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 2013.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs – Capitalismo e esquizofrenia 2**. Vol. 1. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

_____. **Mil Platôs – Capitalismo e esquizofrenia 2**. Vol. 3. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998. Disponível em: <<http://www.filozar.com.br/filosoficos/Deleuze/Gilles%20Deleuze%20e%20Claire%20Parnet%20-%20Di%C3%A1logos.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

DINIZ, D. Vírus Zika e mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 32, n. 5, p. 1-4, mai, 2016.

DUARTE, A. Foucault e a governamentalidade genealogia do liberalismo e do Estado Moderno. In: BRANCO, G. C.; VEIGA-NETO, A. (Org). **Foucault: filosofia e política**. 1 reimpr. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 53-79.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 323 - 364.

FAMÍLIAS de bebês com microcefalia precisam recorrer ao SUS. **O Povo**. Fortaleza, 29 março 2016. Disponível em: <http://www20.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2016/03/29/noticiasjornalcotidiano,359513>

9/familias-de-bebes-com-microcefalia-precisam-recorrer-ao-sus.shtml> Acesso em: 30 mar. 2016.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Orientações e recomendações da FEBRASGO sobre a infecção pelo vírus zika em gestantes e microcefalia.** Comissão Nacional Especializada Provisória para o Estudo de Vírus Zika, Gravidez e Microcefalia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/Virus-Zika-em-gestantes-e-microcefalia.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

FERIGATO, S.; CARVALHO, S. R. O poder da gestão e a gestão do poder. *In:* CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S. BARROS, M. E. B. (Org). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade.** São Paulo: Aderaldo Rothschild, 2009, p.53-73.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf/view>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

FIRMO, E. A sinceridade do ministro e a polêmica do óbvio. O Povo, Fortaleza, 30 janeiro 2016, Blog do Eliomar: informação sem preconceito. Disponível em: <<http://blogdoeliomar.com.br/a-sinceridade-do-ministro-e-a-polemica-do-obvio/>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

FONTANA, A.; BERTANI, M.; Situação do Curso. *In:* FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**, 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 329–351.

FORTES, M. T. R. **Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde.** 2013. 190 p. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/766Manzo6/2/0000018.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: A vontade de saber.** Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. Disponível em: < <https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/foucault-m-histc3b3ria-da-sexualidade-i-vontade-de-saber.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

_____. Verdade e Poder. *In:* MACHADO, R. **Microfísica do poder.** Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 9. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990a, p. 4-11. Disponível em: https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf . Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. O nascimento da medicina social. *In:* MACHADO, R. **Microfísica do poder.** Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 9. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990b, p. 46-56. Disponível em: https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf . Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. O nascimento do hospital. *In*: MACHADO, R. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 9. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990c, p. 57-63. Disponível em: https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf . Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976), 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. Poder e Saber. *In*: MOTTA, M. B. (Org). **Ditos e Escritos IV**. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. p. 223-240.

_____. Poderes e Estratégia. *In*: MOTTA, M. B. (Org). **Ditos e Escritos IV**. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. p. 241-252.

_____. Diálogo sobre o Poder. *In*: MOTTA, M. B. (Org). **Ditos e Escritos IV**. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c. p.253-269.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**: curso dado no *Collège de France* (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no *Collège de France* (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008c. Disponível em: <<http://www.uesb.br/eventos/pensarcomveyne/arquivos/FOUCAULT.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

_____. **A hermenêutica do sujeito**. 3 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. Um sistema finito diante de um questionamento infinito. *In*: MOTTA, M. B. (Org); **Ditos e Escritos V**. Tradução Elisa Monteiro, Inês Autran Dourado Barbosa. 3. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014a.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014b.

_____. **A ordem do discurso**: aula inaugural do Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24. ed., São Paulo: Edições Loyola, 2014c.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde – Textos Reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 226 - 242.

FRANCO, T. B. *et al.* A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. *In*: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Org). **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 19-44.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde.

In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde – Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 109-137.

GADELHA, S. **Biopolítica, governamentalidade e educação:** introdução e conexões a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

GALEANO, E. **O livro dos abraços.** 9. ed. - Porto Alegre: L&PM, 2002. Disponível em: <<http://www.anarquista.net/wp-content/uploads/2013/03/O-Livro-dos-Abra%C3%A7os-Eduardo-Galeano.pdf>>. Acesso em: 02 ago 2016.

GOYA, N. **Diversidade de Olhares:** desvelando os sentidos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. 2009. 125f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE.

_____. O SUS no Ceará. *In:* GOYA, N. (Org), **Promoção da Equidade no SUS:** Curso de Formação e Mobilização para o reconhecimento e o enfrentamento de iniquidades. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha/Universidade Aberta do Nordeste, 2014, p. 74-97.

GOYA, N.; ANDRADE, L. O. M. Percepções de profissionais da saúde sobre práticas instituintes do SUS e desafios de organização. **Sanare.** Sobral, v. 14, n. 02, p. 07-16, jul./dez. 2015. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/824> . Acesso em: 2 ago. 2015.

GOYA, N. *et al.* Consórcios Públicos de Saúde e Organização Social de Saúde: institucionalidades constituídas para a gestão e prestação de serviços de saúde. *In:* 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Goiânia. **Anais Eletrônicos do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2015a. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br/anais/index_int.php?id_trabalho=1772&ano=&ev=#menuanais>. Acesso em: 08 set. 2015.

_____. Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP): A experiência do Ceará segundo gestores estaduais de saúde. *In:* 11º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. Goiânia. **Anais Eletrônicos do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2015b. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br/anais/index_int.php?id_trabalho=348&ano=&ev=#menuanais>. Acesso em: 08 set. 2015.

_____. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saude Soc,** São Paulo, v. 25, n. 4, out./dez, p. 902-919, 2016.

_____. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Cienc Saude Colet,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1235-1244, 2017.

GRÁVIDAS do Bolsa Família começam a receber repelentes em março. Portal Brasil. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/02/gravidas-do-bolsa-familia-comecam-a-receber-repelentes-em-marco>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **O Protocolo de Manchester de Classificação de Risco**. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/sistema-manchester->>. Acesso em: 04 jul. 2017.

_____. **Quem somos**. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/quem-somos->>. Acesso em: 04 jul. 2017.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. 8. ed. Petrópolis, RJ; Vozes, 2007.

HÜNING, S. M. Carta Aberta sobre diálogos nas e com as práticas de pesquisa. In: TAVARES, G. M.; MORAES, M.; BERNANDES, A. G. **Cartas para pensar políticas de pesquisa em Psicologia**. Vitória: EDUFES, 2104. p. 149-156.

IBANHES, L. C *et al.* Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 575-584, mar, 2007. <Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n3/16.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **SISMAMA: Informação para o avanço das ações de controle para o câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Sismama.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

JESUS, P. B. M. Considerações acerca da noção de afeto em Espinosa. **Cadernos Espinosanos - Estudos sobre o século XVII**, São Paulo, n. 33, p. 161-190, 2015.

LANCETTI, A. Notas sobre humanização e biopoder. **Interface**, v.13, supl.1, p.797-799, 2009.

LIMA, L.D; VIANA, A.L.D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A.L.D e LIMA, L.D (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

LOPES, C. M. N. **Sistemas microrregionais de serviços de saúde no Ceará (1998 – 2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares**. 2007, 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará. Disponível em: http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/cleliamaria_2007.pdf . Acesso em: 8 jun.2013.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 3. reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 32-51.

KASTRUP, V; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 3. reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 76-91.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. In: **Pistas do método da cartografia: A experiência da pesquisa e o plano comum**. Vol. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 15-41.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 5, ago, 2010, p. 2307-2316. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500006&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mar. 2012.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. 3. ed. rev e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Prefácio da 2ª Edição. *In*: SILVA, S.F. (Org). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013, p. 13-16.

MAHMUD, S. D. P. **Protocolos Clínicos: adesão e aplicabilidade em uma instituição hospitalar**. 2002. 70 p. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12393>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

MAIS de 50% das brasileiras desistem de engravidar por causa do zika. **O Povo**. Fortaleza, 22 dezembro 2016. Disponível em: <<http://mobile.opovo.com.br/noticias/saude/2016/12/mais-de-50-das-brasileiras-desistem-de-engravidar-por-causa-do-zika.html>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, Vol. 8, n. 2, p. 110-117, 2009. Disponível em: <<http://186.217.160.122/revpsico//index.php/revista/article/viewFile/139/172>>. Acesso em: 15 set. 2014.

MANZO, B. F. *et al.* A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 151-158, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun. 2017.

MARINHO, F. *et al.* Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 2016, vol. 25, n. 4, p. 70 -712, out-dez.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.; COVERO, L. A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Rev Tempus Actas Saúde Col**. Vol. 7, n. 2, p. 203-210, Set. 2013. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1354/1158>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

MARTINS, A. L.; Psiquiatrização da vida na sociedade de controle. *In*: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S. BARROS, M. E. (Org). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Aderaldo Rothschild, 2009, p.119-140.

MASSARO, A. Redes de Atenção à Saúde o que nelas se vê e o que se diz. *In*: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S. BARROS, M. E. (Org). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Aderaldo Rothschild, 2009, p.191-203

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad de Saúde Pública**, 2004, v. 20, n. 5, p. 1411-1416. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037>. Acesso em: 08 ago. 2012.

MENDES, E. V. A modelagem das redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, A.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saude Soc**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 393-402. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200393&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**. Ed Rede Unida, v. 1, n. 1, 2015, p. 7-14. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MIRANDA, A. S. **Pluralismo agenciado da política e gestão pública de saúde em institucionalidade híbrida e dinâmica de (quase) mercado**. Rio de Janeiro: Cebes, 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/07/pluralismo-agenciado-da-politica-e-gestao-publicas-de-saude-em-institucionalidade-hibrida-e-dinamicas-de-quasemercado/>. Acesso em: 04 abr. 2014.

MIRANDA, L. L. Subjetividade: A (des)construção de um conceito. *In*: SOUZA, S. J. (Org). **Subjetividade em questão: A infância como crítica da cultura**. 2. ed. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005, p. 29-46.

MORAES, M. Do “PesquisarCom” ou tecer e destecer fronteiras. *In*: TAVARES, G. M.; MORAES, M.; BERNANDES, A. G. **Cartas para pensar políticas de pesquisa em Psicologia**. Vitória: EDUFES, 2104. p. 131-137.

MOTA, M. V. **Descentralização do Sistema Único (SUS) no Estado do Ceará: a experiência na microrregião de saúde de Baturité**. 2007. 180p. Tese (Doutorado de Saúde Pública) – Departamento de Prática em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

NETO, J. A. C. *et al.* Percepção médica quanto aos protocolos clínicos. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 35, n. 3, p. 159-166, jul./set. 2009. <Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/425>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

OMS orienta adiar gravidez onde há surto de zika. **O Povo**. Fortaleza, 01 junho 2016. Disponível em: <<http://www20.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2016/06/01/noticiasjornalcotidiano,3618918/oms-orienta-adiar-gravidez-onde-ha-surto-de-zika.shtml>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet (Série Saúde no Brasil 1)**. The Lancet; vol. 377, n. 9779, p. 1778-1779, Maio, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2013.

_____. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In:* PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2014a. p. 17-31.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, Abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2017.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 3. reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2014a.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. Apresentação. *In:* **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 3. reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2014b, p. 7-16.

PASSOS, E.; KASTRUB, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia: A experiência da pesquisa e o plano comum**. Vol. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014a, p. 7-14.

PASSOS, E.; KASTRUB, V.; TEDESCO, S. A experiência cartográfica e a abertura de novas pistas. *In:* PASSOS, E.; KASTRUB, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia: A experiência da pesquisa e o plano comum**. Vol. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014b, p. 7-14.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-Intervenção e Cartografia: Melindres e meandros metodológicos. **Revista Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro: UERJ, ano 10, n 1, p. 85-102, 2010.

PEREIRA, M. E. M.; A Indução para o conhecimento e o conhecimento para a vida prática: Francis Bacon. *In:* ANDERY, M. A. P. A. *et al;* **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; São Paulo: EDUC, 2001, p. 193-199.

PESTANA, A. L. *et al.* Pensamento *Lean* e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 1. p. 258-64, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n1/a33v47n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

PONTES, R. J. S. *et al.* Modelo de Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará. *In:* Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, II, 2013, Belo Horizonte. **Anais II Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde - Apresentações Orais em Painel**, Belo Horizonte: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Comissão de Política, Planejamento e Gestão, 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/033.pdf>. Acesso em 23 out. 2016.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo. *In*: PASSOS, E.; KASTRUB, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia**: A experiência da pesquisa e o plano comum. Vol. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 42-65.

PROGRAMA irá distribuir repelente para grávidas de baixa renda. **O Povo**, Fortaleza, 23 de abril de 2016. Disponível em: <<http://www20.opovo.com.br/app/opovo/brasil/2016/04/23/noticiasjornalbrasil,3607009/programa-ira-distribuir-repelente-para-gravidas-de-baixa-renda.shtml>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: Transformações contemporâneas do desejo. 2 ed. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2016.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 17-35.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL. **Empresa**. Disponível em: <http://stacasa.com.br/site/?page_id=8>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. **Hospital Dom Walfrido**. Publicado em 19 jun. 2012; atualizado em 02 dez. 2016. Disponível em: <<http://stacasa.com.br/site/hospital-dom-walfrido/>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

SANTOS, L. ANDRADE, L. O. M. **SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

_____. Rede Interfederativa de saúde. *In*: SILVA, S.F. (Org). **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013, p. 35-74.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: A região de saúde como o caminho. **Saude Soc**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

SILVA, M. R. F. **Linhas de Cristalização e de Fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família**: uma cartografia da micropolítica. 2012. 199f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Associação Ampla da Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

SILVA, M. R. F.; PONTES, R. J. S.; SILVEIRA, L. C. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: As vozes dos sujeitos do cotidiano. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 784-788, dez., 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6006/4308>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SOBRAL. **Histórico do CEM e relatório de atividades**. Secretaria da Saúde e do Desenvolvimento Social, Centro de Especialidades Médicas Dr. Aristides Andrade, Sobral, 2016. (Mímeo).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Microcefalia e Zika vírus: tudo sobre o caso que colocou o Brasil em alerta**. Boletim da SBI, Ano XIII, n. 52, Out/Nov/Dez de 2015. Disponível em: <<https://www.infectologia.org.br/cloud/newsletter/01-11-15/sbi.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALEMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Rev. Psicol.**, Niterói, v. 25, n. 2, p. 299-322, Maio/Ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200006>. Acesso em: 12 mar. 2015.

TEIXEIRA, C. F. Produção científica na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde 1975-2010 temas e teorias. *In*: BAPTISTA, T. W. F; AZEVEDO, C.S.; MACHADO, C. V. (Org). **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2015, p. 81-111.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Nutep inicia terapia de alta intensidade em crianças com paralisia cerebral**. Fortaleza, 2013. Disponível em: <<http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2013/4403-nutep-inicia-terapia-de-alta-intensidade-em-criancas-com-paralisia-cerebral>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

VASCONCELOS, P. F. C. Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas? **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, vol.6, n.2, p. 9-10, 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232015000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2017.

VEIGA-NETO, A. Governamentalidades, neoliberalismo e educação. *In*: BRANCO, G. C.; VEIGA-NETO, A. (Org). **Foucault: filosofia e política**. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 37-52.

VIANA, A. L. D. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA A.L.D e LIMA, L.D (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. D.; MIRANDA, A. S.; SILVA, H. P. **Segmentos institucionais de gestão em saúde: Descrição, Tendências e Cenários Prospectivos**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/sites/saudeamanha.fiocruz.br/files/u35/2%20-%20PJSSaudeAmanha_Texto0002_final.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2015.

WHITEHEAD M, DAHLGREEN G. **Concepts and principles for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants population health** n.2. Copenhagen: Who/Regional Office for Europe, 2000.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTOR DE SAÚDE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa “**Regionalização da Saúde: Cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde**”, sob responsabilidade da pesquisadora Neusa Goya, orientada pelo Professor Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo dessa pesquisa é o de problematizar e apresentar os modos de produção do cuidado em saúde e de gestão do Sistema Único de Saúde no contexto da regionalização da saúde. Para sua realização, usaremos a técnica da entrevista com gestores e profissionais de saúde e usuários de serviços de saúde de abrangência regional. A sua participação consistirá em responder perguntas relacionadas à produção do cuidado em saúde e da gestão, na regionalização da saúde, nos âmbitos estadual e na Região de Saúde Sobral. A entrevista será gravada mediante sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de trinta a quarenta minutos. Todo o material gravado será transcrito e armazenado, em arquivos digitais, mas somente terão acesso ao mesmo a pesquisadora e seu orientador.

O seu nome e seus dados pessoais não serão divulgados em nenhuma hipótese. Manteremos estas informações sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo. Somente serão utilizadas, para divulgação, as informações produzidas nessa pesquisa. Informamos, também, que após o seu término, serão destruídos todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações, etc., não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente.

Quanto aos riscos, a metodologia utilizada para a produção de informações pode ocasionar algum constrangimento ou desconforto, uma vez que abordaremos questões relativas à sua experiência como gestor de saúde. Caso você venha a sentir algo que esteja lhe prejudicando, comunique a pesquisadora para que sejam tomadas as providências necessárias à promoção do seu bem-estar. O benefício esperado com o resultado desta pesquisa é o de contribuir para a melhoria da produção do cuidado em saúde e da gestão no Sistema Único de Saúde em sua perspectiva regionalizada.

O (A) senhor (a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal; a garantia de que em caso de algum dano à sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma via destinada a você (participante) e outra para a pesquisadora. Vale ressaltar também que todas as páginas deverão ser rubricadas por você (participante da pesquisa) e pelo pesquisador responsável.

ATENÇÃO: *Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, situado no seguinte endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas).*

ENDEREÇO DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:

Nome: Neusa Goya e Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Curso de Pós-graduação em Doutorado em Saúde Coletiva.

Telefone para contato: (85) 996020053

Neusa Goya
Pesquisadora

Eu, _____ RG, _____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações da pesquisadora NEUSA GOYA, que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo. Minha participação é de livre e espontânea vontade. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora NEUSA GOYA sobre esta pesquisa. Estou ciente de que os resultados poderão ser divulgados em revistas ou apresentados em eventos científicos. Declaro, também, que me foi assegurado o direito a não identificação no trabalho, e também confidencialidade das respostas. Foi-me garantido (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Ainda me foi esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou plenamente de acordo com a realização do trabalho. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima, com a minha colaboração espontânea.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do sujeito/responsável: _____

Pesquisadora: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa “**Regionalização da Saúde: Cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde**”, sob responsabilidade da pesquisadora Neusa Goya, orientada pelo Professor Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo dessa pesquisa é o de problematizar e apresentar os modos de produção do cuidado em saúde e de gestão do Sistema Único de Saúde no contexto da regionalização da saúde. Para sua realização, usaremos a técnica da entrevista com gestores e profissionais de saúde e usuários de serviços de saúde de abrangência regional. A sua participação consistirá em responder perguntas relacionadas à produção do cuidado em saúde e da gestão, na regionalização da saúde, nos âmbitos estadual e na Região de Saúde Sobral. A entrevista será gravada mediante sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de trinta a quarenta minutos. Todo o material gravado será transcrito e armazenado, em arquivos digitais, mas somente terão acesso ao mesmo a pesquisadora e seu orientador.

O seu nome e seus dados pessoais não serão divulgados em nenhuma hipótese. Manteremos estas informações sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo. Somente serão utilizadas, para divulgação, as informações produzidas nessa pesquisa. Informamos, também, que após o seu término, serão destruídos todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações, etc., não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente.

Quanto aos riscos, a metodologia utilizada para a produção de informações pode ocasionar algum constrangimento ou desconforto, uma vez que abordaremos questões relativas à sua experiência como profissional de saúde. Caso você venha a sentir algo que esteja lhe prejudicando, comunique a pesquisadora para que sejam tomadas as providências necessárias à promoção do seu bem-estar. O benefício esperado com o resultado desta pesquisa é o de contribuir para a melhoria da produção do cuidado em saúde e da gestão no Sistema Único de Saúde em sua perspectiva regionalizada.

O (A) senhor (a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal; a garantia de que em caso de algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma via destinada a você (participante) e outra para a pesquisadora. Vale ressaltar também que todas as páginas deverão ser rubricadas por você (participante da pesquisa) e pelo pesquisador responsável.

ATENÇÃO: *Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ situado no seguinte endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas).*

ENDEREÇO DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:

Nome: Neusa Goya e Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Curso de Pós-graduação em Doutorado em Saúde Coletiva.

Telefone para contato: (85) 996020053.

Eu, _____ RG, _____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações da pesquisadora NEUSA GOYA, que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo. Minha participação é de livre e espontânea vontade. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora NEUSA GOYA sobre esta pesquisa. Estou ciente de que os resultados poderão ser divulgados em revistas ou apresentados em eventos científicos. Declaro, também, que me foi assegurado o direito a não identificação no trabalho, e também confidencialidade das respostas. Foi-me garantido (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Ainda me foi esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou plenamente de acordo com a realização do trabalho. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima, com a minha colaboração espontânea.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do sujeito/responsável: _____

Pesquisadora: _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIO DE SERVIÇO DE SAÚDE REGIONAL

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa **“Regionalização da Saúde: Cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde”**. Cartografar significa acompanhar processos, coisas que estão acontecendo no dia a dia das pessoas e das instituições. No caso desta pesquisa, o objetivo é o de acompanhar como acontece o atendimento em saúde quando há necessidade de deslocamento entre um município e outro. Quando as pessoas para resolverem o seu problema de saúde precisam sair do seu município para serem atendidas em outro. E também, como acontece a organização e a administração das unidades de saúde que atendem pessoas de diferentes municípios e quais os efeitos deste trabalho na garantia do direito à saúde. Ou seja, se o funcionamento da forma como está acontecendo resolve os problemas de saúde das pessoas, ou não, e de que forma isso acontece.

Esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Neusa Goya, orientada pelo Professor Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Você não deve participar desta pesquisa contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar para entender do que se trata esta pesquisa.

Para sua realização, faremos entrevistas, que são como conversas, com gestores (secretários de saúde, coordenadores de unidades e de programas de saúde) e profissionais de saúde e usuários (pacientes) que são atendidos em unidades que prestam serviços para a população de vários municípios. A sua participação consistirá em responder perguntas sobre qual é o seu problema e como chegou até essa unidade de saúde, como está sendo o seu atendimento, o que é feito quando você tem que fazer algum exame ou continuar o seu tratamento fora do seu município, enfim, sobre como acontece o seu atendimento e sua relação com as pessoas que fazem este atendimento, ou outras, que o ajudam a ter o atendimento. A entrevista, a conversa, será gravada mediante sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de trinta a quarenta minutos. Todo o material gravado será colocado em forma de texto escrito e armazenado, em arquivos digitais, mas somente terão acesso ao mesmo a pesquisadora e seu orientador.

O seu nome e seus dados pessoais não serão divulgados de forma alguma. Manteremos estas informações sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo. Somente serão utilizadas, para divulgação, as informações produzidas nessa pesquisa. Informamos, também, que após o seu término, serão destruídos todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações, etc., não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente.

Quanto aos riscos, a forma de fazer a pesquisa, pode ocasionar algum constrangimento ou desconforto, uma vez que conversaremos sobre a sua experiência de atendimento e sua relação com os serviços, os profissionais e gestores de saúde. Caso você venha a sentir algo que esteja lhe prejudicando, comunique a pesquisadora para que sejam tomadas as providências necessárias à promoção do seu bem-estar. O benefício esperado com o resultado desta pesquisa é o de colaborar para a melhoria dos serviços de saúde públicos e de um atendimento de qualidade que resolva os problemas de saúde da população.

O (A) senhor (a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal; a garantia de que em caso de algum dano à sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável.

Este termo é escrito em duas vias, sendo uma destinada a você (participante) e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas (assinadas) por você (participante da pesquisa) e pelo pesquisador responsável.

ATENÇÃO: *Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ situado no seguinte endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas).*

ENDEREÇO DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:

Nome: Neusa Goya e Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Curso de Pós-graduação em Doutorado em Saúde Coletiva.

Telefone para contato: (85) 996020053.

Neusa Goya - Pesquisadora

Eu, _____ RG, _____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações da pesquisadora NEUSA GOYA, que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo. Minha participação é de livre e espontânea vontade. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora NEUSA GOYA sobre esta pesquisa. Estou ciente de que os resultados poderão ser divulgados em revistas ou apresentados em eventos científicos. Declaro, também, que me foi assegurado o direito a não identificação no trabalho, e também confidencialidade das respostas. Foi-me garantido (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Ainda me foi esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou plenamente de acordo com a realização do trabalho. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima, com a minha colaboração espontânea.

Local: _____

Data: _____

Assinatura do participante/responsável: _____

Pesquisadora: _____

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTOR DE SAÚDE

1. Fale sobre você, suas experiências de vida que o conduziram até o momento presente, onde atua como gestor da saúde.
2. Como acontece o seu dia a dia na gestão do SUS?
3. E a regionalização da saúde? Como ela se manifesta nesse dia a dia no âmbito estadual e na Região de Saúde de Sobral?
4. Como acontece a produção do cuidado em saúde no contexto da regionalização estadual e na Região de Saúde de Sobral? E a gestão regionalizada, como acontece?
5. Você pode falar das relações que estabelece no processo de cuidado e de gestão regionalizados no contexto estadual e na Região de Saúde de Sobral? Como elas acontecem? Com quem?
6. Como e quais são os efeitos da regionalização no contexto estadual e na Região de Saúde de Sobral?
7. Quais os sentidos da regionalização da saúde para você, na sua experiência? Como você se afeta nesse processo?

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE

1. Fale sobre você, suas experiências de vida que o conduziram até o momento presente, onde atua como profissional da saúde.
2. Como acontece o seu dia a dia no trabalho em saúde?
3. Como os usuários chegam até você? E a sua unidade de saúde?
4. Você pode falar do processo de trabalho em saúde que você realiza? Como você faz?
5. Você pode falar das relações que estabelece no processo de cuidado em saúde? Como elas acontecem? Com quem?
6. E a relações entre você e o usuário deste serviço de saúde? E com os gestores de saúde?
7. Como você se afeta no seu trabalho?
8. Se o usuário deste serviço precisa de um encaminhamento para outro serviço, como você faz?
9. Se eu falar para você as palavras “regionalização da saúde”, você me diria o quê? Como ela acontece no seu dia a dia? A regionalização da saúde tem sentido para você?
10. Como e quais são os efeitos da regionalização, na Região de Saúde de Sobral, no tocante a produção do direito à saúde?

APÊNDICE F – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIO DE SERVIÇO DE SAÚDE REGIONAL

1. Fale sobre você, suas experiências de vida, o que faz?
2. Conte como você faz quando precisa de um serviço de saúde?
3. E quando se trata de um serviço de saúde que não existe no seu município, como você faz?
4. Como você chegou até esse serviço de saúde?
5. Como acontecem as relações entre você e os gestores de saúde e os profissionais de saúde que lhe atendem?
6. Se eu falar para você a palavra SUS, você me diria o que? Como o SUS acontece no seu dia a dia?
7. Se eu falar para você as palavras “regionalização da saúde”, você me diria o quê? Como ela acontece no seu dia a dia? A regionalização da saúde tem sentido para você?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/PROPESQ. PESQUISA: “MODELO DE GOVERNANÇA, REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: CONTEXTO, CONDICIONANTES, IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS”.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO DE GOVERNANÇA, REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: CONTEXTO, CONDICIONANTES, IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS

Pesquisador: Ricardo Jose Soares Pontes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06040712.0.1001.5054

Instituição Proponente: Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 137.055

Data da Relatoria: 01/11/2012

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa visa avaliar o processo e os resultados da implantação da regionalização da saúde no estado do Ceará, destacando o período pós implementação dos Contratos Organizativos da Ação

Pública de Saúde - COAP nas regiões de saúde, particularmente no período de 2012 a 2014, objetivando: a) caracterizar as regiões e as redes de atenção à saúde configuradas no estado; b) avaliar as Comissões Intergestores Regionais (CIR); c) avaliar o modelo de governança nas regiões de saúde; e d) avaliar o impacto

da regionalização no acesso às ações e serviços de saúde no estado do Ceará. A pesquisa avaliativa utilizará principalmente a metodologia da pesquisa qualitativa em saúde através das técnicas de grupo focal, entrevistas abertas e análise documental; de forma complementar e

articulada, a investigação utilizará também a metodologia quantitativa naqueles aspectos quantificáveis e objetiváveis do processo de regionalização. Os informantes chave (sujeitos) da pesquisa serão os

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



técnicos de nível central e regional da Secretaria de Saúde do Estado, os membros do COSEMS, os técnicos dos municípios e os membros dos conselhos de saúde envolvidos no processo de regionalização. As fontes documentais serão as atas, relatórios e todos os documentos constitutivos dos COAP. As dimensões a serem inicialmente exploradas como roteiro da pesquisa serão - Dimensão 1: o processo de regionalização no plano estadual; Dimensão 2: caracterização das regiões e redes de atenção à saúde; Dimensão 3: avaliação das Comissões Intergestores Regionais e do modelo de governança nas regiões de saúde; e Dimensão 4: avaliação do impacto da regionalização. Em conclusão, os resultados, produtos e avanços esperados consistirão na identificação de elementos de continuidade e mudanças na política de regionalização no estado, além das fragilidades e aspectos positivos do processo.

Metodologia:

A investigação será realizada através da metodologia qualitativa de pesquisa avaliativa. De forma complementar terá um recorte quantitativo em aspectos e dimensões objetiváveis, na medida em que também adotará métodos e instrumentos quantitativos. Dentre as premissas, o enfoque assume que, para avaliar e entender um processo, deve-se incorporar quem está implicado, abrir-se para a escuta. O fundamental é abrir espaço para o diálogo, a pluralidade de visões e a expressão da produção subjetiva, para que cada participante expresse seu entendimento em relação ao objeto em avaliação. O processo avaliativo será construído, nas várias etapas, em articulação com atores envolvidos nos diversos níveis da regionalização, com participação ativa de técnicos de nível central e regional da SESA, do COSEMS, entre outros. TÉCNICAS DE COLETA DE

INFORMAÇÕES: Grupo Focal (GF) - discussão em grupo com informantes-chave selecionados

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



segundo
critérios definidos. Serão
realizados 2 GF com os técnicos de nível central da SESA, 1 GF com cada Macroregião e 22 GF com as
Coordenadorias Regionais de Saúde e CRES (Total de 28) Entrevista - realizadas com informantes-chave
cujas
singularidades recomendem a entrevista individual. Análise Documental e análise de documentos produzidos
no
processo de regionalização e
constituição das redes de atenção em saúde. Instrumentos estruturados e planilhas e questionários
(informações quantitativas) DIMENSÕES E FONTES DE INFORMAÇÕES: Dimensão 1: o processo de
regionalização no plano estadual Fontes: atas, planos estaduais, normas, Contratos Organizativos de Ação
Pública); entrevistas ou grupo focal com atores da SESA e do COSEMS Categorias: contexto,
direcionalidade
(ideologia, objeto, atores, estratégias e instrumentos), tipologia da regionalização (institucionalidade,
governança) Dimensão 2: caracterização das regiões e redes de atenção à saúde Fonte: bases de dados
secundárias, particularmente os COAP Categorias: componentes principais (tipos e complexidade
de serviços), tipos de vínculos (materiais e imateriais), intensidade dos vínculos (fluxos de relacionamento) e
a
finalidade (natureza das ações) Dimensão 3: avaliação das Comissões Intergestores e do modelo de
governança Fonte: documentos dos CIR, COAP; entrevistas ou grupos focais com atores das 22 regiões
Categorias: institucionalidade, conteúdo das negociações intergovernamentais, processo político, padrões
de
relacionamento intergovernamental, de interação entre instâncias de gestão regional (setoriais e
intersetoriais)
e capacidade de atuação. Dimensão 4: avaliação do impacto da regionalização Fonte: documental (metas
dos
Contratos; fluxos assistenciais; oferta, financiamento, desenvolvimento regional) Categorias: impactos
institucionais e na saúde da população (atuação das instâncias e atores, organização da assistência)
Análise

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



das

Informações. Na análise qualitativa utilizaremos a Fenomenologia / Hermenêutica numa perspectiva crítica. Será realizada a leitura transversal das narrativas, bem como a identificação das unidades de significação, expressa nos vários temas que constituirão o eixo da análise a ser empreendida. As informações quantitativas serão coletadas, digitadas, organizadas em planilhas, tabelas, gráficos, mapas temáticos, podendo, de acordo com suas especificidades e pertinência para a investigação, receber tratamento estatístico para fins de comparação entre regiões ou para aplicação de técnicas de geo-referenciamento.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o processo de implantação e os resultados da Regionalização da Saúde no estado do Ceará

1. Identificar os elementos de continuidade e mudanças no processo de regionalização da saúde no estado no período de 2007 a 2014, destacando o período pós-implantação dos Contratos de Organização de Ação Pública de Saúde nas regiões de saúde.
2. Caracterizar as regiões e as redes de atenção à saúde configuradas no estado.
3. Avaliar as Comissões Intergestores Regionais (CIR) segundo: (a) suas formas de organização interna e representatividade; (b) o conteúdo das negociações intergovernamentais; (c) o processo político, as relações intergovernamentais e as formas de interação com outras instâncias regionais; (d) sua capacidade de formulação e implantação de estratégias e instrumentos de regionalização (incluindo planos e instrumentos de formalização de compromissos entre os entes).
4. Avaliar o modelo de governança nas regiões de saúde segundo os padrões de relacionamento intergovernamental observados nas CIR e formas de interação das instâncias de gestão regional.
5. Avaliar o impacto da regionalização no acesso às ações e serviços de saúde no estado do Ceará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferece riscos aos envolvidos (pesquisados e pesquisadores).

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ



Os benefícios de acordo com a leitura do projeto serão dados a partir da avaliação dos processos relacionados a essa organização (redes e fluxos em saúde) e a construção das relações diversas vivenciadas por dentro das diferentes instâncias do Sistema, principalmente levando-se em conta a efetivação contratualização entre gestores (COAP), é fundamental no sentido de acrescer subsídios para análise da regionalização enquanto estratégia que potencializa a materialização dos princípios e diretrizes do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa é relevante e apresenta instrumento de coleta que permite responder os objetivos da pesquisa. Permite sobretudo repensar nos modelos de regionalização para o aprofundamento da descentralização para equidade no acesso aos serviços de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou carta de anuência da Secretária de Saúde e do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS conforme solicitação da relatoria.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

FORTALEZA, 01 de Novembro de 2012

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA: “MODELO DE GOVERNANÇA, REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: CONTEXTO, CONDICIONANTES, IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS”

CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa sobre o processo de regionalização da saúde no estado do Ceará, como parte do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). As instituições responsáveis pela pesquisa são: Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Universidade Regional do Cariri (URCA) e Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP – CE).

Informamos que será respeitado o seu direito de não participação, bem como de retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 que trata das pesquisas científicas em seres humanos. Informamos, ainda, que será garantido o completo anonimato do(a) entrevistado(a), como também o direito de recusar prestar qualquer informação, gravar voz ou ser fotografado.

Assumimos, ainda, o compromisso de retornar os resultados desta pesquisa por meio de relatórios e outras estratégias de comunicação pertinentes.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, solicitamos sua assinatura neste documento, como formalização de concordância de sua participação, em duas vias. Uma delas é sua e, a outra, do pesquisador responsável. Em caso de recusa, não haverá consequências de qualquer natureza. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará situado no seguinte endereço:

Rua Professor Costa Mendes, 1608. Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo. Fortaleza, Ceará Brasil. CEP: 60.430-140. Telefone/Fax: +55 85 3366-8045 – E-mail: msp@ufc.br / dscoletiva@ufc.br.

Nº de parecer do CEP: 137.055

Data da Relatoria: 01/11/2012

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Modelo de governança, regionalização e Redes de Atenção à Saúde no estado do Ceará: contexto, condicionantes, implementação e resultados.

Pesquisadores responsáveis: Ricardo José Soares Pontes e Neusa Goya

Telefone para contato: (85) 99222782

- ◆ A pesquisa será realizada por meio de entrevistas com atores que participaram ou participam do processo de regionalização no estado do Ceará;
- ◆ O objetivo da pesquisa é estudar o processo de regionalização da saúde no estado do Ceará;
- ◆ A identidade dos sujeitos participantes submetidos à entrevista ou grupo focal será mantida em absoluto sigilo, sendo as informações coletadas utilizadas apenas para fins científicos;
- ◆ A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária, e você terá liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

Neusa Goya
Pesquisadora

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG, _____, li e concordo em participar da pesquisa, como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora NEUSA GOYA sobre a pesquisa que tem como objetivo estudar o processo de regionalização da saúde no estado do Ceará, estando ciente de que os resultados poderão ser divulgados em revistas ou apresentados em eventos científicos. Declaro, também, que me foi assegurado o direito a não identificação no trabalho, e também confidencialidade das respostas. Foi-me garantido(a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Ainda me foi esclarecido que os procedimentos na pesquisa envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou plenamente de acordo com a realização do trabalho. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima, com a minha colaboração espontânea.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do sujeito/responsável: _____

Pesquisadora: _____

**ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ/PROPESQ. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE:
CARTOGRAFIA DOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO E DE GESTÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Regionalização da Saúde: Cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Neusa Goya

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55460416.9.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.569.583

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, caracterizado como um estudo qualitativo com a adoção do método de cartografia. Este será realizado na Região de Saúde de Sobral (constituída por 24 municípios) com três grupos de participantes: gestores de saúde, profissionais de saúde e usuários dos serviços, inscritos em âmbito estadual e da Região de Saúde de Sobral. Para a realização do estudo, o pesquisador irá participar das reuniões protagonizadas pela Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Sobral (encontros mensais) e pelo Fórum Regional de Conselheiros de Saúde da Região de Sobral (encontros trimestrais), além de visita a unidades de saúde de abrangência regional (Policlínica Bernardo Félix da Silva, Centro de Especialidades Médicas Dr. Aristides Andrade, Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Hospital Regional Norte. A inserção nos dois primeiros espaços proporcionará encontros, conversas, observação e registro, orientados pelos acontecimentos e questões pautadas nas reuniões. Quanto à visita às unidades, o pesquisador percorrerá os territórios assistenciais, realizando observações e registro dos movimentos e processos. Como instrumentos e métodos de coleta, serão adotados: observação, diário de campo e entrevista aberta com 12 gestores de saúde, 12 profissionais de saúde e 12 usuários dos serviços. As entrevistas serão gravadas e transcritas, constituindo parte do corpo discurso. Também serão consultados documentos que

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.559.583

representam a base legal e normativa sobre a regionalização da saúde, além de atas e relatórios técnicos produzidos Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Comissão Intergestores Bipartite do Ceará, Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Sobral e Fórum Regional de Conselheiros de Saúde da Região de Sobral.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Mapear os modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde no contexto da regionalização da saúde.

Específicos: Traçar os acontecimentos discursivos da regionalização da saúde do Ceará; Problematicar a formação discursiva e não-discursiva da regionalização da saúde; Mapear as relações de poder e de produção de subjetividades, saberes e institucionalidades nas experimentações de gestores, profissionais e usuários do SUS da Região de Sobral com ênfase nos modos de cuidado e de gestão em saúde; Analisar os efeitos da regionalização na produção do regime de cidadania constitucional na Região de Saúde de Sobral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A Pesquisa implica em risco mínimo para seus participantes, visto que não apresenta nenhum procedimento invasivo. O estudo foi elaborado de forma que os sujeitos envolvidos possam colaborar espontaneamente, sem vivenciar constrangimentos ou desconforto na colocação de suas opiniões e pensamentos. Todas as informações pessoais ou confidenciais no momento de sua realização, serão devidamente resguardadas. Aos participantes do estudo, será apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo confidencialidade, privacidade e informações sobre o estudo.

Benefícios: Conhecimento acerca da regionalização da saúde que possa influenciar a condução da política de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área de saúde coletiva. Objeto de pesquisa está bem descrito e os objetivos são claros e pertinentes. Metodologia bem detalhada e congruente com objetivos de pesquisa. Descrição clara dos aspectos éticos a serem adotados na pesquisa conforme Resolução 466/2012.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3386-8344

E-mail: comepe@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ**



Continuação do Parecer: 1.589.583

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências éticas ou documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_686394.pdf	03/05/2016 14:00:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_usuario_Versao_2.pdf	03/05/2016 13:58:49	Neusa Goya	Aceito
Outros	Aprovacao_CEP_PPSUS.pdf	22/04/2016 10:10:26	Neusa Goya	Aceito
Outros	Lattes_Luiz_Odorico_Monteiro_de_Andrade.pdf	22/04/2016 10:08:58	Neusa Goya	Aceito
Outros	Lattes_Neusa_Goya.pdf	22/04/2016 10:07:00	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Secretaria_de_Saude_Sobral.pdf	22/04/2016 10:03:37	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Sesa.pdf	22/04/2016 10:02:41	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Santa_Casa.pdf	22/04/2016 10:00:33	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Hospital_Regional_Norte.pdf	22/04/2016 09:59:40	Neusa Goya	Aceito
Outros	Carta_Solicitacao.pdf	22/04/2016 09:58:07	Neusa Goya	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_usuario.pdf	22/04/2016 09:55:30	Neusa Goya	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Profissional_de_Saude.pdf	22/04/2016 09:54:47	Neusa Goya	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Tcle_Gestor.pdf	22/04/2016 09:53:54	Neusa Goya	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3386-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.569.583

Ausência	Tcle_Gestor.pdf	22/04/2016 09:53:54	Neusa Goya	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisadores.pdf	22/04/2016 09:52:17	Neusa Goya	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	22/04/2016 09:48:30	Neusa Goya	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/04/2016 09:46:27	Neusa Goya	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	22/04/2016 09:45:45	Neusa Goya	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	22/04/2016 09:38:13	Neusa Goya	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 01 de Junho de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

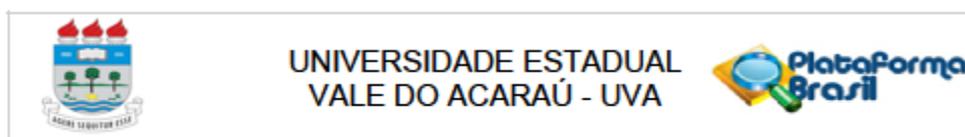
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3386-8344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO D: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNIVERSIDADE VALE DO ACARAÚ. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: CARTOGRAFIA DOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO E DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Regionalização da Saúde: Cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Neusa Goya

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55460416.9.3001.5053

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.578.832

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Tese vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, caracterizado como um estudo qualitativo com a adoção do método de cartografia.

Objetivo da Pesquisa:

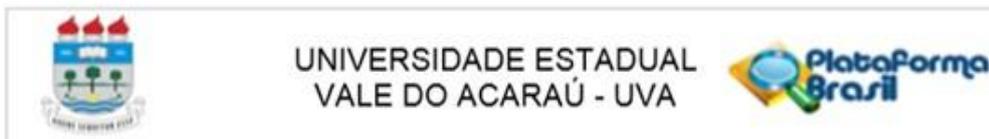
Geral: Mapear os modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde no contexto da regionalização da saúde.

Específicos: Tracar os acontecimentos discursivos da regionalização da saúde do Ceará; Problematizar a formação discursiva e não-discursiva da regionalização da saúde; Mapear as relações de poder e de produção de subjetividades, saberes e institucionalidades nas experimentações de gestores, profissionais e usuários do SUS da Região de Sobral com ênfase nos modos de cuidado e de gestão em saúde; Analisar os efeitos da regionalização na produção do regime de cidadania constitucional na Região de Saúde de Sobral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora o estudo ora proposto implica em risco mínimo para seus participantes, visto que não apresenta nenhum procedimento invasivo. Destaca que todas as informações pessoais ou confidenciais no momento de sua realização, serão devidamente resguardadas,

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.578.832

garantindo confidencialidade, privacidade e informações sobre o estudo.

No que se refere aos benefícios dessa Pesquisa, foi destacado ser de grande relevância refletir acerca da regionalização da saúde, considerando sua centralidade discursiva e prática como estratégia potente para o desenvolvimento do regime de cidadania constitucional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será desenvolvida na Região de Saúde de Sobral, composta por 24 municípios, localizados no norte do Estado do Ceará. Os participantes do estudo constituem três grupos: gestores de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS, inscritos nos âmbitos estadual e da Região de Saúde de Sobral. A relação com esses participantes se dará em campo-habitado de lugares da regionalização da saúde na referida Região, como: Comissão Intergestores Regional constituída por gestores estaduais (da Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral) e municipais de saúde (dos 24 municípios da Região); Fórum Regional de Conselheiros de Saúde formado por quatro representantes dos municípios da Região (um da gestão, um profissional de saúde e dois usuários); Visitação a Unidades de Saúde de referência na Região. Além disso, serão feitas entrevistas abertas com 36 participantes (12 gestores de saúde; 12 profissionais de saúde e 12 usuários de saúde). Para problematização dos modos de produção do cuidado e de gestão, no contexto da regionalização da saúde, o estudo adota como unidades de análise (ou eixos analisadores) os processos de produção de subjetividades, institucionalidades e saberes, construídos em coexistência de jogos de poder-saber e poder-verdade, em referência foucaultiana. A intervenção sobre os sujeitos do estudo será de caráter relacional, mediante seu livre consentimento, durante a realização do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram pensados na Plataforma os seguintes termos: TCLE usuários, profissionais e gestores; Cartas de anuência (SESA, Santa Casa, Secretaria Saúde Sobral, Hospital regional Norte), Cronograma e Orçamento.

Recomendações:

Cadastrar projeto junto à Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral através do endereço eletrônico: sicc.uvanet.br, considerando que no âmbito do sistema de saúde de Sobral o registro da pesquisa e dos seus resultados tem alto valor. Enviar relatório final para este CEP. O relatório final deverá ser enviado utilizando-se do botão -Notificações- nesta Plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150			
Bairro: Derby		CEP: 62.041-040	
UF: CE	Município: SOBRAL		
Telefone: (88)3877-4255	Fax: (88)3877-4242	E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com	



Continuação do Parecer: 1.578.832

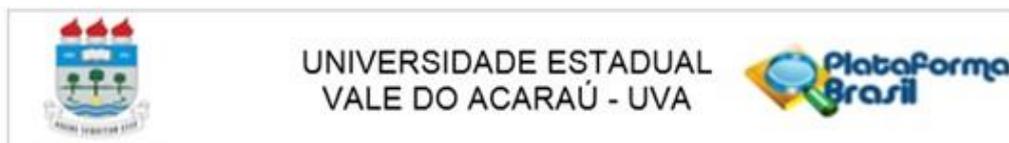
Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. A pesquisadora deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_686394.pdf	03/05/2016 14:00:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Usuário_Versao_2.pdf	03/05/2016 13:58:49	Neusa Goya	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_686394.pdf	03/05/2016 13:41:45		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_686394.pdf	22/04/2016 10:19:10		Aceito
Outros	Aprovacao_CEP_PPSUS.pdf	22/04/2016 10:10:26	Neusa Goya	Aceito
Outros	Lattes_Luiz_Odorico_Monteiro_de_Andrade.pdf	22/04/2016 10:08:58	Neusa Goya	Aceito
Outros	Lattes_Neusa_Goya.pdf	22/04/2016 10:07:00	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Secretaria_de_Saude_Sobral.pdf	22/04/2016 10:03:37	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Sesa.pdf	22/04/2016 10:02:41	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Santa_Casa.pdf	22/04/2016 10:00:33	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Hospital_Regional_Norte.pdf	22/04/2016 09:59:40	Neusa Goya	Aceito
Outros	Carta_Solicitacao.pdf	22/04/2016 09:58:07	Neusa Goya	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Usuário.pdf	22/04/2016 09:55:30	Neusa Goya	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Profissional_de_Saude.pdf	22/04/2016 09:54:47	Neusa Goya	Aceito
TCLE / Termos de	Tcle_Gestor.pdf	22/04/2016	Neusa Goya	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.578.832

Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Gestor.pdf	09:53:54	Neusa Goya	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisadores.pdf	22/04/2016 09:52:17	Neusa Goya	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	22/04/2016 09:48:30	Neusa Goya	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/04/2016 09:46:27	Neusa Goya	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	22/04/2016 09:45:45	Neusa Goya	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	22/04/2016 09:38:13	Neusa Goya	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 07 de Junho de 2016

Assinado por:
Maristela Ines Osawa Chagas
 (Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO E: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: CARTOGRAFIA DOS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO E DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Regionalização da Saúde: Cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Neusa Goya

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55480416.9.3002.5684

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.602.828

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que tematiza os modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto da regionalização da saúde do Ceará. Será desenvolvido na Região de Saúde de Sobral, composta por 24 municípios, localizados no norte do Estado do Ceará. Os sujeitos participantes do estudo constituem três grupos: gestores de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS, inscritos nos âmbitos estadual e da Região de Saúde de Sobral. A relação com esses sujeitos se dará em campo-habitação de lugares da regionalização da saúde na referida Região, como: Comissão Intergestores Regional constituída por gestores estaduais (da Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral) e municipais de saúde (dos 24 municípios da Região); Fórum Regional de Conselheiros de Saúde formado por quatro representantes dos municípios da Região (um da gestão, um profissional de saúde e dois usuários); Visitação à Unidades de Saúde de referência na Região. Além disso, serão feitas entrevistas abertas com 36 sujeitos (12 gestores de saúde; 12 profissionais de saúde e 12 usuários de saúde). Para problematização dos modos de produção do cuidado e de gestão, no contexto da regionalização da saúde, o estudo adota como unidades de análise (ou eixos analisadores) os processos de produção de subjetividades, institucionalidades e saberes, construídos em coexistência de jogos de poder-saber e poder-verdade, em referência foucaultiana. A intervenção

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
Bairro: Guajiru **CEP:** 60.843-070
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2767 **Fax:** (85)3195-2765 **E-mail:** cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.602.828

sobre os sujeitos do estudo será de caráter relacional, mediante seu livre consentimento, durante a realização do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Mapear os modos de produção do cuidado e de gestão do Sistema Único de Saúde no contexto da regionalização da saúde.

Objetivos secundários:

1. Traçar os acontecimentos discursivos da regionalização da saúde do Ceará;
2. Problematizar a formação discursiva e não-discursiva da regionalização da saúde;
3. Mapear as relações de poder e de produção de subjetividades, saberes e institucionalidades nas experimentações de gestores, profissionais e usuários do SUS da Região de Sobral com ênfase nos modos de cuidado e de gestão em saúde;
4. Analisar os efeitos da regionalização na produção do regime de cidadania constitucional na Região de Saúde de Sobral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A Pesquisa ora proposta implica em risco mínimo para seus participantes, visto que não apresenta nenhum procedimento invasivo. O estudo foi elaborado de forma que os sujeitos envolvidos possam colaborar espontaneamente, sem causar constrangimentos ou desconforto na colocação de suas opiniões e pensamentos.

Todas as informações pessoais ou confidenciais no momento de sua realização, serão devidamente resguardadas. Aos participantes do estudo, será apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Contudo, se ainda assim ocorrer vazamento de informações sigilosas, os sujeitos da pesquisa serão resguardados e qualquer possível dano será imediatamente reparado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito relevante para a área da Gestão do Sistema Único de Saúde, visto que o estudo trará um retrato dos processos de cuidar e gerenciar os serviços de saúde, na visão dos gestores, profissionais e usuários do SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios anexados e aprovados.

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190	CEP: 60.843-070
Bairro: Guajiru	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3195-2767	Fax: (85)3195-2765
	E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.602.828

Recomendações:

Sugere-se uma atualização do Cronograma, pois consta a entrevista e o trabalho de campo com data anterior a este parecer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequação do cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer da relatoria quanto à aprovação do projeto de pesquisa, visto atender a apresentação dos documentos obrigatórios e seguir os preceitos éticos. A pesquisa deve ser desenvolvida mediante delineamento do protocolo aprovado, informando efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o fluxo das normas da pesquisa. Emendas ou modificações ao protocolo devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética. Ao término da pesquisa, enviar relatório final para a Instituição coparticipante.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_686394.pdf	03/05/2016 14:00:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Usuario_Versao_2.pdf	03/05/2016 13:58:49	Neusa Goya	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_686394.pdf	03/05/2016 13:41:45		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_686394.pdf	22/04/2016 10:19:10		Aceito
Outros	Aprovacao_CEP_PPSUS.pdf	22/04/2016 10:10:26	Neusa Goya	Aceito
Outros	Lattes_Luiz_Odorico_Monteiro_de_Andrade.pdf	22/04/2016 10:08:58	Neusa Goya	Aceito
Outros	Lattes_Neusa_Goya.pdf	22/04/2016 10:07:00	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Secretaria_de_Saude_Sobral.pdf	22/04/2016 10:03:37	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Sesa.pdf	22/04/2016 10:02:41	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Santa_Casa.pdf	22/04/2016 10:00:33	Neusa Goya	Aceito
Outros	Anuencia_Hospital_Regional_Norte.pdf	22/04/2016 09:59:40	Neusa Goya	Aceito

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
 Bairro: Guajiru CEP: 60.843-070
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.602.828

Outros	Carta_Solicitacao.pdf	22/04/2016 09:58:07	Neusa Goya	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Usuario.pdf	22/04/2016 09:55:30	Neusa Goya	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Profissional_de_Saude.pdf	22/04/2016 09:54:47	Neusa Goya	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Gestor.pdf	22/04/2016 09:53:54	Neusa Goya	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisadores.pdf	22/04/2016 09:52:17	Neusa Goya	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	22/04/2016 09:48:30	Neusa Goya	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/04/2016 09:46:27	Neusa Goya	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	22/04/2016 09:45:45	Neusa Goya	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	22/04/2016 09:38:13	Neusa Goya	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 22 de Junho de 2016

Assinado por:
Jamille Soares Moreira Alves
 (Coordenador)

Endereço: Rua Socorro Gomes, 190
 Bairro: Guajiru CEP: 60.843-070
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3195-2767 Fax: (85)3195-2765 E-mail: cepisgh@gmail.com