

A produção do SUS como política. Os modos de fazer política marcando a produção do SUS

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

O direito à saúde no Brasil foi conquistado a partir de um amplo movimento social. O movimento pela reforma sanitária era múltiplo, heterogêneo, capaz de produzir vizinhança com a luta por outros direitos. Foi capaz de articular a luta pelo direito à saúde com a luta democrática. Multiplicidade, heterogeneidade, vizinhança, diálogo, acordos. Um certo modo de produzir política. Produção de um comum a partir da diferença (MERHY, 2013; FEUERWERKER, 2005; PAIM, 1997).

No texto constitucional e nos movimentos que se seguiram na produção do SUS, essa multiplicidade de atores foi reduzida a três: gestores, trabalhadores e usuários. Há aí uma redução porque ao invés de criar dispositivos de inclusão para os diferentes atores, os papéis institucionais é que foram fixados como referência. E essa referência é marcada por lugares e relações de poder (gestores fazem gestão, trabalhadores trabalham e usuários usam serviços, numa evidente diferenciação no reconhecimento das capacidades e possibilidades de formulação).

Redução também porque ao fixar os papéis institucionais, toma-se como referência única o plano formal e se produz uma falsa homogeneidade, já que há múltiplos planos de produção de gestores e trabalhadores: projetos políticos, relações políticas, disputas e interesses corporativos, político-partidários, interesses de mercado, apostas ético-políticas, conceitos, formação profissional, histórias de vida (FEUERWERKER, 2014; MERHY; FRANCO, 2014).

Todos os gestores não são iguais, assim como todos os trabalhadores não são iguais.

O gestor federal é o mesmo independentemente de como seja composto, das relações políticas que o instituem, estabilizam e desestabilizam a cada momento? Todos os gestores estaduais são iguais independentemente das relações políticas que os instituem, estabilizam e desestabilizam a cada momento? Todos os gestores municipais são iguais independentemente das relações políticas que os instituem, estabilizam e desestabilizam a cada momento? A que serve essa redução homogeneizadora?

Existe uma ativa leitura linearizante, que apaga os contextos políticos, as disputas e os múltiplos vetores que instituem esses atores em diferentes momentos e procura produzir uma linearidade que impõe modos de pensar e produzir as relações e papéis na produção de políticas. “O” Ministério da Saúde, “a” SES, “o” CONASS, “o” Conasems, “a” gestão, independentemente dos contextos, das disputas, das apostas (FURTADO, 2015).

Produção de uma hierarquia entre gestores. Papel formulador reservado preferencialmente ao Ministério, que foi usando cada vez mais os “estímulos financeiros” no lugar da pactuação política. Políticas nacionais que definem e fixam em detalhe os arranjos e agendas locais. Em geral a referência para os arranjos é a realidade dos grandes municípios, com exceção da proposição de composição das equipes de saúde

da família: mínima!! De todo modo uma homogeneidade desconfortável para todos e muitas vezes imobilizante.

Trabalhadores, do mesmo modo, são um grupo profundamente heterogêneo, com profundas dificuldades para se constituir como coletivo. Atravessamentos corporativos, disputas de projetos, disputas de saber, distintas histórias de constituição das profissões e ocupações na saúde, no SUS, no mercado privado, distintos compromissos com a construção da saúde como direito.

Movimentos sociais com distintas configurações, formulações, apostas, capacidade de mobilização e capilaridade foram evaporados e todos foram reduzidos no SUS ao lugar de usuários. Um lugar já de antemão subordinado, desvalorizado, despotencializado, desqualificado. Vidas nas pequenas e grandes cidades, de diferentes estratos sociais, produzidas nos espaços rurais, com e sem terra, com e sem teto, com e sem vidas suportáveis ou não, desejadas ou não, julgadas com válidas ou não, descartáveis ou não, todas compactadas na definição “usuários” a serem enquadrados nos “modos saudáveis de viver”.

E os espaços de participação e compartilhamento com trabalhadores e gestores reduzidos aos conselhos e às conferências. Participação e compartilhamento nomeados como controle social. Controle não convoca formulação compartilhada, convoca fiscalização. Trabalhadores e usuários produzidos como “consumidores” do sistema: do trabalho e/ou dos serviços. “Trabalhadores” e “usuários” olhados pelos “gestores” como grupos a serem disciplinados, conformados, capacitados de acordo com o vai e vem das políticas (STOTZ, 2006).

Cada vez maior centralidade dos gestores na produção das políticas (algumas poucas políticas foram produzidas de outro modo, com a participação ativa de gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais, como a da saúde mental, implicando em alargamento de agenda, maior potencial de interrogação do instituído e de implicação dos atores em sua defesa (FEUERWERKER, 2014).

Saúde foi sendo produzida em espaço próprio, com dificuldade cada vez maior de produzir conexões e vizinhanças com outros movimentos por direitos sociais. Cada vez mais um assunto de quem está envolvido diretamente na construção com pouca permeabilidade ou preocupação em ouvir e conversar com “os outros”. Os outros que não entendem ou não pensam do mesmo modo, precisam ser educados, capacitados.

Na prática, todos fazem gestão, todos formulam, todos disputam, mas nos subterrâneos, sem explicitação das diferenças no mais das vezes. Políticas são consideradas elaboradas a partir da produção de seus textos, sem reconhecer que a diversidade encontrada no cotidiano é produto da disputa constante de projetos e não simplesmente da insuficiência de saberes (LEAL, 2015).

Esse não reconhecimento da micropolítica da produção da política em todos os âmbitos leva à não produção de espaços de escuta e construção compartilhada, ao predomínio dos dispositivos de controle do trabalho vivo (MERHY, 1997 a).

A mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial, no plano do discurso, são indicadas como fundamentais em diferentes âmbitos do SUS. Mas em termos de volume de recursos, o investimento para produzir a mudança é marginal. E como não se reconhece a dinâmica micropolítica de sua fabricação,

as estratégias adotadas são em grande parte normativas, baseadas na transmissão de conhecimentos ou de estímulos materiais e financeiros. Ou seja, mesmo quando pretende mudar, as práticas políticas e de gestão adotadas majoritariamente no SUS fabricam a reprodução do instituído (FEUERWERKER, 2014).

Então, ao não enfrentar a disputa de projetos de vida em todos os campos da saúde e ao não buscar inovar as práticas de cuidado em saúde, o modelo tecnoassistencial implementado de maneira predominante no SUS vem propiciando a reafirmação dos conceitos e práticas hegemônicos em saúde e condenando a um gueto o espaço da atenção básica, onde se espera(?) estar havendo a produção de práticas de saúde inovadoras.

Como já dito, ao SUS, de modo geral, tem escapado o plano da micropolítica, o processo molecular de produção de territórios existenciais, decisivo na fabricação do mundo. Nas arenas de disputa em que as unidades de saúde se configuram, habitam as tensões e as possibilidades da produção do trabalho vivo em ato nos encontros dos trabalhadores entre si, com a gestão e com os usuários. Sem interagir com esse espaço, os gestores com G governam precariamente. Iludem-se com sua potência de produzir efeitos. Depois se espantam: por que as políticas nunca são implementadas como preconizadas? E respondem: porque falta capacitação aos responsáveis pela implementação (MERHY, 1997b)...

Mas não basta reconhecer o espaço micropolítico de produção. Há quem o reconheça (mesmo que com outro nome), mas proponha a intervenção sobre ele por meio da ampliação dos controles – para aumentar a governabilidade do gestor – impactando os espaços de autonomia dos profissionais. Restringindo-os, por exemplo, por meio do controle de custos ou por meio da instituição vertical de programas e/ou protocolos, atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos. Esses tipos de intervenção estão orientados a matar o trabalho vivo – efeito fatal sobre a possibilidade de relações cooperativas e produtoras de vida com usuários e trabalhadores. É o caso do *managed care*. É o caso também de gestões que fabricam apoiadores e colegiados baseados principalmente em um devir controlador (CECILIO, 2010; MERHY, 2002)...

No entanto, 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 (FEUERWERKER, 2014).

Na pesquisa atual, as políticas aparecem como produtoras de regularidades/padronização/capturas. Muito forte isso na atenção básica em que houve aposta intensiva na construção de dispositivos de padronização e captura do trabalho vivo dos trabalhadores – tanto na política nacional, como por parte das gestões municipais que vêm terceirizando a gestão da atenção básica para organizações sociais, abrindo espaço para uma lógica privada de produção de serviços de saúde ganhar espaço no SUS. Mas essa marca, de produção de regularidades está presente em todas as políticas.

A produção do sus como política. Os modos de fazer política marcando a produção do sus

Em função de tudo isso, o SUS é precário. É frágil e está em plena construção/desconstrução. Não há indícios claros de que será possível implantá-lo em sua profundidade básica, pois para tanto dependemos, decisivamente, da fabricação de atores para cumprir esses papéis em novos espaços de encontro e produção das práticas e políticas de saúde. Ao contrário, do modo como vem sendo fabricado, o SUS é que se está tornando complementar à Saúde Suplementar. Não do ponto de vista do número de pessoas atendidas, mas certamente do ponto de vista da disputa de ideias, da fabricação de atores e da mobilização de recursos – financeiros, simbólicos etc. O SUS está se reduzindo ao que o neoliberalismo espera de uma política de saúde.

O golpe de estado em curso no Brasil expõe ao máximo essa fragilidade. E tira proveito dela.

Referências Bibliográficas

CECILIO, L. C. “Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(3):557-566, mar, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. “Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS”. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. P. 63-118.

FURTADO, L. C. A. **O desafio da construção do comum nas máquinas de governo: o Estado em disputa**. Tese. Apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Ciências no Programa de Clínica Médica da UFRJ, Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, 2016.

LEAL, M. B. **SAÚDE COLETIVA E SUS: análise sobre as mútuas influências entre o campo e o sistema de saúde no Brasil**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências., 2015.

MERHY E. E. “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. *In:* Merhy E. E., Onocko R, (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997a. p. 71-112.

MERHY E. E. “O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)”. *In:* Fleury S, (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial; 1997b. p. 125-41.

MERHY, E. E. “Saúde Pública em mim: mas que um caso de amor, um intercessor”. *In:* Lenir Santos; Luiz Odorico Monteiro de Andrade. (Org.). **Saúde Pública, meu amor**. 1 ed. Campinas: Saberes Editora, 2013, v. 1, p. 301-330.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. “Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho”. *In:* **Trabalho, produção e cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2014, pp 338-361.

PAIM, J. S. “Bases conceituais da reforma sanitária brasileira”. *In:* FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

STOTZ, E. N. “Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS / The course, limits and challenges of the social control of the SUS”. **Saúde debate**; 30(73-74): 149-160, maio-dez. 2006.