

## A PRODUÇÃO IMAGINÁRIA DA DEMANDA



### PARA REFLETIR

Você já pensou sobre a produção imaginária da demanda?

Já percebeu como a demanda de saúde é produzida?

Nesta leitura, você poderá refletir sobre esse tema instigante que muito nos ajuda a compreender como o processo de trabalho em saúde e a forma como os gestores e profissionais apreendem o processo saúde-doença-cuidado contribuem para a construção simbólica das demandas dos usuários. Vamos utilizar parte de um texto escrito pelos professores Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy intitulado “A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde”.

Sobre a demanda, segundo esses autores:

- Um primeiro aspecto a ser comentado, vem das afirmações de um analista institucional chamado Baremlitt, nas quais diz que a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde.
- Um segundo aspecto diz respeito ao fato de que a demanda, para um determinado serviço de saúde, constrói-se a partir da não realização de certas necessidades, por outros serviços, como, por exemplo, a busca frequente por “tratamento” feita pelo portador de doença crônica, fazendo o perfil de usuário dependente dos serviços, isto é, que não se cuida, não consegue tocar a vida com razoáveis graus de autonomia, certamente é resultado de um certo déficit de cuidado que é prestado a partir de uma dada maneira de se trabalhar com saúde, ou seja, pautada pela não interatividade com o usuário, e um serviço assim é incapaz de produzir sujeitos, autonomizar o usuário, tornando-o “sujeitado” à lógica da dependência de procedimentos.
- Um terceiro aspecto importante é o fato de os usuários associarem a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelo serviço, como, por exemplo, atribuindo ao procedimento em si mesmo a satisfação de necessidades. Um fetiche, como se um exame qualquer tivesse a propriedade natural de proteger a saúde das pessoas.

No entanto, observa-se que essa ideia é muito comum, isto é, o usuário forma uma imagem que coloca no procedimento toda expectativa de ser cuidado e protegido, quando, na realidade, esse é um recurso limitado, pois ele é apenas uma parte de um complexo processo produtivo da saúde, e sua eficácia é dependente das muitas ações outras que são desenvolvidas em uma dada “linha do cuidado” que se processa no interior dos serviços de saúde, que é determinada por processos sociais, técnicos e de subjetivação, sobretudo a capacidade em estabelecer relações intercessoras, e que diz respeito ao encontro de pessoas, trabalhador de saúde e usuário, os quais são sujeitos de um mesmo processo, o cuidado.

Túlio Franco e Emerson Merhy partem do pressuposto de que a associação do procedimento com satisfação de necessidades dos usuários é uma construção imaginária, inventada. Os autores recorrem ao filósofo Cornelius Castoriadis que diz:

“[...] falamos de imaginário quando queremos falar de alguma coisa “inventada” – quer se trate de uma invenção “absoluta” (“uma história imaginada em todas as suas partes”), ou de um deslizamento, de um deslocamento de sentido, onde símbolos já disponíveis são investidos de outras significações que não suas significações “normais” ou “canônicas”. Nos dois casos, é evidente que o imaginário se separa do real, que pretende colocar-se em seu lugar.

De acordo com o próprio Castoriadis, o imaginário se utiliza do simbólico para existir, se exprimir, passar do plano virtual ao real. Para o caso aqui discutido, é como se o usuário imprimisse ao exame/procedimento um significado que é criado por ele mesmo, e representasse algo que não é real, como, por exemplo, o exame/procedimento por si mesmo, ser o responsável por todo processo de cuidado de um usuário, quando sabemos que ele não pode de fato produzir o cuidado, como já foi dito aqui, é apenas parte de um conjunto de ações que levam a isso e que são dependentes de certas tecnologias e processo de trabalho de perfil mais relacional. Ao atribuir ao exame/procedimento funções que ele não tem, o usuário está atuando por representações simbólicas, formando o que estamos chamando de construção imaginária do objeto, no caso, o procedimento.

Para melhor exemplificar essa ideia, pegamos um determinado exame muito comum e conhecido dos usuários, o RX, que é um produto com expressão material clara e objetiva, e tem a propriedade de revelar determinada estrutura interna do corpo. Como tal, ele é parte de um plano de cuidado do usuário, que prevê a realização desse exame como apoio ao diagnóstico que é realizado. Só que o usuário, em relação ao RX, não o vê apenas como um exame/procedimento, mas imprime a ele certo valor simbólico, dando-lhe o atributo de produzir cuidado, como se a realização daquele exame viesse proteger sua saúde, trazer-lhe satisfação, atender suas necessidades, sendo essa uma produção imaginária que faz com que haja demanda pelo procedimento, mesmo não havendo necessidades que justifiquem seu consumo.

A construção imaginária do procedimento leva à produção imaginária da demanda, isto é, pressupõe-se que a imagem que se cria do que o procedimento é capaz induz o usuário a demandar o procedimento e não o cuidado, ou como se o exame fosse todo o cuidado, e não a atenção da equipe de saúde, como se aquele o bastasse. Ao demandar o procedimento, ele está acessando em nível imaginário aquele universo simbólico que dá significado amplo ao procedimento, atribuindo-lhe uma potencialidade que ele não tem, que é a de produzir o cuidado por si mesmo. Esse simbólico que dá significado ao exame/procedimento opera também no nível dos trabalhadores de saúde, que têm embutidos em si o modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos”.

Há, dessa forma, uma produção imaginária da oferta, no mesmo sentido, alimentada pelo modelo tecnoassistencial, que induz ao alto consumo de procedimentos. Assim, vamos percebendo, portanto, que a produção imaginária da demanda é uma construção sócio-histórica e tem sua gênese no modo como foram constituídos os modelos tecnoassistenciais para a saúde.

Percebeu a importância do investimento na formação e na desconstrução do modelo “biomédico” arraigado nas práticas cotidianas? Sem uma reforma da clínica, todo o esforço na expansão da APS e toda integração da rede de atenção ficará comprometida, pois as demandas tendem a ser infinitas e retroalimentadas, inclusive, pelo modelo neoliberal que se capilariza nos processos de trabalho em saúde e instrumentaliza as ações humanas – gestores, profissionais e usuários –, tornando-os reféns da reprodução acrítica e do consumo induzido pelo imaginário capitalista, reduzindo, portanto, a saúde e o cuidado a mercadorias.

