

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. 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).

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).