

ANA LÚCIA ABRAHÃO DA SILVA

*PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E GESTÃO EM SAÚDE:
CARTOGRAFIAS DA GERÊNCIA*

CAMPINAS

2004

ANA LÚCIA ABRAHÃO DA SILVA

***PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE E GESTÃO EM SAÚDE:
CARTOGRAFIAS DA GERÊNCIA***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva.*

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

CAMPINAS

2004

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Si38p Silva, Ana Lúcia Abrahão da
 Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da
 gerência. / Ana Lúcia Abrahão da Silva. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

 Orientador : Gastão Wagner de Souza Campos
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
 de Ciências Médicas.

 1. Autonomia. 2. Hospitais. 3. Trabalho. 4. Administração. I.
 Gastão Wagner de Souza Campos. II. Universidade Estadual de
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

DEDICATÓRIA

*A Fortunato Wenceslau da Silva,
paraense, trabalhador. Homem que
acredita e luta na e pela vida. Meu pai.*

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os encontros durante a construção deste estudo.

Encontros com múltiplos significados.

Com a Márcia Amaral aprendi muito sobre o exercício democrático e generoso da gerência em saúde. Prática comprometida com o serviço público.

Ana, Sandra, Rosane e o grupo da Copa e da Cozinha que me ensinaram a compartilhar a experiência de ser ouvida, sem me afastar da construção heterogênea da subjetividade.

Na companhia dos usuários do Cândido Ferreira, fui apresentada à loucura.

Willians Valentini me possibilitou entrar em contato com o novo.

Vivenciei a importância da militância com a Márcia Molina. O Adail me fez recordar que é possível transformar o sonho em realidade.

A dor da mudança e a vontade de dar certo foi partilhada com os gerentes do Mário Gatti.

A Nayara, em particular, me revelou como ser responsável e criativa na gestão com pessoas.

No Cândido Ferreira, os gerentes me mostraram o trabalho democrático associado ao cuidado.

Com a Sandra, a Rita, a Gisleide, a Beth, o Silvio, a Eliane e a Carla, tive um encontro solidário na academia.

Agradeço a Léo pelos vários e incansáveis pedidos atendidos.

A companhia do Cipriano, da Linete, do Dário, da Gabriela, e da Adriana foi um presente.

Rosana me deu um presente: a possibilidade de encontrar e estudar com Mário Testa.

Obrigada ao LAHGOS, em especial à Alzira, à Ana Augusta, ao Donadio, ao Sérgio, à Juni e à Mirian pelos “insights”.

Com a Marta partilho a amizade sincera. Da Lucia vem o companherismo.

A descontração de morar em Campinas está garantida, se depender da Silvana e do Milton.

Na Maria Amélia encontro a grandiosidade da amizade incondicional.

A Carla me oferece uma amizade silenciosa, mas sempre disponível.

A dor de estar na academia se faz presente junto aos colegas da Fiocruz e da UFF.

Zé, sabedoria e amor. No encontro com ele refaço múltiplos encontros.

Quem diria que a epidemiologia pode ser poética. O Heleno me ensinou isso.

No Everardo percebi outro profissional discutindo com muita propriedade questões da enfermagem.

A dinâmica que a Regine Benevides imprime à sua produção acadêmica me dá ânimo.

Apaixonei –me pela paixão do Cecílio pelo conhecimento.

Do Emerson tive muito acolhimento. Com ele, durante os encontros do LAGHOS, quer nos momentos de descontração, quer nos de discussão e/ou produção de conhecimento, pude exercitar vínculo, acolhimento, tecnologias leves do cuidado. Seu saber frutificou muitas idéias e amadureceu muitas teses.

Sob a influência do trabalho da Solange L’ Abbate, minha professora e co-orientadora, descobri a Análise Institucional. Com ela pude sentir os efeitos de gestos e atitudes que ultrapassam os limites da academia: a amizade e a generosidade de partilhar o saber.

O que me atravessa e me transforma no encontro com Gastão Wagner? É muito difícil expressar em palavras, mas vou tentar... A liberdade da produção teórica é contagiosa. No exercício da Roda, para além da pedagogia da análise, nasce a cumplicidade para criar. No seu “exercício de orientador”, me guiou, com segurança, nos vãos mais ousados. Por sua amizade, soube carinhosamente atravessar comigo os caminhos que eu quis fazer. Com cuidado, soube esperar o momento de dar passagem àquilo que já se expressava, mas ainda estava envolto em nevoa. A ele, agradeço pela certeza de que construímos um elo para além da relação professor-aluna.

Ah, Anna Campos! Uma senhora amiga com jeito de menina! Vivacidade e sabedoria.

Fico comovida com a delicadeza, a sensibilidade e a disponibilidade do Ruben.

Sou grata aos colegas da UFF, especialmente aqueles que suportaram o aumento de trabalho durante meu período de afastamento e que estimularam minha saída para cursar o doutorado, por estarem comprometidos com uma Universidade voltada para a produção do conhecimento.

À UNICAMP e à CAPES pelos auxílios concedidos durante todo o período do curso, sem os quais não teria conseguido desenvolver o trabalho.

À Dora, Fátima, Moacir, Paula, Rice, Áurea, Paulo, Alba, Carlinhos, Alessandra, Márcio, Marcelo, Luimar, Vasco, Camila, Vinícius, Thaís, Tati, Henrique, Rafael, Thiago, Marcele, Michele, Felipe, André, Alexandre e Daniel, pela “torcida”. É para vocês que esta tese acontecesse.

Ainda... e principalmente a Adriana, que em muitos momentos suportou minhas ausências, minhas angústias e inventou modos de estar presente. Sem ela que, na fase final da tese estive intensamente a meu lado, o resgate desse mergulho não seria permitido.

*Não sei quem sou, que alma tenho.
Quando falo com sinceridade não sei com que sinceridade falo.
Sou variavelmente outro do que um eu que não sei se existe (se é esses outros).
Sinto-me múltiplo. Sou um quarto com inúmeros espelhos fantásticos que torcem para
reflexões falsas uma única anterior realidade que não está em nenhuma e está em todas.
Sê plural como o universo!*

Fernando Pessoa

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xxv</i>
ABSTRACT	<i>xxix</i>
OS FLUXOS HETEROGÊNEOS QUE ATRAVESSAM O ESTUDO	33
INTRODUÇÃO	41
CAPÍTULO 1-A GESTÃO, O ABSTRATO E O CONCRETO: A INFLUÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	47
1.1-Pequena história sobre as teorias da administração.....	49
1.2-SUS: um sistema com múltiplas entradas.....	63
1.3-Gestão e Saúde: uma tensa combinação.....	68
1.4-Buscando o sentido maquínico no trabalho em saúde.....	74
CAPÍTULO 2-ANÁLISE INSTITUCIONAL, SOCIOANÁLISE: ENTRANDO PELO MEIO DA GESTÃO EM SAÚDE	81
2.1-A cerca da Subjetividade e de sua Produção.....	83
2.2-A gestão e a micropolítica.....	87
2.3-Instituição: o conceito em Lourau.....	92
2.4-O Diário na perspectiva da Socioanálise.....	97
2.5-Produção do diário.....	101
2.6-Produzindo um território de pesquisa em Saúde Coletiva.....	101
2.7-O Campo de Pesquisa e as Dobras da Gestão.....	103
2.7.1-Estabelecimento 1.....	106
2.7.2-Estabelecimento 2.....	109
2.8-O hospital como lugar privilegiado da Gestão em Saúde.....	111
2.9-A escolha.....	112
CAPÍTULO 3-TECENDO A TRAMA ENTRE TEORIA E PRÁTICA	119
3.1-A primeira aproximação.....	121
3.2-Diário do Estabelecimento 1.....	123
3.3-Diário do Estabelecimento 2.....	142

CAPÍTULO 4-CARTOGRAFIAS DA GERÊNCIA.....	175
4.1-Seguindo Ritmo e Fluxos.....	177
4.2-Sobre cartografias e os caminhos que percorrem a gestão.....	179
4.3-O traço do Asilo.....	180
4.4-O traço do Paciente.....	181
4.5-O traço da Disciplina do Cuidar.....	183
4.6-A linha das tecnologias leve-duras e duras: a predominância das tecnologias duras sobre as tecnologias leve-duras e leves..	185
4.7-A Linha de Taylor.....	188
4.8-O traço da Rádio Corredor.....	189
4.9-A linha das Alianças.....	190
4.10-Outros Povos e Territórios.....	191
4.11-As corporações.....	192
4.12-Novas Cartografias a Emergência do Novo.....	194
4.13-Cartografia da Gerência.....	196
CONCLUSÃO.....	199
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	205

LISTA DE ABREVIATURAS

A.G	Atenção Gerenciada
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem.
AD	Atenção Domiciliar
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CC	Centro Cirúrgico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
FGV	Fundação Getulio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
LAGHOS	Laboratório de Administração Hospitalar
LAPA	Laboratório de Administração e Planejamento
LTS	Licença do Trabalho por motivo de Saúde
MAS	Assistência Médica Sanitária
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde.
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional

PMC	Planejamento, melhoramento e controle da qualidade
PPI	Programa Pactuada Integrada
PROASAs	Programas de Administração em Saúde
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade do Estado de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

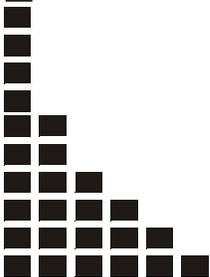


RESUMO



Este trabalho segue o movimento de construção da subjetividade percorrendo a história das Teorias Administrativas. A apropriação da gestão em saúde, a partir da vertente da Análise Institucional e da Socioanálise, acompanha os fluxos percorridos neste território e aponta para a emergência de uma forma híbrida de investigação no campo da Saúde Coletiva. A gestão em saúde produz e é recortada por processos de subjetivação presentes nas Instituições que compõem o plano de produção da gestão. O conflito, o poder, o saber e a autonomia são características dominantes deste modo de produção. O trabalho sugere, num segundo momento, outras linhas e outros modos possíveis de se configurar a subjetividade. A gestão em saúde, a partir da perspectiva micropolítica, promove a abertura para um campo de multiplicidades onde se produzem agenciamentos. Encontramos a possibilidade de criar uma cartografia não apenas com elementos objetivos, mas com traços políticos e subjetivos que expressam a regularidade com que a subjetividade marca o espaço da gestão em saúde. Promove-se, nesse processo, a construção de cartografias; cartografias que favoreçam a emergência de modos singulares de operar na gerência. No seio da multiplicidade, a gestão em saúde passa a operar como um agenciamento. Abrem-se possibilidades nas quais diferenças serão produzidas. Neste espaço, faz-se encontros, desenham-se linhas heterogenéticas, construídas pelas dessemelhanças que se engendram incessantemente. Trata-se de uma prática que segue a via da criação-experimentação-diferenciação e que, ao destacar a dimensão histórico-processual, opera desconstruções e negociações com efeitos coletivos. Um paradigma democrático-analítico-pedagógico se insinua: são momentos da constituição da Gestão em Saúde delineando uma nova paisagem.

PALAVRAS-CHAVE: Autonomia – Hospitais – Trabalho – Administração.

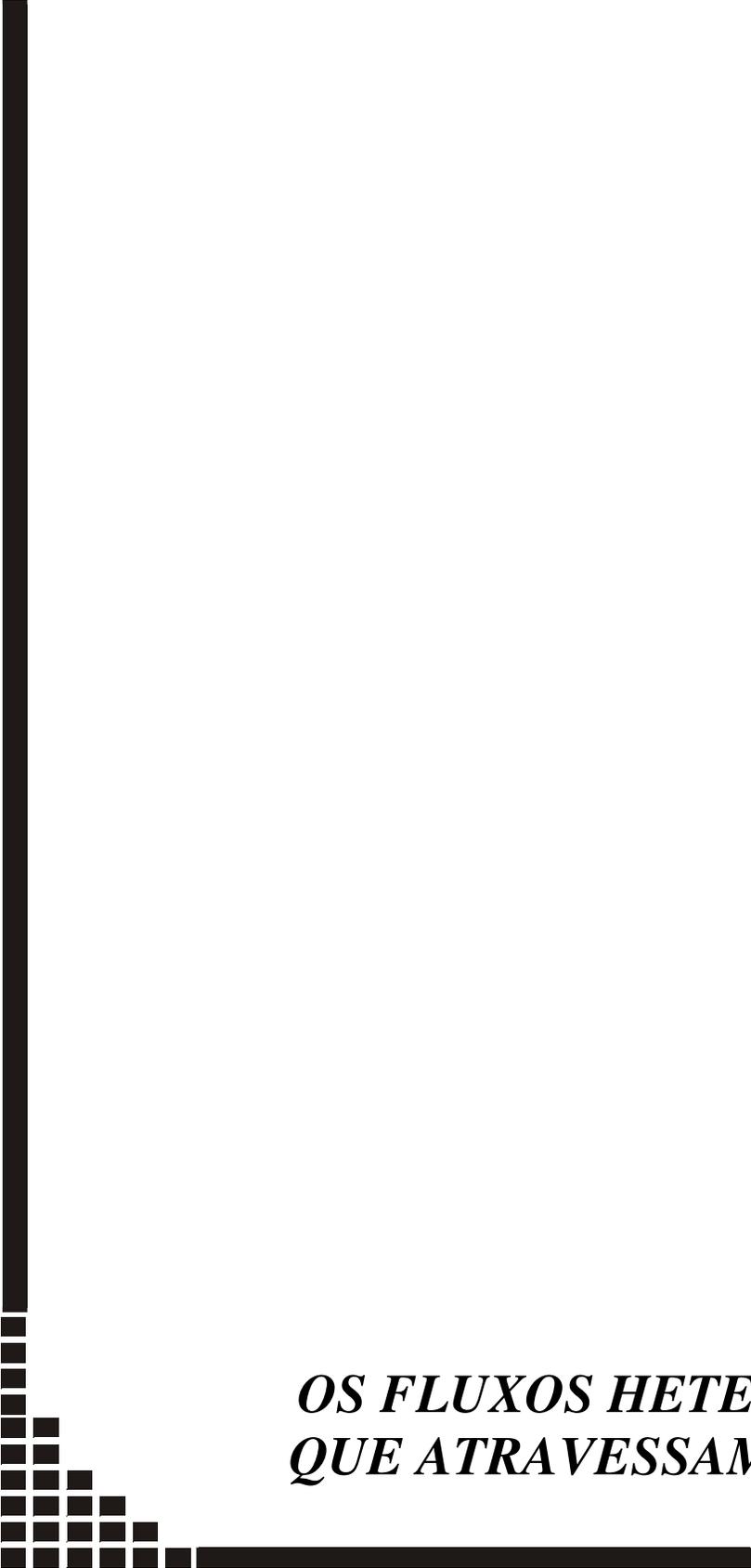


ABSTRACT



This work follows the movement of construction of the subjectivity covering the history of the Administrative Theories. The appropriation of the Management in Health, from the source of the Institucional Analysis and the Socioanalysis, follows the flows covered in this territory and points out the emergency of a hybrid form of inquiry in the field of Collective Health. The Management in Health produces and is cut by processes of “subjectivenization” inside the Institutions that compose the Management plan of production. The conflict, the power, the knowledge and the autonomy are the main characteristics in this way of production. Furthermore, the work suggests, other possible lines and other ways of assembling subjectivity. The Management in Health, from the micropolitics perspective, promotes the overture of a field of multiplicities where agencies are produced. We find the possibility of creating a cartography not only with clear elements, but with subjective and politic traces that express the regularity with which the subjectivity marks the space of Management in Health. The construction of cartographies is promoted in this process; cartographies that favors the emergency of singular ways to operate in the management. In the inner part of multiplicity, the Management in Health starts to operate as an agency. Possibilities in the which differences will be produced are born. In this space, meetings take place, heterogenetic lines are drawn constructed by the dissimilarities engendered incessantly. It is a practice that follows the way of the creation-experimentation-differentiation, and that, when detaching the historic-procedural dimension, operates desconstructions and negotiations with collective effects. A democratic-analytical-pedagogical paradigm insinuates: they are moments when the Management in Health is built up delineating a new landscape.

KEY WORDS: Autonomy – Hospitals – Work – Administration.



***OS FLUXOS HETEROGÊNEOS
QUE ATRAVESSAM O ESTUDO***

A idéia de uma sociedade diferente sempre esteve presente e, pouco a pouco, foi se transformando em uma forma de pensar. A teologia da Libertação, Frei Betto, Leonardo Boff eram nomes que eu ouvia.

Nas reuniões da Pastoral do Trabalhador em que eu ia com meu pai, discutiam-se questões que transitavam pela justiça social e o papel do trabalhador na sociedade. Era um modo de viver a fé e conceber a Igreja, ou melhor, o papel da Igreja e sua ação libertadora.

Na década de 80, além das reuniões da Pastoral, acompanhava o meu pai às reuniões de um novo partido político: o Partido dos Trabalhadores. As reuniões na Zona Oeste do Rio de Janeiro vinham com a promessa de algo diferente, transformador e não dissociado da fé, da crença e da promessa de que a justiça divina começava aqui e agora. O paraíso seria construído a partir da participação das pessoas e em seu movimento diário em prol da busca de realização, tanto em suas vidas particulares, como na vida do coletivo.

A pastoral e o partido por vezes me confundiam. Um pouco dessa confusão se dava principalmente porque as reuniões do partido aconteciam no salão da Igreja. Não sabia onde terminava um e começava o outro. Agora, já não tento estabelecer uma separação ou mesmo uma diferenciação entre eles. A proposta, a gênese não seria a mesma?

A promessa de um país democrático onde a participação do trabalhador estivesse presente ganhava corpo. As discussões se tornavam mais acaloradas nos sindicatos. Lembro-me de acompanhar meu pai ao sindicato das empregadas domésticas, na Zona Sul da cidade, onde havia entre os integrantes do grupo, uma mulher negra que chamava atenção pela sua altura, o rosto vivo, o sorriso bonito e o mesmo nome da minha avó paterna: Benedita!

As reuniões aconteciam aos fins de semana, pois durante a semana o tempo era curto e a jornada de trabalho era pesada. Na época, ir às reuniões era a oportunidade de acompanhar meu pai e conhecer um pouco das suas idéias. Mesmo que na ocasião eu as compreendesse muito pouco, elas foram guardadas. Foram apreendidas não pela razão, mas sim capturadas pela paixão. Acho que é por isso que as acalento até hoje.

Na universidade, optei por enfermagem: profissão cuja grande maioria da população desconhece o objeto. Como muitos se esforçam para fazer crer, se toda ciência tem um objeto, a enfermagem então não seria uma ciência? Ou não será ela uma ciência

cujo objeto encontra-se exatamente na relação, no cuidado com o corpo, no cuidado com o Ser?

O fato é que a maioria é unânime em dizer: ajudante de médico. Para falar a verdade isso já me incomodou muito, mas, atualmente, até surge uma pontinha de riso. Sem negligenciar a profissão, a defesa tornou-se mais leve.

Na época, e até hoje, o que me fascina é o cuidar; a relação próxima que se estabelece entre dois seres. Cuidar não é para todos e não é algo que se explique: é algo que se sente. Gosto de cuidar. E, nos primeiros anos da faculdade, envolvi-me com a ciência biológica, a microbiologia, a farmacologia. Todas as logias me seduziam, ao mesmo tempo em que me aproximava do que é ter adotado a profissão de enfermeira.

Conhecer Florence, a percussora da Enfermagem Científica, a partir dos livros, soava como algo de total desprendimento. Algumas professoras, inclusive, não tinham o menor pudor em dizer que tínhamos que ser abnegadas. Eu escutava, mas abnegação não era bem o que procurava e cheguei a pensar em me transferir de curso. Se a enfermagem era algo estéril, não era através da minha prática que essa abnegação iria fluir.

Foi quando comecei a freqüentar as reuniões do Diretório Central dos Estudantes da UFF. Havia pessoas com apelidos que eu achava engraçado. Tinha o Filé e a Bel, que não era Isabel, e sim Belzebu. Eram personagens que discutiam o ensino público de qualidade. No diretório de enfermagem, as questões suscitadas eram mais internas, de estrutura. Via-se uma profissão buscando solidez, e não era para menos: a escola havia sido criada na metade da década de 40. A enfermagem era uma profissão-menina que prometia, e promete, uma prática diferente para a saúde.

Descobrir Florence fora dos livros era bem mais interessante. Saber de histórias contadas e não escritas era bem mais sedutor. Ouvir as professoras mais antigas contarem como era a rigidez, a disciplina e a negação da sexualidade era como me imaginar naquela época. Ouvíamos estórias e histórias. Isso não significa, no entanto, que elas retratam apenas o passado. Era possível perceber o quanto de disciplina e de negação da feminilidade era trazido para as aulas.

Em meio a essa efervescência, aconteceu a primeira Conferência de Saúde em Niterói e, com a presença de uma equipe cubana, nascia o Programa Médico de Família.

As discussões antes e durante a conferência incluíam a participação dos diretórios acadêmicos da área de saúde. A preparação, as assembléias, a escolha de delegados, a plenária: tudo me fazia lembrar as reuniões no partido com meu pai. Com a presidência do diretório de enfermagem veio o meu envolvimento no Diretório Central dos Estudantes da UFF e na União Nacional dos Estudantes. Tive contato com as diferentes redes políticas e ‘politiqueiras’ da prática e do jogo que opera nesses planos.

A Universidade abria a possibilidade de um mundo novo de sonhos a serem realizados, e de oportunidade rara para a maioria das pessoas da minha família. Durante a faculdade, eu trabalhava à noite na emergência de um grande hospital público. Estudar e trabalhar me oferecia a possibilidade de pôr em prática conceitos e cuidados teóricos que não se desvinculavam das discussões políticas do Centro Acadêmico e da Universidade. As disputas no interior da academia também faziam parte da agenda de uma presidente do diretório. Participava das reuniões de Colegiado da Faculdade de Enfermagem e, já no fim da graduação, comecei a ampliar minha atuação, tomando parte das reuniões da Associação Brasileira de Enfermagem.

Ao mesmo tempo em que me aproximava daqueles que buscavam construir na Universidade um espaço democrático que pudesse ser experimentado pelo restante da sociedade, o campo da assistência em saúde deixava de se tornar um sonho para se transformar em uma vivência. A prática de uma enfermagem exercida de forma digna começava a se transformar em uma realidade dura. Aos poucos, comecei a me dar conta de que as ações dos profissionais de saúde eram recortadas por uma avalanche de dificuldades sociais de um país em desenvolvimento.

A paixão por cuidar nunca me abandonou. Apenas mudei a forma, o modo de cuidar, quando percebi que o cuidado também está intimamente ligado àquilo que eu ouvia do meu pai. Justiça social, liberdade para escolher e a busca por um sistema de saúde que proporcione vida fazem parte do cuidar.

Oportunidades e condições iguais de acessibilidade eram propostas que foram se consolidando em elementos do meu exercício intelectual ao serem debatidas nas reuniões da saúde na Universidade e à medida que ia me aproximando daquilo que a Saúde possui de pública e de prática coletiva.

Wanderlei Guilherme, Cristina Possas, Ricardo Bruno, Marx, etc. misturavam-se aos diferentes planos que passei a atravessar a partir do meu ingresso na Residência da Escola Nacional de Saúde Pública. Ser sanitarista abria um cenário de discussões apaixonantes. A transição demográfica e a relevância de estudos populacionais me ajudavam a diagnosticar e a conhecer a saúde. Sérgio Arouca e Carlos Mattus foram professores com os quais tive contato. Francisco Ravier e Nilson do Rosário são leituras e rostos que compõe a estrutura da minha vida intelectual.

Percorria esse universo sem abandonar as discussões da Associação Brasileira de Enfermagem, então como membro da diretoria da ABEn/Niterói. Aí, nessa época, a discussão circulava em torno da relação do Sistema Único de Saúde (SUS) com os agentes comunitários de saúde: ponto de pauta em muitas agendas até hoje.

Na residência, as leituras da área do planejamento aos poucos chamaram a minha atenção. Era uma forma de cuidar combinada à realidade do cotidiano brasileiro – da vida de pessoas como eu, com necessidades e desejos. A idéia de ator social, integrante da realidade e possuidor de recursos trazia algo diferente: o plano. Possibilitavam-se momentos do Planejamento Estratégico Situacional, de análises de viabilidade do plano. Seduzida pelo planejamento fui assistir a uma conferência do Prof. Mario Testa, no Instituto de Medicina Social/UERJ. Já havia lido seus textos, mas foi a figura dele que me ajudou a solidificar o meu gosto por planejamento. Se eu já gostava do material lido, ouvi-lo no que era dito pelo autor, o próprio Mario Testa, teve um peso maior. Havia algo que me encantava de maneira diferente no planejamento, mas o quê?

O curso de Especialização em Administração Hospitalar serviu para resolver do que eu gostava e o que eu queria: a gestão. O contato com Ravier, Pedro Barbosa, Sheila, Maura, Elizabeth e Maris consolidou a idéia de me inserir nessa área, contudo aquilo que o conhecimento que eu viesse a adquirir contemplasse o que vi naquela tarde na UERJ. Encontrei nas leituras de textos oferecidos por Ruben sobre o LAPA (Laboratório de

Administração e Planejamento da UNICAMP) uma certa dobra. Não era a primeira vez que lia textos do Laboratório, mas as conversas com o Ruben, revelaram as multiplicidades do movimento sanitário desenhadas em propostas de reorientação das práticas no SUS. Uma reforma que não fora selada com a institucionalização do SUS. Pelo contrário, estava começando.

Fui aprovada no curso de pós-graduação do DMPS da UNICAMP. As leituras de Gastão Wagner, Luis Cecílio, Emerson Merhy, Solange L'Abbate, Everardo Nunes traziam um colorido a mais – uma tinta viva, um projeto de defesa da vida.

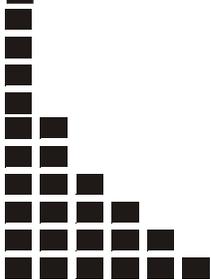
Embarquei para Campinas para ver de perto esse colorido que, aos meus olhos, apenas se apresentava na leitura de textos e artigos. Conhecia somente a aquarela pintada por minhas impressões. Durante a aula inaugural, carioca, paulista, fiquei observando. Gastão foi falar sobre saúde pública. Óculos, jeito calmo e transbordante de idéias. A sala estava cheia e aguardei a oportunidade. Todos queriam falar com ele. Apresentei-me e falei que a orientação do meu trabalho tinha que ser dele. Aguardei a resposta: provavelmente ou seria negativa, ou incluiria um vemos depois. Porém, ao contrário, ela foi aceita como convite e comecei a participar das idéias e dos arranjos de teóricos daqueles que defendem a vida.

Recentemente, os institucionalistas e a socioanálise apresentados pela Solange começaram a fazer parte das ferramentas que apóiam o meu entendimento sobre as dobras da gestão. A possibilidade de pesquisar e de se implicar com este (e neste) estudo é discutida em Lourou (2001), Baremlitt (1992), Foucault (2001), Deleuze (2001) e Guattarri (1999).

A Gerência em Saúde merece um estudo que, para além do âmbito da administração científica e do planejamento, apoie-se em outros saberes. Saberes que possibilitem entender o que se passa na realidade dos serviços de saúde, compreendendo boa parte daquilo que, no início da faculdade, era traduzido por um incômodo que me movia a estudar o que a saúde pode fazer para não ficar doente. Incômodo agora um pouco mais ousado, pois inclui a estranheza de que a gerência, como um plano de produção, está produzindo e sendo produzida por diversas forças que tanto podem ser a base do adoecer

das formas de organizar os serviços de saúde, como pode ser um espaço de criação de novas formas de cuidado.

Começo a acrescentar novos elementos ao meu sonho. Sei, no entanto – e isso é que é fantástico – que apenas o transformarei em outro sonho, com outras cores talvez. Por isso, é preciso tomar o incômodo pelo meio, desconstruir para conhecer. O fascínio dos argumentos encontrados na Socioanálise, na Esquizoanálise, na Análise Institucional reforçou a minha paixão no sentido de desvendar antigas e novas cartografias.



INTRODUÇÃO

O pensamento racional marca de forma inegável o modo como entende e que se buscam respostas para as questões que nos cercam, sejam elas da investigação científica, do trabalho ou da vida. Para muitas pessoas pensar racionalmente significa utilizar o raciocínio lógico. É encadear o pensamento a partir de elementos que conhecemos e que sabemos nomear é buscar “o quê” quanto àquilo que não sabemos dar nome, aquilo que não conseguimos enquadrar, que não é identificado como racional – muitas vezes, não o tornamos digno de ascender ao *status* de científico.

Ao estudar a Gestão em Saúde, deparei-me com uma série de perguntas, cujas respostas não seguem somente a via da razão. Nesse estudo cabe algo que a razão não explica, a começar pela minha relação com o meu orientador. Busco, então, em outros territórios, alguma coisa que possa ser a expressão desse algo.

Fazer tese... Sempre me diziam e ouvia falar de um processo penoso, solitário e cercado por conflitos internos, em casa e com o orientador. Chego ao final com uma leitura bem diferente daquela que ouvia dizer. Mantenho a afirmação de que é uma experiência sofrida, mas não solitária. É o resultado das tantas mãos, idéias e afetos que durante o percurso me foram possíveis encontrar. Quando escrevo, em cada palavra e em cada frase está impressa alguma coisa das multiplicidades que me compõem, das múltiplas relações que estabeleço com as pessoas e com o mundo.

Mais do que a via racional, esta tese está recheada de combinações que não seguem somente a estrada da razão. Ela é atravessada por outras estradas e, embora ofereça uma leitura distinta para cada um que por seus caminhos enverede, ela não se perde naquilo que se propõe a ser e a fazer. Nos cruzamentos, brota o conhecimento: é uma tese escrita por duas mãos, mas com múltiplas sensações.

Certo dia, em uma das reuniões do grupo de gestão e subjetividade¹ com o Gastão, os alunos da pós-graduação e pessoas do serviço, o tema foi Transferência. Esse foi o assunto identificado pelo grupo como necessário a ser discutido. Naquele dia, sentei-me em frente ao Gastão e pude perceber algo: que a razão não oferece elementos suficientes

¹ Grupo de Estudos do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP com objetivo de discutir a prática e a produção teórica associando a Gestão e a Subjetividade. Coordenado por Gastão Wagner de Sousa Campos.

para descrever e estudar. A medida em que as pessoas iam falando sobre o texto e articulando-o a seu trabalho, uma longa rede de matizes distintas ia sendo livremente tecida, mas quando o Gastão falava, uma situação diferenciada se dava e era possível sentir o respeito das pessoas ali presentes. Fiquei observando como os colegas o olhavam. Pela posição na roda isto me era facilitado. Os olhos brilhavam e todos os sentidos estavam voltados para a fala e para cada gesto daquela pessoa que falava – o Gastão. Naquele momento, muitos elementos estavam presentes: racionais, emocionais e outros que ainda nem sabemos denominar. Mas, os olhos das pessoas e o meu, como se fosse possível que eu mesma pudesse vê-los, revelavam que naquela rede de conhecimento que estava sendo gerada, o elemento racional da reflexão era invadido por algo mais forte que o atravessava. Esse era o momento em que se fundia aquele saber construído em ato. O afeto que muitas vezes não sabemos definir por meio das palavras, expressa-se em gestos e demonstra que existe alguma coisa além do saber racional que se transfere e está presente nas relações.

Pensar a gestão como uma rede de relações é entender que, nessa rede, os afetos estão presentes. Em uma das cenas descritas no meu diário, a gerente, de um dos hospitais estudados, em reunião com profissionais, em momento de greve, dizia que uma das pessoas a estava olhando com olhar de raiva. Esse sentimento também me invadiu ao ouvir que determinadas exigências eram feitas sem considerar o momento de início de gestão em um estabelecimento que por anos conviveu com a centralidade administrativa.

A circularidade do afeto pode ser capaz de moldar leituras distintas na Gestão em Saúde, sem cair na vala da psicologização das relações. Entendermos que durante uma reunião, outros elementos, que não apenas aqueles quantitativos, estão presentes e são também importantes para a tomada de decisões. Compreender a mediação entre os planos de conformação do sujeito externo e interno pode servir de modelador de formas diferentes de gerir os estabelecimentos de saúde.

Durante o mestrado, realizei minha pesquisa no hospital público de Betim que havia adotado um modelo de gestão diferenciado dos demais hospitais públicos, com organograma horizontal, descentralização das ações gerenciais e colegiado, ou seja, com um ritmo diferenciado do que é comumente encontrado na maioria dos hospitais. Ao final, eu consegui entender o porquê das ações, mas **como** elas aconteciam ainda era uma

pergunta sem resposta. Busquei no doutorado estruturar melhor essa pergunta, identificar o seu entorno para conseguir melhor entender o que me incomodava.

Comecei a delinear o meu problema, a minha pergunta. Parti das teorias da administração e tentei delinear como a especificidade do cuidado em saúde reproduz essas teorias. O que me incomodava era o como e não o porquê. O como é um convite para entrar no processo, penetrar na estrutura dos serviços em busca de respostas.

Esta é a tese a ser apresentada: cartografar a gerência em saúde. Mostrar que a gestão opera sobre um plano de produção único atravessado por diferentes Instituições. Esta tese apóia-se na certeza de que os modelos de gestão/administração fabricam processos de subjetivação que tanto podem resultar em subjetividades produtoras de espaços coletivos democráticos quanto podem sustentar territórios em que a autonomia é controlada.

Percorrer a história das teorias da administração significou identificar os modelos da administração clássica, operando na lógica da disciplina e mais recentemente na lógica do controle. A busca pela normatização de regras, pelo controle dos tempos e dos movimentos, forma um ritmo cartesiano resultante do emprego das teorias clássicas da administração na gerência em saúde.

Foi isso que eu busquei responder através do meu contato com a gerência dos dois estabelecimentos com os quais tive contato. A partir de uma discussão crítica com as teorias da gestão, pretendi introduzir uma perspectiva de análise das micropolíticas (produção de subjetividades) no campo da gerência em saúde, e, assim, poder cartografar os modos de subjetivação encontrados na gerência. Não havia garantias; nada me dizia que ao acompanhar a gerência eu descobriria as linhas que configuram a Gestão em Saúde que seriam capazes de me levar ao contato com os processos de subjetivação. Eu acreditava que a gestão em saúde poderia ser formada por elementos objetivos e subjetivos.

O fator tempo porém, incomodava-me. A gestão opera com este fator – o tempo político e outros tempos. Um tempo impossível de ser marcado cronologicamente. O tempo em que as decisões devem ser tomadas. O instante em que se perde uma vida ou o instante em que nasce uma vida. Tempo em processo...

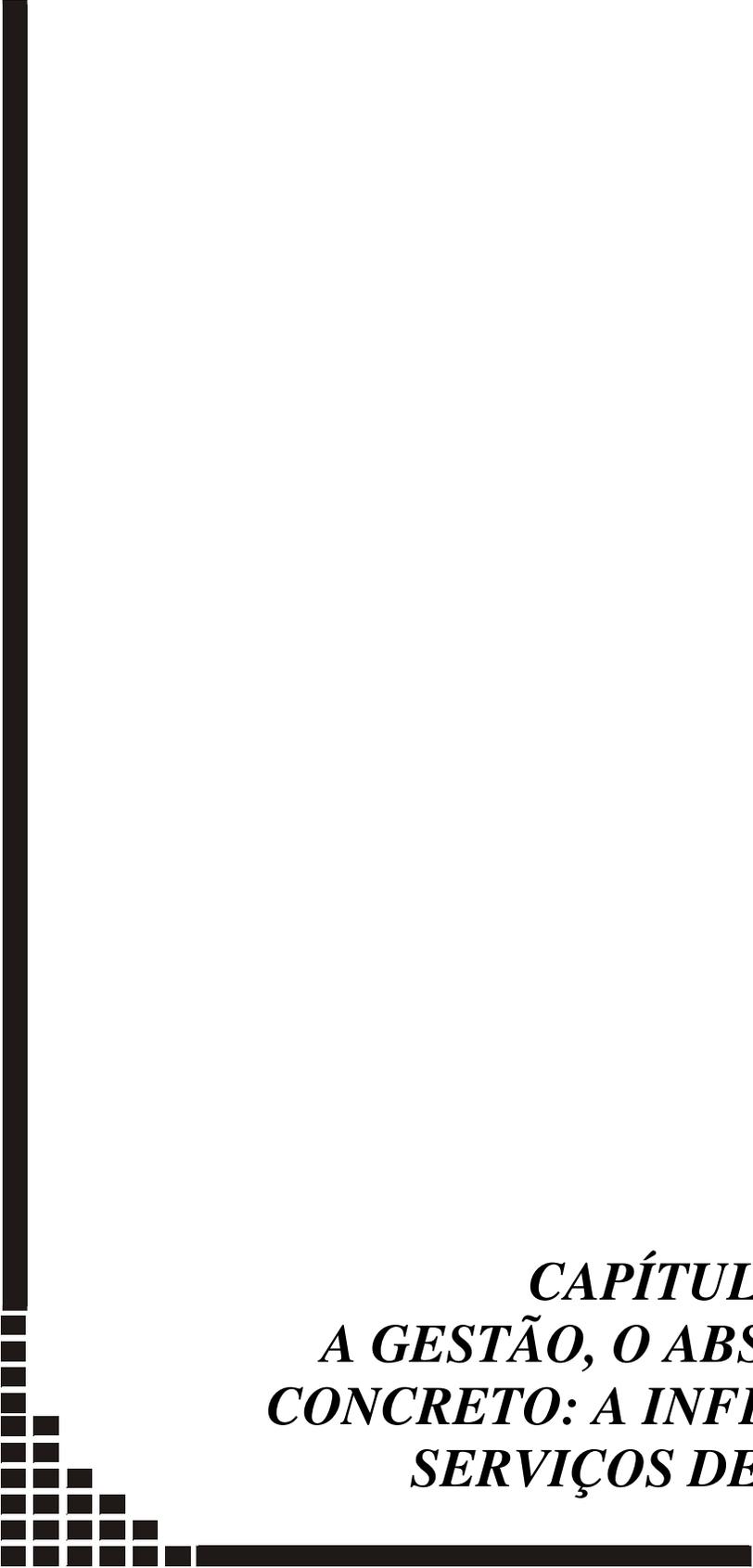
Foi assim que cheguei à minha primeira formulação: A gestão acontece em um tempo processual. Pensei nas histórias e casos sobre processos decisórios da prática da gestão e verifiquei que estes podem acontecer paralelamente, de forma transversal. A operação, no entanto, dá-se no plano da gestão. O leitor poderá, assim, estranhar uma certa heterogeneidade teórica no corpo do trabalho. Esta se justifica pela complexidade do estudo. O uso de conceitos da Análise Institucional e da Socioanálise privilegiam a construção de novas análises sobre a gestão em saúde. Eles contribuem com uma nova leitura sobre os processos que ocorrem no plano da gestão em saúde.

Um plano que foi escrito nos encontros com a teoria, tecendo uma trama entre a teoria e a prática. Isso não significa que não haja coerência no que se escreve. Na verdade, uma outra lógica se processa quando se busca a gestão em saúde no como ela opera.

A experiência de utilizar uma ferramenta metodológica (o diário) originada em uma área de saber específica, inaugura uma forma de escrita que, além da possibilidade de investigar as potencialidades de criar novas formas de trabalhar e gerir o processo de trabalho em saúde tem, na implicação do pesquisador, o seu núcleo analítico.

O pequeno volume de referências teóricas sobre o tema proposto, principalmente dentro do enfoque pretendido, consiste em uma das justificativas desta produção. Aliada a este fator, está a importância do que pode significar para o conjunto dos estabelecimentos de saúde a discussão a partir da produção de subjetividades. Este estudo começa a desvendar caminhos para a gestão com a possibilidade de provocar mudanças. Não é um estudo de avaliação da gestão em curso dos estabelecimentos eleitos para a pesquisa de campo, nem sobre métodos de gestão, apesar de identificar que o método se relaciona intimamente aos processos de subjetivação. Processos esses que tanto podem resultar em subjetividades produtoras de espaços coletivos democráticos, como podem sustentar espaços completamente cristalizados.

Pensar a gestão como um plano, por um lado abre caminho para o exame sobre as forças presentes neste plano – é preciso pensar pela diferença, porque a força é sempre múltipla. Por outro lado, essa reflexão é um convite para ousar e promover novos encontros entre a gestão e o cuidado.



CAPÍTULO 1
A GESTÃO, O ABSTRATO E O
CONCRETO: A INFLUÊNCIA NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

1.1-PEQUENA HISTÓRIA SOBRE AS TEORIAS DA ADMINISTRAÇÃO

Os anos acumularam diversos modos e teorias de administrar, havendo muito modismo, mas também muitas teorias relevantes. Em síntese, na história da humanidade há sempre lugar para um novo olhar diante da complexidade do mundo, no qual se inclui a forma do homem gerenciar suas organizações. É possível destacar momentos em que se percebe a preocupação com o que chamamos hoje de administração. Por exemplo, os antigos egípcios empregavam formas de controle e organização na construção das pirâmides. No oriente, os chineses da dinastia Han – que remonta de 202 a.C. a 219 d.C. – possuíam empregados na função que, hoje em dia, poderiam ser denominados de administradores. A sociedade européia incorporava nos estaleiros navais da cidade de Veneza, desde 1436, ações de planejamento e organização. Tudo isso ocorreu antes de, sequer, imaginarmos qualquer teoria administrativa (ABREU, 1982).

Porém, as teorias e o pensamento da administração científica, começam a ser moldados sob a influência, segundo CHIAVENATO (1983), da Igreja Católica, da organização militar, dos economistas liberais e da primeira e segunda Revolução Industrial. Segundo o mesmo autor, é possível identificar no modo centralizado de comando da administração clássica a mesma estrutura de poder concentrado em uma única pessoa presente na Igreja Católica. A estrutura organizacional da Igreja tem na figura do Papa a ‘cabeça’, o líder de toda Igreja.

O princípio de comando seguido pela linha hierárquica é característico dos exércitos medievais. Mas, a separação entre os que pensam e os que fazem surge no século XVIII com a criação do Estado-Maior com a função de assessorar o comando militar, ficando os soldados na função de combate, seguindo o plano traçado pelos estrategistas. Um outro elemento presente na administração científica que se origina da organização militar é a difusão dos objetivos entre os soldados, pois na batalha é fundamental que todos conheçam o que se quer atingir para o bom desempenho da empreitada militar bem como a disciplina² deve ser mantida em prol da unidade de direção. Com o surgimento, na metade

² Já no início do século XVII, segundo FOUCAULT (1992), a invenção do fuzil leva o saber clínico a ser um instrumento com a função de distinguir a real urgência de cuidados médicos especiais ou se, na verdade, algum soldado estava se “escondendo” no hospital para fugir do *front*. Mais uma vez em nossa história julgava-se o “normal” e o “patológico” a fim de evitar possíveis malversações de recursos. Dá-se o início de uma prática denominada por Foucault como ‘disciplina’.

do século XIX, da livre concorrência – defendida pelos economistas liberais – o capitalismo inicia sua fase de produzir em larga escala, gerando a racionalização do trabalho que passa a ser a tônica do processo de produção.

A invenção da máquina a vapor, por James Watt (1736 – 1819), marca o início da primeira Revolução Industrial. Tal invenção foi determinante na mecanização da indústria fabril e da agricultura, estendendo-se para o transporte e comunicação. A potência da mecanização mudou a forma de entender o mundo e mudanças no campo social e econômico estabeleceram o controle capitalista sobre as principais atividades econômicas. Entre 1860 e 1914 nasce o capitalismo financeiro com a invenção do motor a combustão, o domínio da eletricidade e a obtenção dos derivados do petróleo. As tarefas artesanais são substituídas pelas manufaturas: a máquina no lugar do homem. O aumento da produção faz baixar os preços e aumenta o consumo. Nas fábricas surge a necessidade de trabalhadores especializados para dar resposta a essa nova forma de produzir. É nesta fase que surge, além dos donos do capital, o proletariado e as péssimas condições de trabalho. (CHIAVENATO, 1983)

O substrato da administração científica passa a ser moldado a partir dessa conjuntura social e econômica, racional e hierárquica, porém vale lembrar que alguns filósofos como Aristóteles (384 – 22 a.C.) – com seu estudo sobre a organização do Estado –, Francis Bacon (1561 – 1626) – com a lógica moderna – e René Descartes (1596 – 1650) – criador da lógica cartesiana –, influenciam o pensamento administrativo além de Adam Smith que, em 1776 já falava em especialização do trabalho, controle de resultados e remuneração do trabalhador – idéias contidas no pensamento da administração científica que tem em Frederick W. Taylor (1856 – 1915) o seu principal expoente.

No ano de 1903 Taylor edita o livro *Princípios da Administração Científica*, em que a idéia do incentivo econômico e do “homem certo no lugar certo” são defendidas como fatores estruturantes para o alcance dos objetivos na produção. O pensamento deste engenheiro norte-americano pode ser resumido em quatro pontos: ciência, em lugar de empirismo; harmonia, em lugar de conflito; rendimento máximo, em lugar de produção reduzida; e, desenvolvimento especializado de cada trabalhador, a fim de se alcançar maior eficiência e prosperidade. Estes pontos podem ser tratados como normas construídas com base nas análises sobre as atividades desenvolvidas durante o trabalho. Estas são expressas

de tal forma que estruturariam uma ciência, substituindo o método empírico (até então empregado) pelo método científico e racional de administrar.

O projeto de Taylor ganha adeptos ao longo do tempo, sendo progressivamente empregado em vários estabelecimentos, mas ganha, também, muitos inimigos que viam em suas idéias um mecanismo de exploração do homem pelo homem. De modo geral, suas idéias podem ser divididas em duas partes: uma filosófica e outra empírica. Esta última é reconhecida como o mecanismo de aplicação e conforma quatro princípios chaves: 1 - desenvolvimento de uma verdadeira ciência; 2 - seleção científica do trabalhador; 3 - educação e treinamento científicos do trabalhador; 4 - cooperação íntima e cordial entre a administração e os trabalhadores. A diferença entre o que Taylor denomina de mecanismo de aplicação e a Filosofia é tênue e difícil de ser percebida, confundindo-se na prática. Basicamente, as idéias deste autor são conhecidas e reconhecidas pelo seu método de aplicação. (WAHRLICH, 1972)

Foi durante seu estudo sobre produção que Taylor foi enfático na busca pelo menor desperdício. Suas observações apontavam para o grande dispêndio de energia gerado pelo inevitável aumento de produção em uma sociedade capitalista. As noções de divisão do todo em partes e a de produção num tempo³ cada vez menor levaram Taylor a formular seu estudo sobre tempos e movimentos.

A observação detalhada e minuciosa do tempo e do movimento empregado em cada atividade do operário rendeu não só economia de capital, como gerou a compartimentalização das atividades. Nas palavras de WAHRLICH (1972): “o trabalho pode ser executado melhor e mais economicamente através da subdivisão das funções” e “o trabalho de cada pessoa na organização deveria, tanto quanto possível se limitar à execução de uma única tarefa predominante” (WAHRLICH, 1972: 106). Taylor reforçou a tendência, já em desenvolvimento, de especialização do trabalho, esquadrihando e recortando não só as atividades produzidas pelo homem como sua própria natureza. Desse momento em diante, a especialização e o modo de gerir – um modo centrado no valor do tempo e do movimento – ganharam peso e valor dentro do mercado. Poderíamos ousar dizer que se

³ A noção do que seja tempo na Era Moderna, mais especificamente após a Revolução Industrial, está ligada à capacidade de medir, marcar e transformar a unidade de tempo em mercadoria. Faz parte das “medidas” necessárias ao novo “tipo de vida” das sociedades modernas e seu uso é determinado pelos aspectos sociais e individuais.

engendra a partir daí uma produção de subjetividades⁴ de controle não só sobre o processo de trabalho, mas sobre o trabalhador.

Michel Foucault, em uma conferência no Rio de Janeiro, no ano de 1973, trouxe uma questão interessante que pode ser empregada no modo de pensar a forma de administrar nascida com Taylor. Foucault advoga que “(...) as práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos (...)” (FOUCAULT, 1999: 08). A forma compartimentalizada, especializada do processo de trabalho baseado no controle do tempo e do movimento, pode ser traduzida em uma prática produtora de bens de consumo a baixo custo, mas também de sujeitos pouco autônomos e alienados do processo de produção – sujeitos marcados pela heteronomia no trabalho.

No ano de 1913, dez anos após o lançamento do livro de Taylor sobre Administração Científica, Max Weber (1864 – 1920), sociólogo alemão considerado o primeiro teórico a ter como objeto de estudo a organização, desenvolve a Teoria da Burocracia. Tal proposta passa a ser integrada e difundida na administração aproximadamente na década de 40. Max Weber estudou as organizações com enfoque na racionalidade e em um novo conjunto de normas morais, as quais denominou de “ética protestante”. Segundo ETIZIONI (1987), tal ética consistia no trabalho “duro” e “árido” como dádiva divina, e no estoque – na poupança – como forma de evitar a vaidade e a ostentação.

A produção teórica criada por Weber representou um grande avanço para o entendimento do funcionamento das organizações. Caracteriza-se pela hierarquização e racionalidade da autoridade sob uma divisão rígida entre administração e política. Desse modo, ao separar ação, hierarquia, competência, técnica, remuneração, etc., a burocracia tende a se estender por todos os setores da sociedade – como empresas, indústrias e comércio. Estrutura-se a divisão do trabalho em normas explícitas de remuneração fixa em função do cargo ocupado pelo empregado, cargo esse que seria preenchido de acordo com a

⁴ Entendo por produção de subjetividade, neste momento, o conjunto de ações que emergem da relação entre os sujeitos, possibilitando diferentes construções de realidade e modos de ser. Mais adiante voltarei a este conceito.

competência técnica, e não por questões políticas. As regras gerais são ditadas por comunicações escritas e marcadas por uma disciplina racional.

O tipo ideal de organização burocrática seria aquele que se apresentasse com as seguintes características: divisão do trabalho baseada na especialização funcional; hierarquia de autoridade bem definida; sistema de regras de procedimentos para tratar das situações de trabalho, impessoalidade nas relações interpessoais e seleção e promoção baseadas em competência técnica. (KAST, 1970)

Pode-se destacar três conceitos trabalhados por Weber: poder, alienação e controle das pessoas. Além destes, há uma forma clara e objetiva de dominação, com três classificações: dominação tradicional – aquela que pode ser vista na relação entre pai e filho e sofre migração para outros tipos de dominação como, por exemplo, o feudalismo; dominação racional-legal – que toma como base o sufrágio universal e o investimento da autoridade competente e, por último, a dominação carismática – em que se acredita ser o representante portador de poderes excepcionais.

Organizações impessoais são geradas quando os indivíduos, investidos em cargos, vivem isolados do contato uns com os outros, produzindo pirâmides de cargos pessoais. As organizações tornam-se ‘pessoas’ – pessoas jurídicas com personalidades próprias – e vivem em uma aura de imortalidade, imunes ao tempo, inatingíveis. Nós, humanos, meros mortais, teríamos que conservá-las e, por vezes, reverenciá-las. A célebre frase “as pessoas passam e as organizações ficam” é emblemática dessa perspectiva impessoal das organizações.

Portanto, ao apropriar-se da teoria weberiana, a modernidade mostrou a burocracia como “uma estrutura social na qual a direção das atividades coletivas fica a cargo de um aparelho impessoal hierarquicamente organizado, que deve agir segundo critérios impessoais e métodos racionais” (MOTTA, 1981: 30).

Na mesma época em que Weber revolucionava as idéias e os conceitos sobre organização, Henry Ford surge com a “mass production” – a linha de produção em massa – em contraposição à idéia de “draft production” – ou, o modo artesanal de produção. O automóvel passa a ser produzido em larga escala, mudando o mundo e as relações com o capital. Nascia o fordismo.

Ainda na tentativa de entender o real papel do administrador, Henri Fayol, em 1916, lança o livro *Administração Geral e Industrial*, baseado nas idéias de Taylor, e desenvolve conhecimentos teóricos na linha mecanicista com foco na estrutura organizacional. Para o mestre francês, a função de administrador deveria ser guiada por normas administrativas, que, na prática, fluiriam de forma menos rígida, permitindo a noção de medida – conceito fundamental na obra deste autor (ABREU, 1982). Com esse teórico, a concepção mecanicista ganhou destaque, advogando a possibilidade dos administradores trabalharem com uma certeza linear de ‘dar acerto’. Esta concepção ainda se faz presente em grande parte das produções teóricas na área administrativa, onde o planejar, o organizar e o coordenar são empregados no controle da produção. É válido ressaltar que empresas e indústrias modernas retêm o controle não mais nas mãos e responsabilidade do gerente. Hoje, o controle da produção é percebido e visto entre os trabalhadores, na linha de produção. Seria esse o nascimento de uma moderna forma disciplinada de novos sujeitos?

A teoria de Taylor sobre o tempo e o movimento e outras teorias do mundo moderno⁵ seriam embaladas pelo som e pela visão do homem como extensão da máquina e revelariam um certo determinismo nas tarefas produtivas. Taylor e Fayol são considerados a referência maior dentro do contexto mecanicista, mas há outras teorias criadas na mesma linha ou em linha contrária.

A teoria das Relações Humanas originou-se da perspectiva antagônica à teoria clássica da administração no início da década de 1930. Ao contrário da escola clássica, em que a capacidade física e a recompensa econômica são as molas mestras, nessa nova abordagem a capacidade social dos operários passa a ser o ponto importante. Insere-se um novo elemento: a motivação do trabalhador (aspecto psicológico), cuja chave é o reconhecimento profissional. A importância do grupo (aspecto sociológico), da participação, da comunicação e da liderança dentro das fábricas e empresas são fatores relevantes para atingir a motivação do profissional. De forma geral, podemos dizer que há outros antagonismos entre a escola clássica e a de relações humanas, porém não há como

⁵ A modernidade trouxe grandes inovações no entendimento da complexidade do mundo, mas também adicionou uma dose de degradação à humanidade quando impôs ao homem um agir racional, esquecendo a subjetividade.

negar que possuem um significativo elemento em comum: não vêm contradição na relação entre a busca da racionalidade instrumental e a felicidade humana.

Um marco na Teoria das Relações Humanas foi o estudo de Elton Mayo, em 1924, sobre a influência da iluminação na produção, que chegou a um resultado totalmente diferente daquele proposto pelo pesquisador. A conclusão de Mayo foi que o relacionamento do trabalhador com o chefe, ou supervisor imediato, interferia na produção mais do que qualquer fator fisiológico. Logo, o nível de produção era determinado muito mais pelas relações sociais, principalmente a integração no grupo, do que pela condição física do trabalhador. Assim, a recompensa econômica passou a ser um dos incentivos e não o único. Mayo passou a chamar a atenção para a importância da cooperação entre os trabalhadores.

Os conceitos clássicos de hierarquia, autoridade e racionalização do trabalho passaram a ser contestados pelos temas tratados pela Teoria das Relações Humanas – que dão ênfase à motivação, à liderança, à comunicação e à dinâmica de grupo. Olhar para o elemento humano e destacá-lo dentro da engrenagem das organizações foi uma idéia que começou a surgir no cenário administrativo a partir das especulações teóricas de outros profissionais que não os engenheiros.

As análises sociológicas e psicológicas passaram a percorrer as organizações buscando entender os novos acontecimentos organizacionais. O interesse de ambas está focado no ser humano. Contudo, olhando com mais atenção, há uma diferença entre elas: enquanto a abordagem sociológica centra-se na análise do comportamento dos grupos dentro das organizações e as repercussões que resultam das ações sobre o processo de trabalho, a abordagem psicológica privilegia o indivíduo enquanto foco de estudo. No entanto, em associação, fundam a escola conhecida como Recursos Humanos, entendendo a organização como um sistema controlado e dependente da motivação dos indivíduos que a compõem. Para tais abordagens, a organização não é estática – como na concepção mecânica dos engenheiros –, mas um organismo vivo, dinâmico e passível de mudanças, e cuja preocupação maior reside no processo que se desenrola em seu interior, o qual é marcado por três grandes fundamentos: 1 - a organização constitui, fatalmente, o resultado de uma série de transigências que levam em conta um número infinito de possibilidades em torno de uma situação específica ou única; 2 - organização é uma força viva, móvel e

fluida; 3 – a organização representa pessoas que reagem e respondem a estímulos possíveis de definição precisa. (METALCAL, e URWICK, 1940)

Motivar os trabalhadores por meio de incentivos sociais pode ser importante, mas há o perigo dessas práticas se tornarem apaziguadoras, na medida em que ocultam os principais conflitos de interesse entre trabalhadores e empresa e entre estes e a sociedade, promovendo símbolos baratos de prestígio e afeição e escamoteando questões como salário, condições de trabalho, etc.

Em 1947, Simon escreve o livro *O comportamento Administrativo*, tendo como eixo o processo e a dinâmica organizacional, com ênfase nas pessoas. Este livro é considerado um marco na Teoria Comportamentalista. A abordagem comportamental é fortemente influenciada pelo behaviorismo de Kurt Lewin (1890 – 1947) que dá ênfase ao homem administrativo buscando a maneira satisfatória na realização do trabalho. O estudo do comportamento humano e da motivação são os elementos que explicam a teoria comportamentalista.

Sobre a motivação é importante ressaltar a Teoria de Maslow a respeito das necessidades humanas básicas. Dividida e organizada, hierarquicamente, tem como base as necessidades fisiológicas, as de segurança, em seguida, as necessidades sociais, as de estima e, por último, as necessidades de auto-realização. Segundo Maslow, uma necessidade humana só está presente quando a necessidade imediatamente anterior está satisfeita. Embora criticada, esta teoria foi a base para a Teoria Comportamentalista. (PLANTULLO, 2001)

A Escola Estruturalista fundamenta a organização como o local onde há interação de diversos grupos sociais: “as tensões (...)— que podem ser reduzidas, mas não eliminadas – entre as necessidades da organização e a de seu pessoal, entre a racionalidade e a irracionalidade, entre disciplina e a autonomia, entre relações formais e informais, entre administração e trabalhadores ou, mais genericamente, entre posições e divisões, são “inevitáveis” (ETIZIONI, 1987: 55).

Originada de inúmeros conceitos, a teoria estruturalista é uma síntese da escola clássica e da teoria de relações humanas. Não é propriamente uma teoria. É, antes de tudo, um método cujas enormes potencialidades, aplicadas em diversas áreas da ciência social, são evidenciadas nos estudos da economia, da psicologia e da sociologia.

A década de 1960 traz a Teoria dos Sistemas. Sistema é um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas, caracterizado por objetivos propostos, totalidade do sistema, entropia e homeostasia. A idéia é a de que os objetivos não ocorram ao acaso – o sistema reage quando uma das partes é estimulada. Pela entropia, o sistema tende ao desgaste e pela homeostase, ao equilíbrio dinâmico entre as partes. (PLANTULLO, 2001)

Segundo essa teoria, há dois tipos de sistema: o fechado – que não estabelece nenhuma relação com o meio externo. Logo não interfere nem sofre interferência do ambiente externo, e, o aberto – que, ao contrário, possui relação com o meio externo intercambiando matéria e energia, repondo a energia perdida. A empresa é vista como um sistema aberto permeável às mudanças do meio externo, tal qual um organismo vivo. O sistema vivo é a idéia que vem se opor à idéia de organismo reativo proposta pelos comportamentalistas. (PLANTULLO, 2001)

A Teoria dos Sistemas retrata o esforço de sintetizar e integrar as teorias que a precederam. O tratamento dispensado às organizações baseia-se na visão de um sistema social composto por subsistemas que operam no interior da organização. A existência de vários meios que reagem entre si como uma cascata de sucessivas reações e contra-reações é o eixo principal dessa teoria. O mundo organizacional vai sendo entendido como a ocorrência de mudanças múltiplas e dinâmicas. (WAHRLICH, 1972)

A Teoria Contingencial surge a partir de estudos sobre as empresas e as diferentes formas que elas adotam em diferentes condições. As condições sob as quais as organizações operam são ditadas de fora da empresa, ou seja, o ambiente externo influencia na estrutura e na organização dos processos. As pesquisas nessa linha concluem que há dois fenômenos sofridos pelas organizações: diferenciação e integração.

Por diferenciação entende-se a divisão da organização em partes competentes e especializadas capazes de interagir com o meio ambiente. A integração é o esforço da organização para unir esforços das partes a fim de alcançar os objetivos organizacionais. Logo, quanto mais diferenciada é uma organização, maior é o esforço pela integração do trabalho.

Além do ambiente, outro fator – a tecnologia – compõe essa teoria. A tecnologia é uma variável importante pelo fato das organizações dependerem sempre de algum tipo da mesma. A tecnologia assume posição de destaque pelo fato de atravessar qualquer atividade de organização.

Após a segunda Guerra Mundial, a administração começa a ser entendida como um corpo profissional. Gerentes, em sua maioria ex-combatentes, são contratados por empresas de diferentes ramos da produção. No período de 1940 – 1970 há predomínio da produção em massa, a qual é liderada pela América do Norte. O Japão estava se reerguendo, mas contava com uma produção industrial nos moldes “just-in-case” – ou seja, uma superprodução com base no mercado consumidor. Dado à condição japonesa de recursos naturais escassos, a opção era a exportação, mas antes seria preciso vencer, internamente, a concorrência.

Segundo PLANTULLO (2001), a visita de engenheiros japoneses, no ano de 1950, aos Estados Unidos da América, desencadeou uma mudança radical no modo e na filosofia de produção. A partir da observação em supermercados americanos – onde as mercadorias eram repostas à medida em que o estoque ia chegando a zero – os engenheiros japoneses passaram a aplicar a idéia em seu sistema produtivo. Surge, assim, a produção administrativa “just-in-time”, cujo objetivo é evitar o desperdício, ou seja, tudo o que não adiciona valor ao vetor produto é eliminado. O “just-in-time” é permeável a todos os ambientes da empresa – setor financeiro, administrativo e outros. Neste cenário, Walter Schewart propõe a qualidade como modo de administrar, idéia que é adotada algum tempo depois por Willian Edwards Deming.

Deming (1990) foi um dos primeiros a desenvolver e aplicar o conceito de qualidade no gerenciamento de empresas operando sobre quatro pilares: visão geral do que é um sistema; elementos da teoria da variabilidade, elementos da teoria do conhecimento profundo e, por último, elementos da psicologia. Tais elementos identificam 14 pontos a serem empregados no programa de qualidade proposto por ele. A qualidade é definida como um conceito que adiciona estética ao processo de produção. Os custos são diretos, assim como a mão-de-obra, a matéria-prima e etc.

A visão geral do sistema pode ser entendida por funções e atividades, subprocessos que trabalham em prol de um único objetivo. A visão do sistema oferece ao

gerente a visão global, dessa forma pode fazer rápidas adaptações visando melhores serviços e produtos. A teoria da variabilidade trabalha na lógica da compreensão sobre os processos e de que, nestes, a variabilidade está sempre presente. Logo, compreender o processo é a chave para a redução da variabilidade, bem como para o conhecimento das fontes que possam causar algum tipo de instabilidade na performance e no desempenho do processo de produção. A teoria do conhecimento toma por base a previsão, e esta pode ser tão simples que pode ser consciente ou complexa, dependendo da situação em que a empresa esteja imersa. (PLANTULLO, 2001)

Juran é considerado o autor mais eclético a trabalhar com qualidade. Trabalha sobre três pontos básicos: planejamento, melhoramento e controle da qualidade – o triângulo PMC. O planejamento consiste no mapeamento do cliente buscando identificar as suas necessidades, estabelecer as principais características do produto e a capacidade de flexibilização na linha de produção, ou seja, permitir a transferência de processos de uma estação para outra dentro de uma mesma linha de produção. O melhoramento da qualidade visa criar infra-estrutura através de conselho de trabalhadores, equipe que facilite o treinamento da qualidade e sua implantação, divulgação e revisão regular, etc. O controle da qualidade é a avaliação das operações buscando estabelecer o rendimento real do processo. (PLANTULLO, 2001)

A administração conta ainda com outras abordagens, como a reengenharia, a teoria das redes neurais e algumas teorias forjadas em outros campos do saber e aplicadas à administração – como a teoria do Caos. Segundo RAMOS (1983), a Administração Científica apresenta-se como uma teoria natural no modo de gerir as organizações, sendo estrada única a ser percorrida em direção ao desenvolvimento, ou seja, um caminho determinista e previamente calculado como num sistema mecânico.

O que os modelos teóricos da administração cultivam pode ser resumido na busca pelo controle do processo de trabalho, com a finalidade de aumentar a produção e o capital. É o modo que consome o sentir – como mais um elemento da engrenagem mecânica capitalista. Será que o sentir, o ato sensível do Ser, nessa lógica, pode vir a ser considerado como ferramenta de barganha que produz modos repetitivos e habituais de uma

racionalidade maquínica⁶? O Ser fora dessa engrenagem, livre das amarras do capitalismo é simplesmente o Ser, sem nenhum valor social? Então, o trabalho ligado ao capital é a única atividade valorizada pela sociedade?

Se há a possibilidade de identificar, mesmo que ainda de forma rudimentar, como um rascunho, as linhas que percorrem e dão forma à ‘pequena história da administração’, estas são traços firmes e fortes de uma trama em que a linha do controle atravessa, cruzando todos os enfoques. Esse é um controle que ora aparece claro e nítido (como na teoria sobre tempo e movimento – o controle sobre o movimento físico–,mas que se deixa travestir pelas necessidades humanas básicas), ora o encontramos sob a névoa da flexibilização da produção controlada, não mais pelos gerentes nem supervisores, mas pelos próprios trabalhadores. Os engenhos se justificam nos escassos recursos, no mercado e na concorrência, no avanço acelerado da tecnologia, enfim, são várias as justificativas para o controle, mas o que se apresenta são formas sofisticadas de capturar a criatividade e o desejo humano em prol da produção eficiente e lucrativa.

A idéia de capturar e controlar o processo de trabalho passa a ser estudada e sofisticada-se à medida em que o capitalismo muda (primeira Guerra Mundial, segunda Guerra Mundial...). As formas de atingir e buscar a eficiência, a cada modelo aprimora-se na simplicidade e na forma despojada e leve de engendrar formas e modos de operar. As sutilezas são acompanhadas de muita informação e de aparente participação do empregado, que passa a ser valorizado como um membro da ‘família’. Logo se espera todo o empenho, físico e emocional para que a tarefa seja cumprida. Essa é uma nova forma do trabalhador ser reconduzido às engrenagens do capital.

As perguntas e críticas acima podem começar a serem pensadas a partir da idéia de alguns autores que não estão, necessariamente, no campo da Administração Científica, mas que tangenciam a área. Eugéne Énriquez possui contribuições interessantes.

Segundo ÉNRIQUEZ (2000), com o fim da Segunda Guerra Mundial, a hegemonia da idéia do homem como uma máquina é rompida e o desafio passa a ser a reconquista do sujeito, do humano. Tal desafio é aceito pela tecnocracia que passa a ser

⁶ O termo “maquínico” é empregado aqui, segundo GUATTARI, (1999) ou seja, distingue-se da mecânica de máquina. Aquela é fechada em si mesma, mantendo relações codificadas com o exterior, esta constitui *phylum* – como na espécie viva –, evoluções históricas, seleciona, exclui e faz brotar outras linhas com potencialidades diferentes.

definida como modelo, o qual promete crescimento harmonioso e contínuo. Essas são idéias que começam a ser defendidas como forma de administrar, com a promessa de segurança e ascensão na vida e no emprego. Nada mais de inércia, “Ao contrário, a inovação, a mudança, a criação de novos produtos, duma nova arte de viver (as férias, o turismo) tornam-se as palavras de ordem” (ÉNRIQUEZ, 2000: 15). A racionalidade sem limites passa a ser empregada largamente nas previsões e nos cálculos para o futuro. A previsão, a partir de estudos de investigação, passa a ser o centro dessa nova engrenagem.

Para esse autor, o especialista, o tecnocrata, tem papel fundamental. Ele possui os segredos e o saber para o bom êxito das atividades, além do caminho para o prazer. Ele busca, a partir dos instrumentos administrativos, estratégias para que os outros sirvam a seu plano e dobre-se ao seu saber. De modo geral, a necessidade de fazer com que a racionalidade instrumental seja aplicada integralmente opera como um desvio, uma perversão da racionalidade que toma, na prática, a aparência de sedução e manipulação, justificadas pelo crescimento, que, para tal, considera o Ser humano. Nessa esteira, “(...) eles se entregarão de corpo e alma ao trabalho, sem se aperceber de que o dia em que não forem considerados úteis, poderão ser dispensados, transferidos de ofício ou obrigados a calar-se”. (ÉNRIQUEZ, 2000: 15)

O autor chama a atenção para um novo conceito utilizado na administração: o de cultura, que vem sendo difundido largamente e vendendo muitos livros.

“A empresa, por conseguinte, já não é um lugar de produção, onde existem relações hierárquicas, mais ou menos conflituosas, ela torna-se uma comunidade, isto é, um lugar onde a libido (que é levada em conta) permite afeição dos indivíduos uns com os outros, sua identificação mútua e adesão de todos os valores e às normas impostas”. (ÉNRIQUEZ, 2000: 17)

Essa é a idéia de estudar a cultura da organização, as diferentes culturas que são encontradas ou simplesmente a cultura da empresa. Segundo o mesmo autor, é o que existe de mais recente no mundo capitalista em termos de chamar a atenção, de cativar e captar o entusiasmo das pessoas – como um ídolo que substitui a repressão e o cerceamento organizacional.

Mudar a cultura da organização tem influenciado muitos administradores e elevado a rentabilidade de algumas empresas de consultoria. Porém, não há questionamentos sobre a estrutura mecânica e linear das organizações quando se fala em cultura.

RAMOS (1983) propõe a Teoria das Possibilidades, fazendo um contraponto ao modelo mecanicista das teorias administrativas. Tal proposta possui duas características básicas:

A) A modernização não está precisamente localizada em algum lugar no mundo; o processo de modernização não se deve guiar por nenhum arquétipo platônico e B) Qualquer nação tem possibilidade de modernização própria, qualquer que seja sua configuração; cuja efetivação poderá ser perturbada pela sobreposição do modelo normativo rígido, alheio às possibilidades. (RAMOS, 1983: 06).

Esse modelo teórico se firmou sobre bases não deterministas. No entanto, o autor alerta que um certo grau de determinismo na ciência moderna é indispensável e, nesse modelo, o determinismo e a liberdade caminham juntos. Se por um lado, o determinismo sem liberdade é fatalismo, por outro, sem determinação no processo social caímos no niilismo, na impossibilidade de se ter uma ciência social.

Para RAMOS (1983), a Teoria das Possibilidades está implícita na concepção de autores que utilizam a dialética e a tensão existente entre liberdade e determinismo. A liberdade é atingida quando a prática é exercida no contexto das possibilidades.

Em meio às diversas teorias do campo da administração, DAVEL (2001) destaca que a ação da gerência vem sendo orientada pelo termo e modo Ter – no sentido de possuir, ter posse sobre algo –, que passa a ser empregado na gestão com pessoas, onde o termo recurso é empregado para dar nome às ações de trabalho com pessoas na organização. Os modelos teóricos que nutrem a gestão de Recursos Humanos, segundo o autor, utilizam-se da psicologia comportamentalista, onde movimentos mecânicos compensatórios são largamente defendidos como modelo de gestão. As pessoas são vistas como fator de custo. Para este autor, o modo Ser deve ser agregado às organizações no sentido de partilhar, operando sobre ações centradas no Ser. Se tomarmos algumas das novas teorias da administração, como a Qualidade Total, e seus conceitos, teremos uma organização que toma por base o Ser, porém, instrumentalmente, opera com o Ter.

Referente ao sentido de Ter dando a idéia de posse, de controle sobre os processos e sobre as pessoas, CAMPOS (2000^a) assinala que a “(...) gerência estaria na eliminação de todo traço de subjetivismo no momento da execução das tarefas” (CAMPOS, 2000a: 30). Essa é uma idéia central no pensamento de Taylor, que conjuga cientificidade com a racionalidade administrativa, afastando qualquer traço que não seja de ordem positivista: “Em uma organização tradicional, em geral, não há espaço nem tempo para escuta ou elaboração em grupo e o lugar de tomada de decisão restringe-se à cúpula” (CAMPOS, 2000b: 148).

A busca pelo controle não admite variação, opta-se pelo consenso, por uma racionalidade eliminadora de conflitos. É observado que “(...) a racionalidade gerencial hegemônica vem cobrando disciplina, produtividade e dedicação. Criando, com este intuito, uma máquina que inibe o desenvolvimento de características típicas a qualquer Ser da liberdade.” (CAMPOS, 2000a: 32)

Resumindo: ser responsável sem estar atrelado – atado ao medo da responsabilidade –, discutir suas idéias, operar com razoável autonomia, em um espaço capaz de promover a identificação de si nos outros e dos outros em si – o que pode ser uma possibilidade de buscar novas formas de gerenciar.

1.2-SUS: UM SISTEMA COM MÚLTIPLAS ENTRADAS

Quando, em 1986, o Ministério da Saúde e a sociedade civil organizada (usuários, profissionais de saúde e intelectuais do Movimento Sanitário) organizaram a VIII Conferência Nacional de Saúde, o objetivo de que as propostas discutidas e votadas na plenária final da conferência fizessem parte do texto constitucional brasileiro ainda se colocava em um horizonte distante.

A garantia de todo o cidadão de ter direito à saúde veio com a Constituição de 1988, mas, no texto jurídico, a idéia apenas começava a ganhar corpo. A aposta em um Sistema Único de Saúde (SUS) fora organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo; participação da sociedade, e, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Hoje o SUS é uma realidade. O acesso aos serviços é, sem dúvida, mais amplo do que na década de 70. Apesar do Estado mínimo defendido no bojo da reforma do Estado, no final da década de 80 e início da década de 90, há uma ampliação da atuação do Estado na área de saúde.

Ao longo dos 15 anos posteriores à promulgação da Carta Constitucional, é possível destacar três grandes entradas para a institucionalização do SUS.

A primeira é a legislativa que cria as condições legais para um Sistema Único integrado por ações e serviços, com a participação do setor privado em caráter suplementar. A Constituição de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e as Leis Orgânicas estaduais e municipais são as garantias jurídicas para a superação do modelo hospitalocêntrico combatido pela Reforma Sanitária.

A segunda entrada tem início com muitos atalhos e diz respeito à organização dos serviços. Segundo SILVA (1998), no período que sucedeu a Constituição, o SUS enfrentou vários obstáculos, tais como: a crise financeira, o turbulento período eleitoral e a celeuma em torno do processo de municipalização⁷. Contudo, o processo de descentralização começa a caminhar desde a primeira edição da Norma Operacional Básica em 1991, sendo que é a atual Norma Operacional de Assistência a Saúde, a NOAS, inclui o tema do financiamento, além de apresentar propostas de reorganização do sistema.

A regionalização é a principal meta da NOAS. Com ela, há a criação de uma lista de procedimentos de média complexidade par o primeiro nível de atenção. Esta medida separa os procedimentos de média complexidade freqüentemente usados dos demais procedimentos de média complexidade. Essa ação amplia o acesso a esses serviços nos municípios. A NOAS também acrescenta alguns procedimentos à lista de atenção básica que é custeada pelo Piso de Atenção Básica (PAB)⁸. Encontrar novas formas de custeio para as ações de saúde é uma entrada que se desvia do pagamento por procedimento e possibilita novas formas de financiamento para o setor.

⁷ Este debate está detalhado na Revista Saúde em Debate n° 20, 21 e 22 de 1988.

⁸ O PAB é destinado aos Municípios em Gestão Plena de Atenção Básica e em Gestão Plena do Sistema. O piso engloba, portanto, a maioria dos Municípios do Brasil.

As propostas vinculadas ao SUS trazem implícita uma outra entrada: a de, ao exigir que se cumpra o artigo 196⁹ da Constituição Brasileira, ampliar o leque de ofertas do sistema na promoção da assistência integral à população.

Nesse percurso de institucionalização do SUS também são implementados mecanismos de gestão para o sistema, como o Plano Diretor Regional e a Programação Pactuada Integrada. A implantação ou a institucionalização de mecanismos administrativos guarda na criatividade da gestão o seu principal trunfo. Vale lembrar que cerca de 90% da população brasileira utiliza o SUS de alguma forma, seja para realizar uma consulta ambulatorial, ou exames laboratoriais. Nesse sentido, essa proposta solicita uma gestão equânime na área de saúde. No mesmo movimento ocorre a construção de novos modos de atenção e de gestão que contemplam a saúde como um direito social.

Com a ampliação da discussão, permitindo construir novas entradas referentes à construção, implementação e viabilização do acesso ao serviço de saúde, a participação da população tem alcançado, a cada dia, mais legitimidade.

A terceira entrada é fruto e contempla o envolvimento de novos atores sociais na arena da saúde: os Conselhos de Saúde, cuja função principal é a de viabilizar a participação popular, tanto na avaliação quanto na formulação de políticas públicas para o setor – o que tem possibilitado a ampliação do controle social nas decisões do SUS.

Ao longo da década de 80, o movimento organizado por secretários estaduais e municipais de saúde visando a descentralização levou à criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – o CONASS – e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – o CONASEMS. Estas entidades não-governamentais têm atuado de modo substancial na condução da política de saúde. Sem dúvida, se pode destacar a ampliação da participação da sociedade, a presença dessas entidades nas negociações políticas foi fundamental. Aqui é possível perceber a influência da micropolítica sobre a macropolítica e vice-versa. Partir do diálogo municipal a fim de ganhar ressonância a nível nacional só é possível pela capilaridade que o processo de participação social encontra entre os diferentes espaços do sistema.

⁹ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988)

Entretanto, é na integralidade, ou nos sentidos da integralidade da atenção a saúde, que, segundo MATTOS (2001), reside a diferença entre a proposta do SUS e a proposta de outros atores importantes na cena mundial, como o Banco Mundial¹⁰. Como ressalta este autor, se há um certo consenso em relação à descentralização das ações de saúde e à participação popular por parte desses atores, “(...) o princípio da Integralidade implica superar reducionismos” (MATTOS, 2001: 62).

A superação do reducionismo apontada por MATTOS (2001), a meu ver, implica em dois movimentos. Um primeiro se encaminha no sentido de superar o modo reducionista de promoção da assistência. De acordo com CAMPOS (1997b), nessa trajetória é possível se recuperar o valor da clínica até então degradada por uma relação mercadológica e fragmentária do cuidado. O outro movimento orienta essa ampliação em direção à gestão e aos mecanismos gerenciais usados pelo setor.

É nesse quadro que se destacam as discussões sobre novas formas de gerenciamento para a saúde. São processos que buscam responder às diretrizes de um Sistema Único de Saúde elaborado por profissionais e intelectuais entre as décadas de 60 e 70 com constantes e importantes avanços.

As dificuldades que vêm sendo enfrentadas na implantação do SUS geram entraves de ordem administrativa e organizacional. Tais obstáculos não decorrem somente das resistências à implantação de um modelo de atenção à saúde com ênfase nas ações preventivas, mas de medidas que se acentuaram na década de 90 com a reforma do Estado que acabaram por reduzir os gastos com políticas sociais.

Traços de incentivo à privatização atravessam o setor mantendo antigas saídas. Terceirização de serviços, organizações sociais, cooperativas de profissionais de saúde e fundações de apoio são algumas das formas gerenciais¹¹ de interferência da lógica privada no setor público. Esses modelos surgem na década de 90 com forte peso na administração

¹⁰ A esse respeito, a Tese de Doutorado defendida no Instituto de Medicina Social/UERJ no ano de 2000, de MATTOS, Ruben Araújo de. **Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**. Rio de Janeiro, 2000 (Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

¹¹ O detalhamento das formas de gerenciar citadas pode ser explorada em: MACHADO, Cristiani Vieira. **Contexto, Atores, Instituições: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro nos anos 90**, 1999. (Dissertação de Mestrado - Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

dos estabelecimentos de saúde. MACHADO (1999), em estudo sobre a política de condução dos hospitais no Município do Rio de Janeiro, faz uma análise da conjuntura e dos atores sociais no cenário da política de saúde. É uma discussão importante ao pensarmos sobre o real objetivo de ter modelos alternativos à administração pública. Para a autora, nos hospitais por ela estudados pode se verificar a manutenção de propostas de gerenciamento híbridas. O hibridismo pode vir a ser o resultado do longo casamento entre o público e o privado que se materializa nas chamadas formas alternativas de administração. Público e privado se articulam, conservando a mesma saída. A alternativa para a condução pública desses estabelecimentos tem no Estado o principal financiador das ações de saúde, mas, muitas vezes, essas ações se esquivam de seu caráter universal para assumirem um viés mercadológico¹². A mesma perspectiva que elegeu o Estado como financiador da assistência em saúde gerou o modelo que marca a política de saúde no Brasil durante as décadas de 60 e 70 e que ficou conhecido como hospitalocêntrico.

A conclusão da autora ao identificar uma forma híbrida na condução dos hospitais no Município do Rio de Janeiro demonstra, por um lado, uma certa crítica aos modelos privatizantes por parte daqueles que gerem o sistema. Podemos dizer que, por um lado, o eco da micropolítica se fez (e continua a se fazer) ouvir. Nesse contexto, novamente a tendência macropolítica não fora suficiente para transformar o sistema.

A autora, todavia, lamenta que o aparato jurídico-legal do SUS não faça nenhuma indicação mais específica a qualquer forma gerencial. Segundo ela,

(...) as diretrizes do SUS estabelecidas na Constituição de 88, a legislação complementar do SUS, e mesmo as Normas Operacionais Básicas não estabelecem um dado padrão de inserção dos serviços e não chegam a abordar a questão da gerência e modo de administração das unidades” (MACHADO, 1999: 171)

É realmente com essa orientação explícita, considerada indispensável pela autora, que devemos nos preocupar? Será que a potência mobilizada pelas chamadas micropolíticas já não seriam suficientes para delimitar e sustentar um desenho gerencial que, justamente por manter-se sempre aberto – ou com entradas que favorecem a criatividade dos atores envolvidos em seu processo de trabalho –, permanece condizente aos propósitos do SUS?

¹² Sobre essa prática de mercado no trabalho em saúde, consultar CAMPOS (1991).

Do ponto de vista da defesa de um sistema público e estatal, a questão da gestão se torna um importante item merecedor de cuidados. Num enlace micro e macropolítico, a possibilidade de criar (e recriar) alternativas de gerenciar, que estejam comprometidas com os princípios do SUS, é fundamental. Como aponta PASCHE:“ (...) a construção do SUS passaria a ter pela frente – hoje é possível ver isso – dois grandes desafios: um macropolítico, a criação jurídico-legal do sistema; e outro micro-institucional, a recreação de serviços e práticas”. (PASCHE, 2003: 29)

O desafio apontado por este autor em prol da recriação de serviços e práticas, vem acontecendo no cotidiano dos estabelecimentos de saúde. É uma luta diária com marcas profundas. Reconhecer esse caminho é reconhecer que, para além da questão jurídica, há uma outra que é política. É admitir na política uma dimensão subjetiva presente nos atos de operar as diferentes formas e entradas para um sistema de saúde.

A gestão em saúde tem grande potencial a ser explorado. Embora atualmente a administração receba muita atenção em função das questões da busca por qualidade e produtividade dos serviços, os grandes entraves do setor de saúde não se configuram somente na falta de recursos materiais e financeiros. Mesmo considerando que a estrutura administrativa do setor seja pouco explorada, a gestão em saúde no Brasil, principalmente no que concerne a serviços e práticas, encontra um campo fértil. Além disso, as falhas detectadas na administração acabaram servindo para o desgaste do próprio termo, tornando-o, por vezes, expressão pejorativa, sendo sinônimo de inutilidade. Como se poderá ver a seguir, pode-se ressaltar que, no caso brasileiro, a gestão pode ser uma forte aliada da Reforma Sanitária.

1.3-GESTÃO E SAÚDE: UMA TENSA COMBINAÇÃO

No desenvolvimento do setor de saúde no Brasil e na América Latina, vem ocorrendo, fora algumas exceções, uma dissociação entre os serviços preventivos e os curativos ou médico-hospitalares. Enquanto que os primeiros sempre foram de responsabilidade do setor público estatal, os últimos foram assumidos pelo setor privado ou filantrópico – salvo os hospitais de doenças infecciosas, como hanseníase, que mais se assemelhavam a espaços de segregação social e eram de responsabilidade do Estado. A administração destes serviços, principalmente dos hospitais, aparentemente, dava-se sem

suporte teórico e era, predominantemente, realizada pelo médico. Com a criação dos cursos de enfermagem, na década de 20, as enfermeiras passam a assumir ações administrativas intermediárias no hospital. Ao médico cabia a função de diretor.

Entretanto, a criação de Escolas de Saúde Pública no Brasil introduziu conteúdos de administração na formação do sanitarista. Foi no ano de 1951 que o primeiro curso de especialização em Administração Hospitalar foi criado na Universidade Estadual de São Paulo: a Faculdade de Saúde Pública. (KISIL, 1994)

A partir de um diagnóstico da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) sobre o ensino de Administração em Serviços de Saúde na América Latina, foi criado, com o apoio da Fundação W. K. Kellogg, o Programa de Coordenação e Apoio à Educação em Administração de Atenção à Saúde na América Latina e Caribe (PAHO, 1979). Estes programas passaram a ser conhecidos como PROASAs (Programas de Administração em Saúde) – isto ocorreu entre os anos de 1976 e 1986.

No Brasil, duas escolas ficaram com a responsabilidade da coordenar os cursos, ambas vinculadas à Fundação Getulio Vargas (FGV): a Escola de Administração Pública, no Rio de Janeiro, e a Escola de Administração de Empresas e Hospital das Clínicas, em São Paulo. O currículo do curso era dividido em cinco áreas: Saúde, e Sociedade, Planejamento em Saúde, Economia, Finanças e Controle de Custos, Administração de Serviços de Saúde, e, Administração e Comportamento Organizacional. Esta última área abordava as Teorias Administrativas e ocupava 1/3 da carga horária do curso. O objetivo era de que o futuro administrador entendesse o fenômeno organizacional. De modo geral, o curso centrava-se em uma base teórica sólida, com pouco espaço para a prática. (KISIL, 1994)

Os parâmetros dos PROASAs influenciaram os processos decisórios na área administrativa, política e de planejamento em saúde. A consulta aos manuais do PROASA era freqüente na busca de parâmetros e eixos que auxiliassem na construção de serviços de saúde.

Nos últimos anos, o modo de administrar os serviços de saúde tornou-se uma possibilidade concreta de construir uma nova forma de produzir mudanças. Segundo CAMPOS (1991), “(...) a adoção de um dado padrão de gerência de sistemas de saúde é um elemento tão essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como à sua

reforma radical” (CAMPOS, 1991: 34). Para o autor, a política é de grande importância na construção dessa nova prática, cuja gênese, na perspectiva de ampliar o modo de assistência e atenção em saúde, encontra-se na proposta da Reforma Sanitária e no repensar o Sistema de Saúde.

Apesar do tema administração de serviços de saúde ser matéria discutida nas escolas de Saúde Pública desde a década de 70, este é um assunto ainda ‘menino’ na área. Digo ‘menino’, se tomar a gestão pública democrática como horizonte, pois na verdade, em neste país, ainda não se consolidou outra forma de conduzir os estabelecimentos de saúde que não a baseada no modelo liberal norte-americano¹³.

É possível identificar características do modelo de Gestão predominante no mercado dentro dos serviços de saúde brasileiros. Nas décadas de 40 e 50, incorporaram-se conceitos de Administração Científica à saúde. Essas novidades foram trazidas pela Fundação SESP e pela Escola de Saúde Pública da USP. Mas, no entanto, elas serviram para reforçar ainda mais a estrutura hierarquizada e de baixa motilidade gerencial da Saúde Pública. (CAMPOS, 1991).

O exercício liberal da prestação de serviços e o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar, acompanhado da política de Estado de compra de serviços, resultaram no atraso do desenvolvimento de tecnologias administrativas para o setor público. De acordo com o mesmo autor, “não se desenvolveu, dentro deste modelo, uma teoria de gestão específica para serviços de saúde; simplesmente foram incorporadas algumas noções da chamada Escola Clássica”.(CAMPOS, 1990: 04).

O interesse de determinadas classes profissionais, da classe médica em particular, também contribuiu para a adaptação do modo de gestão típico do mercado ao setor público.

É necessário ressaltar que as organizações¹⁴ de saúde possuem especificidades no processo de trabalho, na clientela e no produto. São organizações caracterizadas pelo fato do poder decisório quanto à administração e distribuição de recursos centrar-se sobre

¹³ O modelo liberal de administração de serviços de saúde é uma proposta desenvolvida e aplicada em países como os EUA. No Brasil, a adaptação causou certas iatrogenias no serviço, como o excessivo peso dado a burocracia. Ver mais detalhes em CAMPOS, 1991.

¹⁴ Entendemos organização “(...) como um conjunto de pessoas e processos que tende a estabelecer relações e ações duráveis com vistas a objetivos que o orientem e além disso, que o perenizem.” (MOURA, 2003: 36)

uma parcela importante dos profissionais operacionais – médicos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros. Segundo MINTZBERG (1995), estas organizações formariam pirâmides invertidas ao concentrarem o poder na base da organização.

São inúmeros os autores que teorizam sobre a estrutura e a forma das organizações. MINTZBERG (1995) expressa sua visão de acordo com sete configurações. Conforme o jogo de combinações, essas configurações vão caracterizar os mais diferenciados tipos de organização. Dentro deste olhar – embora o autor destaque a convivência de todas as configurações em uma mesma organização –, no caso da saúde, o estudo das organizações dá forma a uma organização do tipo profissional.

As organizações do tipo profissional possuem profissionais altamente especializados na sua base operacional. A atividade desenvolvida tem alto grau de autonomia, garantindo, aí, o poder na base da organização. O controle e a coordenação das ações destes trabalhadores no interior dos hospitais torna-se, assim, bastante complexa. Neste sentido, os trabalhadores sofrem pouca ou nenhuma influência interna da administração quanto a seu modo de trabalho.

Segundo CECÍLIO (1999), os acordos entre os profissionais e o processo de trabalho, quase sempre com cunho privatizante, atravessam a gestão. Ou seja, diferentes interesses perpassam a gestão. Interesses estes que resistem a mudanças e fazem do poder o seu aliado. Assim, este autor afirma que, como forma de entender da vida organizacional em processos democráticos para a gestão, deve-se eleger o poder como tema central. Recomenda ainda que, nos hospitais, pela sua especificidade, a negociação necessariamente esteja presente. (CECÍLIO, 1999)

As organizações de saúde apresentam também uma área de apoio bem desenvolvida: são as atividades meio, realizadas por uma grande parcela dos profissionais da base operacional. Essas atividades são entendidas como sendo ações auxiliares e não parceiras. Este é um fator que interfere de forma contundente no atendimento ao usuário. Os profissionais da área meio que disputam espaço dentro da organização, de maneira sutil, utilizando-se da parcela de poder que detêm. Por exemplo, decisões sobre cortes nas solicitações de material, sem dúvida, às vezes significam excesso de burocracia e/ou falta de conhecimento da real necessidade do serviço, mas não é raro se consubstancializarem

num dos meios utilizados para medir forças com os profissionais da área fim. (ABRAHÃO, 2000)

As unidades de saúde têm objetivos que, na maioria das vezes, diferem dos objetivos dos profissionais nela alocados. Aliado à pulverização interna do poder, isso faz com que as metas a serem alcançadas pelas corporações profissionais se sobreponham às metas da organização. Esse mesmo estilo de exercício de poder, que dificulta o alcance dos objetivos institucionais, agrega os trabalhadores em torno de interesses corporativos. O fim último da organização costuma pulverizar-se, nem sempre prevalecendo a atenção ao usuário. Como destaca LEMOS (1994), os grupos de especialistas internos à organização tendem a abordar os problemas de saúde a partir da visão especializada que adquiriram ao longo de sua formação. Em função de suas especialidades, passam a ter verdadeiros sub-objetivos e buscam, dentro da unidade, exclusividade nos benefícios.

Embora o tema de Administração em Saúde tenha sido desenvolvido no Brasil desde a década de 70 pelas Escolas de Saúde Pública, a mesma preocupação não é vista em relação aos hospitais. Segundo FREIRE (2002), atualmente, dentro do campo da Saúde Coletiva, há três núcleos de investigação sobre hospital: a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, o PROAHSA na FGV de São Paulo e o LAPA da Unicamp. Os três núcleos, segundo a autora, têm, na eficiência do serviço, uma preocupação comum. Contudo, há muita fragmentação em torno da produção teórica desses núcleos, quer ela seja voltada para a gestão interna do hospital, quer tenha um olhar mais claro sobre a participação deste no sistema.

Embora seja possível perceber um certo consenso, na comunidade de investigadores em Hospital/Saúde Coletiva, sobre quais são as suas grandes linhas temáticas da área, porém por se tratar de um campo em construção, diferentes marcos de referência são usados para definição das categorias temáticas. Coexistem orientações que, ora privilegiam as áreas de classificação da Saúde Coletiva, ora a classificação da Administração Clássica, quando não uma mistura dessas” (FREIRE, 2002: 104)

A gestão nos hospitais concentra um importante foco, ou mesmo uma entrada, para se pensar a Gestão em Saúde. Pensar a Gestão em Saúde é pensar o processo de trabalho como produtor de algo. CAMPOS (1992) afirma que, na saúde, o consumidor, ou

seja, o usuário, busca ações de saúde – ações com valor inestimável, posto que permitem mantê-lo vivo, possibilitam a autonomia dele para viver. São ações com valor de uso.

(...) o valor de uso não é, pois, igual ou equivalente à necessidade social. O trabalho mira (objetiva) necessidades sociais, mas produz coisas com valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender a necessidades. Diferença sutil, mas importante.”
(CAMPOS, 2000: 49).

Segundo CAMPOS (1992; CAMPOS,1998), a autonomia relativa dos médicos e de outros profissionais de saúde poderia representar uma vantagem que assegura qualidade ao trabalho clínico. Para tanto, o autor critica as tentativas de se impor controle administrativo às equipes. Sugere ainda a instituição de modificações radicais no processo de trabalho, no sentido de definir claramente as responsabilidades de cada equipe por um conjunto de pacientes (equipes de referência).

CAMPOS (1997b) trabalha com os conceitos de núcleo e campo de responsabilidade para as equipes. Ele defende um processo de trabalho interdisciplinar que permita a superação da fragmentação originária da especialização burocrática. O núcleo indica a identidade profissional, o conjunto de saber e prática próprios da profissão. O campo se refere ao cumprimento dos objetivos negociados – uma ampliação situacional do núcleo¹⁵.

A idéia de campo e núcleo trazida por CAMPOS (1997b) é interessante para pensar a tensão entre o gerenciar e a atenção em saúde. Ambas são constitutivas do mesmo campo – a saúde –, mas possuem núcleos de saber distintos. E é sobre esta tensão que autores como MERHY (2002), CECÍLIO (1994), ONOCKO (2001a), e CAMPOS (2000b) têm trabalhado. Uma produção que guarda na prática dos serviços de saúde a sua principal fonte teórica.

Nesta perspectiva, os serviços de saúde são organizações que concentram essa tensão. Segundo MERHY (2000), “Nos serviços de saúde, o trabalho vivo em ato, produtor de bens finais, intervem permanentemente na dupla dimensão (dobra) da gestão: é ação

¹⁵ Sobre o relato da metodologia, ver artigo: Subjetividade e administração de pessoal: modos de gerenciar trabalho em equipe de saúde. (CAMPOS, 1997a)

sobre o processo de definição micropolítico da política e é ação operadora da produção de bens.” (MERHY, 2000: 140)

Além de operar sobre esta dobra, a gestão em saúde tem como desafios: superar o modelo tradicional centrado em aspectos financeiros e de administração de material; desenvolver linhas teóricas que consigam um olhar diferenciado para as especificidades nesse campo; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial.

A reforma do modelo de gestão para a área pública deveria pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação. Para CAMPOS (1992), o modo de gerenciar a saúde deve considerar o Sistema Único de Saúde (SUS) como fator estratégico à reforma sanitária, desde que o entendamos como instrumento de exercício de poder democrático. Neste sentido, poder-se-ia utilizá-lo como estímulo à criatividade com o objetivo de formar sujeitos que transformem a realidade atual, garantindo o acesso à saúde e às tecnologias que auxiliam a humanidade a ter uma vida mais saudável.

A adoção e a avaliação deste ou daquele modelo administrativo vai depender muito do uso e dos interesses dos grupos que estejam dominando o setor em cada momento.

O processo mecânico e burocrático de gestão dificulta mudanças. Grande parte do corpo de diretores está apenas preocupado em adaptar métodos e modos de trabalho tradicionais. O que o SUS carece hoje ultrapassa o limite adaptativo, entra no campo da reforma, da invenção e inclui um caminhar tenso pela micropolítica.

1.4-BUSCANDO O SENTIDO MAQUÍNICO¹⁶ NO TRABALHO EM SAÚDE

É muito comum, hoje, lermos sobre a crise do mundo produtivo. Porém, ao nos debruçar sobre o tema, percebe-se o seu grau de dificuldade. As possibilidades e os arranjos que vão se agenciando pela incorporação tecnológica, facilitada pela flexibilidade de organizar o modo de produzir serviços e produtos, causam um grande impacto no modo como o trabalho se organiza.

¹⁶ Maquínico não é tomado como algo mecânico, um sistema fechado, mas como em GUATTARI e ROLNIK (1999), considerado em sua evolução histórica, capaz de engendrar novos arranjos entre outras máquinas, permitindo o aparecimento de novas linhas de potencialidades ou a eliminação de linhas. Nunca funcionam isoladamente, e sim por agregação ou agenciamento.

As atuais mudanças do cenário mundial e as novas tendências que se apresentam para o mercado de trabalho apontam para uma crise, comprometendo a organização do trabalho e caracterizando uma mudança do paradigma produtivo. Esse ponto de transição revela a saturação na estrutura internacional, tornando a relação capital e trabalho flexível, principalmente com relação à política trabalhista, onde a relação empregador/empregado passa a ter pouca regulação do Estado. A ênfase se dá na qualidade e não mais se baseia na política salarial rígida. (DELUIZ, 1995)

A nova base de organização do mercado se caracteriza por ser uma relação volátil. Novos conceitos administrativos são delineados baseando-se, principalmente, em uma maior aproximação dos níveis hierárquicos no interior das empresas. É o oposto da administração normativa tradicional. A busca, agora, é por uma organização eficiente e produtiva, cujo pano de fundo é dado pela competitividade entre as áreas. Este é um requisito básico para a modernização das organizações públicas e privadas em função das mudanças no contexto global da economia mundial.

Atender ao cliente em suas necessidades e qualidade do produto são linguagens usadas e alvos a serem alcançados pelas empresas. Com isso, o controle de qualidade é realizado durante o processo de trabalho, exigindo uma flexibilização na estrutura das organizações. Para a lógica atual do mercado, flexibilizar significa produzir com maior agilidade dentro do espírito de eficácia e eficiência, ampliar o campo de negociação entre empregador e empregado e descentralizar as estruturas internas das organizações. (MÉDICI e SILVA, 1993)

Os avanços tecnológicos, principalmente na área da informática, possibilitam uma articulação mais ágil das informações, flexibilizando as relações e o processo de trabalho nas diversas áreas do mercado. Outras inovações se apresentam no cenário, influenciando o mercado e caracterizando a administração flexível, não apenas como resultado de mudanças no campo econômico e social, mas também do ambiente cultural e tecnológico das organizações. A flexibilização é, portanto, uma exigência do capitalismo atual.

A demanda por mais agilidade no processo de trabalho, descentralização e autonomia dos empregados, aos poucos, vem crescendo no Brasil de forma perversa. A terceirização é fortemente marcada nesta nova estrutura, sendo traduzida pela

racionalização das empresas, pela degradação das relações trabalhistas, pela ausência de políticas que viabilizem a capacitação dos empregados, e por uma expansão das relações de trabalho sem vínculo empregatício. (DELUIZ, 1993)

O impacto nos vários segmentos da sociedade demanda uma nova forma de reorganizar e reorientar o processo de trabalho em todos os níveis de produção. O novo perfil para o trabalhador na lógica tecnológica deve ser centrado no domínio das ações que este venha a exercer, na habilidade em assumir relações interpessoais e na capacidade de diagnóstico. A crise na relação trabalho-capital exige do trabalhador uma nova roupagem centrada nas ações e no conhecimento do processo de trabalho que desempenha (DELUIZ, 1994). Na nova organização, o processo de trabalho agora demanda uma base educacional geral – com ênfase na autonomia e no conhecimento cultural. O processo educacional deve ser polivalente.

Por outro lado, uma das formas de caracterizar o trabalho, desenvolvida a partir das idéias de Taylor e mantida no cenário atual, divide o processo de produção em concepção e execução. Atualmente, o capitalismo, por sua dimensão volátil, reproduz esta lógica – não apenas por trás do muro das fábricas –, mas esquadrinha o planeta. Geograficamente divide o processo de produção sob a égide mercadológica que classifica e separa os continentes e países em blocos ou países de criação/concepção e de execução. Estes últimos estão localizados na periferia do mercado globalizado. Concebendo a idéia do fim do trabalho.

Para não cair na armadilha da falsa idéia de que o trabalho está acabando, é fundamental compreender alguns dos elementos presentes nessa tensa relação que é atravessada pelo novo modo de produção do capital. A compreensão sobre o processo de trabalho em saúde é um grande aliado da gestão – não sob o foco da forma, mas no modo de como se opera a produção em saúde. MERHY (2002) traz para a cena elementos importantes desse começo de século que ajuda a entender as mudanças no mundo do trabalho na saúde. Nestes primeiros anos do século XXI, as alterações que são tecidas pelo modo de produção capitalista marcam a nossa sociedade e o campo da saúde. Segundo MERHY (2002), um modo prisioneiro das inovações tecnológicas imprime mudanças no perfil da qualificação dos trabalhadores, na força de trabalho e nos processos de troca. São

mudanças que alteram crucialmente a composição da força de trabalho. São novas tecnologias produzindo novos produtos, ou uma maneira diferente de produzir os antigos.

A presença dessa lógica no setor de saúde pode ser exemplificada pela Atenção Gerenciada (A.G.)¹⁷. Segundo MERHY (1999a), a A.G. opera no centro da ação médica – no procedimento –, microcontrolando os atos de saúde. São estratégias, inclusive algumas de Saúde Coletiva, que se concentram sobre as tecnologias leves e duras¹⁸. De modo geral, a A.G. opera no campo das tensões, estabelecendo novos trânsitos para os atos em saúde. A A.G. encontra na tensão existente entre a autonomia do ato de saúde e o controle desses atos um território de governo de um dado modelo tecno-assistencial. Esse território é traduzido na figura do administrador que, com base na racionalidade econômico-administrativa, toma decisões sobre os atos de saúde. O ato de saúde deixa de ser centrado na clínica e é deslocado por razões econômicas. A linha de gestão se modifica, passando a ser ocupada por um administrador.

(...) a produção de novas linhas de poder partindo-se da ação sobre certos lugares potências, constitutivos do território do agir em saúde, operando em última instância no fabricar cotidiano dos modelos de atenção, desmontando a lógica centrada nos procedimentos médicos.
(MERHY, 1999a: 311)

Melhor do que enunciar o desmontar da lógica do trabalho em saúde, operando sobre as tensões; seria dizer que a reanimação do capitalismo se dá sob o signo de estar sempre pronto a juntar um axioma, a mais, à máquina. Seu funcionamento, enquanto formação social, é paradoxal porque ele se constitui, historicamente, sobre o drama de outras sociedades que o alimentam: a existência e a realidade de fluxos descodificados que ele toma para si. Esta é a sua positividade: constituir-se sobre o negativo dessas sociedades. Isto possibilita que hoje o percebamos como universal.

O capitalismo nasce sob a conjunção de fluxos descodificados e desterritorializados que, advindos de processos muito diferentes, encontraram-se, por exemplo, no declínio do feudalismo. A descodificação do fluxo de trabalhadores se dá sob a

¹⁷ O relatório de pesquisa sobre Atenção Gerenciada de Emerson Elias Merhy é bastante esclarecedor sobre o tema no Brasil.

¹⁸ Tecnologias Dura, Levedura e Leve são conceitos de MERHY (1999^a), que operam no processo de trabalho em saúde. Tecnologia leve é aquela que emprega o saber pessoal no fazer, na levedura, o fazer opera sobre um saber normatizado e estruturado; e, na dura, ele opera sobre os aparelhos, sobre os equipamentos.

forma de expropriação/desterritorialização dos servos e pequenos agricultores quando transformados em livres possuidores da sua força de trabalho. A descodificação do dinheiro para formar o capital advém das formas iniciais do capital comercial e bancário. Daí provém a relação que DELEUZE e GUATTARI (2000) faz entre capitalismo (no que se refere ao econômico) e esquizofrenia (no que se refere ao seu processo), afirmando que ambos não se configuram numa forma concreta e não param de fazer passar, interceptar e concentrar fluxos descodificados. Os autores, todavia, chama a atenção para uma diferença de funcionamento destes processos demonstrando que a esquizofrenia vai mais longe no processo de descodificação e desterritorialização.

O capitalismo funciona sobre uma conjunção de fluxos, mas com a condição de os introduzir, ao mesmo tempo, num novo tipo de máquina: uma máquina não mais de código – que não suporta a reprodução infinita e opera sobre os fluxos num sistema indireto de relação onde é o código que opera a qualificação dos fluxos –, mas uma máquina axiomática,¹⁹ onde não há relação indireta entre os fluxos qualificados pelo código e a qualificação deriva das relações diferenciadas entre os fluxos.

A máquina axiomática inventada pelo capitalismo contemporâneo marca seu funcionamento primordialmente (mas não exclusivamente) no plano molecular. Neste sentido, podemos entender que seu alvo principal não seriam as classes e suas representações, mas sim o que DELEUZE e GUATTARI (1996) denominam de massa e suas linhas de diferenciação com relação ao segmento molar.

A noção de massa, proposta por eles, é definida como fluxo mutante que se desloca sem cessar, buscando escapar da captura e/ou daquilo que lhe capturou, desmanchando segmentações duras através da formação de um *quanta* – signos ou grau de desterritorialização no fluxo descodificado –, que pode levar a outros modos de subjetivação.

Um campo social não pára de ser animado por uma espécie de movimento de descodificação e desterritorialização que afeta massas segundo velocidades e andamentos diferentes. Não são contradições, mas fugas. Tudo é problema de massa nesse nível." (DELEUZE e GUATTARI, 1996: 99)

¹⁹ A axiomática é um processo de operação da finitude que trabalha sobre uma matéria infinita.

A idéia de indissociabilidade e coexistência dessas duas ordens de segmentos (molar e molecular), fala do funcionamento de uma máquina abstrata que pode operar por sobre-codificação (reprodução, oposição e ressonância) e/ou como mutação (linhas de fuga, emissão de novos quanta). Além disso, sinaliza, também, seus perigos, pois, dependendo dos agenciamentos que produza, pode estar operando ou o tracejar de outros mapas operadores de mudanças de estados intensivos ou o endurecimento dos processos sociais, da fascinação e da transformação das linhas de fuga em linhas de destruição.

O processo de trabalho em saúde opera sobre o trabalho vivo centrado. A Tecnologia é compreendida por MERHY (2002) como sendo o conjunto de saberes que são construídos para a produção de produtos singulares e serve até mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos.

(...) Identificando que o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em saúde, é o lugar central da transição tecnológica do setor saúde, e portanto o território em disputa pelas várias forças interessadas nesse processo.” (MERHY, 2002: 37)

O campo da saúde é repleto de dobras e reentrâncias, possibilitando inúmeros agenciamentos produtores de forças heterogêneas que se conjugam em fluxos com potência para operar mudanças. Segundo PIRES (1996), apesar do trabalho assistencial se manter compartimentalizado, o estudo feito pela autora indica a possibilidade de trabalho cooperativo entre os profissionais da área fim. Ademais, o uso da tecnologia de ponta aumentou o rendimento, permitindo a ampliação dos serviços oferecidos e a oferta de procedimentos menos invasivos.

Além desses benefícios, a incorporação de equipamentos no processo de trabalho em saúde pode ser entendida como um movimento onde há disputas:

(...) fica evidente que as análises sobre as transições tecnológicas em saúde e as possibilidades de operar reestruturações produtivas devem, analiticamente, procurar entender de modo articulado o lugar que o núcleo das tecnologias leves ocupam e seu modo de operar os processos produtivos, bem como os tipos de disputas que os modelos em competição impõem neste território, e a composição das caixas de ferramentas utilizadas (MERHY, 2002: 65)

Quer operando sobre o território das tecnologias leves e/ou leves-duras que compõe o ato de cuidar, a dinâmica da micropolítica engendra diferentes traçados que, como na A.G. podem ser capturados, ou podem desenhar rotas de fuga capazes de resignificar o modo de cuidar e gerenciar em saúde – como propõe o Método da Roda, são construídos novos padrões de subjetividade.

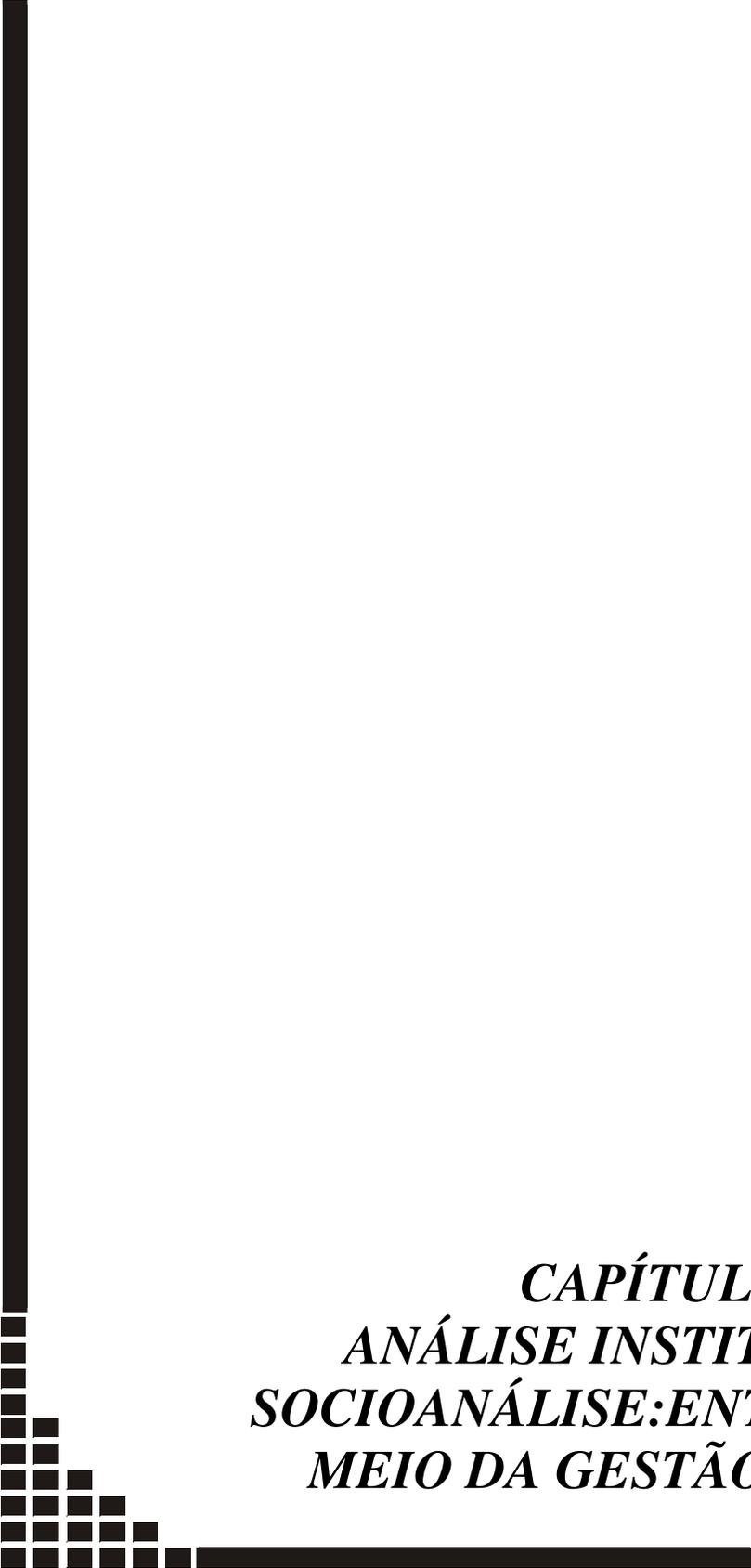
O Método da Roda, proposto por CAMPOS (2000a) em sua tese de livre docência, visa a co-gestão; objetiva a formação de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram. O método opera em três eixos: no estabelecimento de contratos e compromissos a partir da singularização do sujeito ou de um grupo; no fator diacrítico – fator que atua na constituição de compromisso entre o desejo e o interesse do sujeito ou grupo e as necessidades sociais – e no caráter pedagógico, ou fator paidéia – com potência pedagógica e terapêutica na produção de novas subjetividades e na ampliação da capacidade de análise de sujeitos e/ou coletivos.

A metodologia inova, criando a função do apoiador para as equipes e contrapondo-a ao papel do supervisor. Enfim, é um método com potência para promover a produção de subjetividades fora dos padrões dominantes e capaz de ampliar a capacidade de análise e intervenção de sujeitos e/ou coletivos²⁰.

Ao operar na direção contrária da A.G. e de outros processos de aprisionamento do trabalho produzido em saúde, o Método da Roda recria a criação no trabalho. Contudo, há outras entradas com o mesmo objetivo; entradas essas que abrem a possibilidade de análise do trabalho em saúde – como o estudo de JORGE (2002), que explora a micropolítica da gestão no espaço hospitalar; e a proposta de MERHY e CECILIO (2002) sobre a linha do cuidado²¹.

²⁰ Sobre a Metodologia do Método da Roda, ver Um método para Análise e co-gestão de coletivos (CAMPOS, 2000).

²¹ Este estudo, em andamento, dos autores citados, tem sido tema de discussão no Laboratório de Administração Hospitalar (LAGHOS).



***CAPÍTULO 2-
ANÁLISE INSTITUCIONAL,
SOCIOANÁLISE: ENTRANDO PELO
MEIO DA GESTÃO EM SAÚDE***

A partir da leitura de conceitos da Socioanálise e da Análise Institucional, procurarei identificar um caminho possível na produção de conhecimento para a gestão em saúde. Não se trata de simplesmente aplicar os conceitos das duas áreas de saber ao estudo da Saúde Coletiva, distanciando-os de sua origem histórica. Mas, de encontrar, segundo CANGUILHEM (), “conceitos transespecíficos”, ou seja, conceitos que ainda que nascidos em uma região particular do saber, podem ser retrabalhados “fora de suas regiões originais” e após terem passado por transformações indispensáveis, estes conceitos podem fazer esclarecimentos sobre a realidade de outras “regiões”, mas com a condição de, a cada emprego, terem sua compreensão e extensão determinadas. (CANGUILHEM,)

2.1-A CERCA DA SUBJETIVIDADE E DE SUA PRODUÇÃO

Pensar subjetividade é pensar a idéia de vida, pulsação, respiração, emoção – sentidos expressos no toque, no olhar, no cheiro característico do estar vivo, de ser vivo. A vida é fonte de potência, tensão. O vivo busca o crescimento, a expansão, e como resultado surge a dor. A dor aparece como uma reação da busca pela vida – uma vida de muitos conceitos e de vários formatos. O que é a vida? A vida é bonita, diz o poeta Gonzaguinha. A gestão acontece na vida, na luta em defesa da vida. E é isso.

Processos de subjetivação envolvem indivíduos e sociedade. Podemos dizer que são forças que estabelecem relações com outras forças e com ela mesma. Para CARDOSO Jr. (2002), processos de subjetivação são moradas que não estão totalmente expostas, mas não se fecham totalmente. DELEUZE, segundo o mesmo autor, denominou processos de subjetivação de “ser-si”, aqueles que tornam possível a sua relação consigo mesmo. Diz DELEUZE que a subjetivação é uma “dobra do lado de fora”.

Esta “dobra do lado de fora” – a subjetivação – “(...) define-se pelos encontros de corpos. O corpo é o ponto de partida.” (CARDOSO Jr., 2002: 189). Então, a vida não seria a arte do encontro, como nos diz um outro poeta Vinicius de Moraes? Encontro de corpos que produzem processos de subjetivação, forças em relação?

Aqui marcamos a diferença entre subjetividade e subjetivação. Como já vimos, subjetivação é o contato com o “de fora”. O contato da dobra do si com as forças cósmicas. A subjetividade surge no interior da dobra, como núcleos que são produzidos pela desaceleração do processo de subjetivação. (CARDOSO Jr., 2002)

O processo de subjetivação é como a “pororoca”: tem grande efeito; é forte. Esse fenômeno ocorrido no encontro das águas de alguns rios é produtor de um espaço que se forma na contramão da correnteza. É uma dobra no próprio rio.

Os encontros estão na vida. Segundo BENEVIDES: “(...) todo vivo está sempre efetuando encontros ” (BENEVIDES, 1994: 139). Estes podem ser positivos e aumentarem a potência. Mas, podem, também, ser negativos e desfazerem a dobra. Neste último caso, corre-se o risco de se perder todo o processo de subjetivação.

Essa discussão nos leva a pensar o sujeito. DELEUZE nos oferece um caminho bastante interessante para pensar este conceito²²: “O sujeito se define por e como um movimento, movimento de desenvolver-se a si mesmo.” (DELEUZE, 2001: 93). O sujeito desenvolve-se. Para DELEUZE (2001) é no conteúdo deste movimento que se pode encontrar a idéia de subjetividade.

Em Nietzsche, a genealogia do sujeito é entendida a partir de um processo de produção intrínseca, porém, complementar, de subjetividade. A vontade, a Consciência e o Sujeito do Conhecimento são noções distintas e ao mesmo tempo conectada. (BALEN, 1999)

A idéia de sujeito é uma idéia nascida da modernidade. A crítica de Nietzsche dirige-se à idéia cartesiana do sujeito enquanto consciência, enquanto unidade, enquanto origem e fundamento da moral e da verdade no mundo. Nietzsche faz a crítica da “essência lógica” da subjetividade, que constitui a base do pensamento de Descartes e Kant. (BALEN, 1999: 18)

A vontade culmina quando surge entre o interior e o exterior uma tensão potente o bastante para uma produção de subjetividade que prime pela autonomia em relação à vida. Vontade é uma noção complexa que envolve o querer, o sentir e o pensar; envolve, sobretudo, afeto – um afeto como o resultado de algo.

Segundo MOSÉ (1996), a Consciência traz como base, segundo a autora, o fruto da crença na vontade interiorizada: é a mediação entre o interno e o externo. Tornar consciente é trazer a força da vida, emergir o fluxo da comunicação. “Só se torna

²² Apesar desse momento ser inicial da construção do que virá a ser o conceito de sujeito formulado por DELEUZE e GUATTARI. Considero este importante para pensar a Gestão em Saúde.

consciente aquilo que pode ser convertido em códigos; a multiplicidade das forças permanece inconsciente.” (MOSE, 1996: 242)

A potência resultante da multiplicidade afirma o homem, instaura e reinstaura movimentos de plasticidade, de provisoriedade e de pluralidade do vivo – presentifica a vida no corpo do homem.

Destaco, aqui, a noção de vontade encontrada no conceito de sujeito de Nietzsche, segundo MOSE (1996). Vontade como algo resultante da tensão entre o interior e o exterior que envolve o sentir, o pensar e o afeto. Se pudermos nos aproximar desse conceito de tal forma, poderemos dizer que a vontade está presente no vivo, isto é, uma reação de quem vive.

A relação entre o externo e o interno implica no pensar a relação como um processo produtor que afirma a possibilidade de existência de outras maneiras de conhecer e, portanto, a de estabelecer relações com o interior e o exterior. Diferentes modos de conceber e interpretar a realidade são produzidos. Múltiplos fluxos.

Os múltiplos fluxos heterogêneos configuram um movimento intenso e diferentes articulações onde circula a subjetividade.

Multiplicidade e não múltiplo. Falar em múltiplo é falar também em Um. Mas falar em multiplicidade é dizer de suas relações com a unidade ou de sua não relação. Multiplicidade não significa “vários uns”, mas variabilidade. Não a variação do Um, mas o variar-se. (CARVALHO, 2002: 05)

Falar em fluxos das multiplicidades de encontros que compõe o sujeito é também pensar que estes encontros se dão a partir do corpo. PASCHE²³ nos lembra que Freud, ao falar sobre as causas do sofrimento, revela que no ser humano uma das fontes de aflição é o “(...) próprio corpo, não perene e tendente a decrepitude, a abandonar o ser.” (PASCHE, 2002: 142)

Corpo esse que é cuidado e que requer cuidado. Para CAMPOS (2000b), o conceito de sujeito fundamenta-se como uma produção que se dá em planos. Planos mais internos e mais externos ao sujeito. Dimensões interna e externa ao sujeito das quais emergem regiões. Há que se destacar a noção de constante fluxo de produção; de

²³ FREUD, apud PASCHE, D.F. *Gestão e Subjetividade em Saúde*, 2003 (Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas)

articulações onde uma incide sobre a outra, mas onde o sujeito permanece com relativo grau de autonomia e produzindo singularidades. Ele nem anula, nem é anulado pelo plano, nem é independente dos planos. É um tenso processo particular, singular e universal. O universal é mais externo; diz respeito ao plano dos valores, da moral, das Instituições. O particular é o plano interno ao sujeito, da produção de desejos. E a região singular é o espaço de mediação entre o particular e o universal; local de síntese e, segundo CAMPOS (2000b), plano de formação de compromisso.

DELEUZE (2001) fala em movimento duplo – um duplo movimento que define o sujeito. Só é sujeito o que se movimenta desenvolvendo a si mesmo. Ao se movimentar, o sujeito se ultrapassa, muda de posição e ao se ultrapassar se reflete, dobra-se sobre si mesmo, refletindo. O ultrapassar e o refletir são movimentos do sujeito. “Entre as qualidades sensíveis e os poderes da natureza inferimos uma conexão, conexão que não é conhecida.” (DELEUZE, 2001: 93)

O movimento de ultrapassar o que é dado configura o dobrar-se. Segundo CAMPOS:

O dentro nunca será impermeável ao fora. E o dentro nunca escapará ao contato com os múltiplos foras. As coisas e as pessoas estão em relação permanente, mesmo quando o projeto institucional tiver orientação nitidamente voltada para a reprodução. (Campos, 2000b: 106)

É possível crer e inventar, pressupor poderes abstratos e secretos. DELEUZE destaca que, quando o sujeito supõe poderes e presume, está sendo normativo. O ser humano cria normas e regras em geral. As regras e as normas são criadas, inventadas pelo sujeito. É o sujeito que ultrapassa o dado. Ultrapassar o dado é característica do sujeito. DELEUZE (2001) fala da subjetividade como algo próprio da natureza humana. Na gestão, na prática, há inúmeros sujeitos que se ultrapassam, refletem-se a si mesmos. Há, portanto, um fluxo contínuo de crenças e invenções que são sentidas.

A idéia da gestão como algo em movimento que se revela a partir do duplo movimento do sujeito, e é, portanto, recortada por fluxos e por normas, revela-se com uma potente fonte para pensar os diferentes problemas que emergem no campo da Gestão em Saúde. Dobrando-se sobre si mesma, a gestão possibilita invenções.

Ao se refletir e se ultrapassar, o sujeito-movimento ultrapassa a sua parcialidade, instaura regras e torna possível o acordo entre os sujeitos. Mas, sobre o que na natureza humana torna isso possível? Essa indagação importante, também feita por DELEUZE (2001), é passível de ser estendida para o campo da gestão em saúde. Para o campo da gestão em saúde não simplesmente porque o estudo toma como objeto esse campo, mas para associar mais alguns elementos na compreensão do que se move aí.

Cada homem espera conservar o que possui. Essa é uma afirmação contundente que é construída a partir da expectativa e do hábito, do direito à propriedade. A expectativa é a síntese do passado e do presente operada pelo hábito, pelo costume. Vejamos: “O efeito do costume é esse, o de não nos familiarizar somente com aquilo tudo que desfrutamos durante longo tempo, mas ainda o de engendrar uma disposição em favor disso e de nos levar a preferi-lo do que a outros objetos talvez mais estimáveis, porém menos conhecidos por nós.” (DELEUZE, 2001: 104)

Na gestão, a capacidade e a disposição de engendrar novos arranjos sobre o mesmo objeto pode operar na lógica da conservação do que se possui. Esta é uma propriedade da subjetividade, onde a tendência de manter o costume passa a idéia habitual a outro objeto.

A subjetividade movimenta-se na vida, engendra múltiplos fluxos de crenças e invenções, habitua e promove costumes. É um processo onde forças se compõem vertiginosamente, sendo o sujeito seu segredo. É nele que há a criação, a transformação da prática e do modo de vida.

2.2-A GESTÃO E A MICROPOLÍTICA

O conceito de micropolítica foi criado por Felix Guattari e Gilles Deleuze. Situa-se em um contexto social e é o estudo das linhas²⁴ de segmentarização (duras, flexíveis e de fuga) que atravessam indivíduos e grupos. As linhas estão sempre imbricadas umas nas outras, são imanentes, ou seja, o processo que as constitui é de co-produção e acoplamento. Nelas são as conexões que definem os termos. Não há algo de fora que as

²⁴ A criação do termo linhas, por Deleuze e Guattari, visa desmontar a idéia de um ponto de partida, de uma origem e de um ponto de chegada. As linhas são os elementos constitutivos das coisas e dos acontecimentos.

organize, não há transcendências ou *a-priori*. Elas existem tanto no plano molar/macro quanto no plano molecular/micro e são entre si de natureza bem diversa.

A micropolítica se situaria no cruzamento entre diferentes modos de apreensão de uma problemática. Destes, GUATTARI (1992) utiliza-se de dois principais: o molar e o molecular. No entanto, embora estes dois processos sejam os mais utilizados, isto não significa que não existam outros processos de subjetivação. Muito pelo contrário, há inúmeros processos que articulam a produção de subjetividades.

Neste sentido, a gestão em saúde assemelha-se a um plano de produção com possibilidades para acoplamentos (negociações), com fluxos percorrendo-a e com uma intensa produção subjetiva.

O plano molar seria o plano da segmentaridade dura, do visível, dos processos constituídos. Nela encontramos a predominância de linhas duras como a família, a classe social, as Instituições, etc. Essas linhas são subordinadas a um ponto de referência que lhes dá sentido e implicam dispositivos de poder diversos que sobrecodificam os agenciamentos em grandes conjuntos, identidades, individualidades, sujeitos e objetos. Este plano comporia o que Deleuze e Guattari chamam de um sistema arborescente, o qual que se caracteriza por desdobramentos e derivações a partir de uma referência primeira e funciona por reprodução.

O plano molecular, por sua vez, refere-se ao plano da formalização do desejo – do invisível – onde não se tem unidade, mas intensidades. Nele temos a predominância das linhas flexíveis e das linhas de fuga. Essas linhas formariam um sistema de rizomas²⁵ – “(...) dá pra falar, sem dúvida, de uma modelização, ou de uma produção de subjetividade completamente alienada.” (GUATTARI, 1992: 34). As linhas flexíveis conformam os fluxos que buscam se desviar da sobrecodificação totalizadora das linhas duras. Já as linhas de fuga são abstratas e nos conectam com o desconhecido, operando aberturas para um campo de multiplicidades.

²⁵ Rizoma, termo original da Botânica que retrata uma raiz, cujas células, embora tenham membranas, são unidades biológicas por possuírem núcleos ao redor dos quais se dá a troca metabólica. O que circula em seu interior, circula em todas as direções. O Rizoma encontra-se na superfície e no subsolo.

Segundo os autores, o bloqueio nestes processos de transformação no campo subjetivo pode nos tornar alienados. A garantia de não cairmos na alienação e de que nossos processos de singularização não sejam padronizados está na preservação da nossa autonomia – “(...) acredito que há um nível nos grupos autônomos (nível molar) em que eles são envolvidos por circunscrições, entram em relações de força que lhes dão uma figura de identidade”. (GUATTARI, 1992: 45)

Aqui podemos relacionar a questão da autonomia à sua importância para os serviços de saúde. O trabalhador de saúde é autogestor. O profissional, em especial o médico, opera com ampla autonomia sobre seu processo de trabalho. No caso da saúde, de um modo geral, é necessário um tipo de gerência que não bloqueie os fluxos de subjetivação pois o trabalho meramente mecânico tende à não promoção da saúde. Já foi relatado a presença de “(...) pessoas obrigadas a realizar um trabalho mecânico e que somente será cumprido à custa ou de vigilância controladora ou de estímulos econômicos no estilo pagamento por produtividade. Nunca se garantirá atenção de qualidade exclusivamente a partir destes instrumentos de gestão”. (CAMPOS, 2000a: 20)

Ao analisarmos a afirmativa de CAMPOS (2000) acerca do trabalho em saúde e a de GUATTARI (1992) acerca da autonomia como autenticidade dos processos de singularização, reconhecemos que a autonomia dos trabalhadores de saúde é necessária, já que lidar com a saúde é lidar com algo inesperado. O trabalhador de saúde necessita de criatividade e um alto grau de autonomia para improvisar, ter iniciativa e poder exercer um trabalho resolutivo. Pensar o conceito de micropolítica acoplado à gestão em saúde é perceber que estes são conceitos intrínsecos da nossa prática – somos os seus agentes diretos.

Os fluxos de subjetivação conformam um sistema de rizomas. Neste, qualquer ponto pode ser conectado com qualquer outro; não há princípio nem fim e o que existe é o meio que cresce e transborda. Tudo é local. A conexão se faz de qualquer ponto e é sempre heterogênea. O rizoma é o modo de funcionamento da multiplicidade e não cessa de conectar cadeias semióticas, organizações de poder e processos que remetem a diferentes campos – dentre eles os das lutas sociais. O rizoma, através das linhas que o compõem, vai desenhando mapas que se montam na experimentação do real. Ele é aberto, desmontável e conectável em todas as direções. Procede por variação, expansão, conquista e captura. Ele

compreende linhas de segmentaridade sobre as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, atribuído. Contudo, também comporta linhas de desterritorialização pelas quais foge sem parar.

Estas linhas heterogêneas em conexão, em ligação, formam agenciamentos. Num agenciamento coexistem dois movimentos: o que fixa e o que leva o desejo em seus estados de coisas e seus enunciados. Nele não se encontram objetos, mas estados maquínicos e agenciamentos coletivos de enunciação trabalhando ao mesmo tempo com toda uma micropolítica do campo social sobre fluxos semióticos, materiais e sociais.

Vemos, então, que não se trata de estabelecer hierarquias entre as linhas, nem mesmo tomá-las em oposição, já que cada agenciamento é composto de múltiplas direções e linhas que se atravessam produzindo infinitos encontros.

Caminhos díspares cruzam a todo instante o plano da gestão em saúde. O fluxo contínuo de processo de subjetivação em que a invenção e a crença estão presentes compõe a paisagem. Aproximar-se desse território – um terreno caótico²⁶ em intensa produção – requer algo que possa ao penetrar entre as moléculas da gestão, analisar seus fluxos. É preciso entender parte do como se produz Gestão.

GUATTARI (1986) propõe a Esquizoanálise com o objetivo de criar uma ciência onde a heterogeneidade seja marcada, não com cadeias semiológicas passíveis de interpretação, mas como mutação.

(...) o procedimento esquizoanalítico nunca se limitará a uma interpretação de “dados”, ele irá se interessar, muito mais fundamentalmente, pelo “doante”, pelos agenciamentos que promovem a concatenação de afetos de sentidos e efeitos pragmáticos. (Guattari, 1986: 50)

A Esquizoanálise possibilita a decifração das pragmáticas de modelização em diversos territórios. Podemos dizer que a subjetividade presente no espaço da gestão, cria pela sua heterogeneidade, passagens transversais entre as Instituições presentes na gestão. Máquinas abstratas, que ao possibilitarem que a decifração se dê a partir dos agenciamentos de enunciação que são forjados neste processo, permitem novas leituras. Segundo

²⁶ O termo caótico é empregado no sentido de reconhecer que o plano da gestão possui um arranjo aparente de desordem. Nele, os fluxos se chocam, rompendo-se em linhas de direções distintas.

DELEUZE: “Um enunciado representa sempre uma emissão de singularidades, de pontos singulares que se distribuem num espaço correspondente”. (DELEUZE, 1987: 22)

Letras dispostas lado a lado não são enunciados. Quando passamos a organizá-las sobre um determinado eixo, passamos a formar o enunciado das letras do alfabeto. Assim, o enunciado conserva a letra no seu espaço, mas só até o seu tempo se esgotar ou haver reconstituição, (novas palavras e frases). O enunciado movimenta-se e é agenciado formando novas leituras.

Não, mas resta dúvida, que a gestão, espaço ou o acontecimento é problemático²⁷. Nele ocorrem agenciamentos de diferentes ordens. GUATTARI (1987) ao mesmo tempo em que nos chama a atenção para a potência dos agenciamentos como analisador²⁸, nos indica que estes não são pré-estabelecidos.

Os constantes agenciamentos analisadores que ocorrem e que se encontram em intercessão entre domínios heterogêneos sofrem questionamentos, produzindo efeitos de *feedbacks*. Produzem *splitting*, mobilizam e desalinham no seu efeito positivo. Quando conduzem ao equilíbrio dos agenciamentos, são negativos (GUATTARI, 1986). Isso ocorre pela característica de não produzirem singularidades, apenas proporcionam a manutenção dos agenciamentos reequilibrando o processo de subjetivação. A idéia é provocar movimento, verdadeiras ondas de subjetivação, desalinhando e promovendo uma nova concatenação de afetos e objetivos. “(...) A subjetividade esquizoanálítica instaura-se na intersecção de fluxos de signos, fluxos e maquínicos, no cruzamento de fatos e sentido, de fatos materiais e, sociais sobretudo, de suas transformações resultantes de suas diferentes modalidades de agenciamento”. (GUATTARI, 1986: 51)

Os novos agenciamentos não estão mais centrados na oralidade, na palavra, na fala. Há agenciamentos ocorrendo nos fluxos informáticos de vinculação mediática. Eles percorrem os planos levados por canais maquínicos.

²⁷ Problemático aqui sugere que, estruturalmente, o plano da gestão comporta diversos problemas; comporta encontros com resultados produtores de outros problemas. Como no PES, os problemas não totalmente resolvidos, mas transformados.

²⁸ O termo analisador foi utilizado pela primeira vez por Félix Guattari na década de 60 e recuperado mais tarde por Lourau e Lapassade. Retorno esse conceito mais adiante.

Para DELEUZE e GUATTARI (1999) só há a existência de um único plano de produção. Nele acontecem os agenciamentos. Os fluxos são percorridos e ocorrem várias conexões entre as máquinas moleculares. É, dessa forma, um plano de produção com Superfície de Registro-Controle e de Consumo. Para BAREMBLITT (1998), a superfície de registro-controle “(...) só aceita aquilo que pode incorporar sem se transformar radicalmente.” (BAREMBLITT, 1998: 53). Ele coloca o que é produzido e produz a serviço da reprodução. A superfície de consumo escapa ao controle e se manifesta na invenção, na revolução. Ambas são superfícies imanentes entre si.

O plano de produção se aproxima do Rizoma. Para DELEUZE e GUATTARI (1999), o Plano de Produção engendra agenciamentos, provocando várias conexões de máquinas. Para BAREMBLITT (1998), é a “Esquizofrenia como característica essencial desse processo de produção caótico que caracteriza a Superfície de Produção”. (BAREMBLITT, 1998: 53)

A Esquizoanálise agrega o sentido de caos da esquizofrenia, não em seu sentido de enfermidade, mas sim no sentido heterogêneo. É bastante interessante pensar a gestão no sentido heterogêneo com que os corpos encontram-se e como os sujeitos estabelecem compromissos.

2.3-INSTITUIÇÃO: O CONCEITO EM LOURAU

O conceito de Instituição cunhado por Castoriadis foi trabalhado por vários autores. Uma das contribuições mais importantes foi a de René Lourau em sua tese intitulada “*L’Analyse institutionnelle*”. CASTORIADIS (2000), apoiando-se na construção teórica do marxismo, toma o conceito e o articula à sociedade – à vida social. Esse autor imprime um caráter dialético à sua análise. No confronto permanente entre instituído e instituinte, a institucionalização aparece como resultado. Aqui podemos dizer que CASTORIADIS (2000) passa a introduzir a idéia de movimento. É a própria sociedade que vai se modificando.

O francês René Lourau retoma a dialética de Hegel e articula os três momentos do conceito de instituição. Em LOURAU (1996), o conceito de Instituição, problemático e equivocado, é entendido em sua polissemia. O equívoco de Instituição está

em designar – sucessiva ou simultaneamente – o Instituído e o Instituinte como que compoem uma contradição que evoca o equilíbrio.

Instituição não é um conceito descritivo; não designa coisas passíveis de serem vistas, sólidas, concretas. Como tenho dito, trata-se de um conceito produzido por (e para) análises coletivas (LOURAU, 1993: 61)

Ao considerarmos que o estabelecimento hospital é um complexo que reúne diferentes coletividades, tomamos a definição de Instituição no entendimento dialético apreendido por este autor. LOURAU decompõe o conceito em três momentos: Universal, Particular e Singular.

O momento Universal é a unidade positiva do conceito. Encontra-se no plano abstrato e está associado à verdade. Entretanto, por ser universal, a tese não é total ou totalitária, mas corresponde ao nível tópico, à estrutura do conceito, ao instituído.

O momento da particularidade nega o Universal, mas não totalmente. Não o destrói por completo. Naquele ainda permanece certo grau da verdade incorporada do momento precedente. Esse é o espaço da antítese e representa o nível dinâmico. A verdade Universal é questionada na sua particularidade. O instituinte questiona o instituído no instante da antítese.

A singularidade é o momento de mediação entre universal e particular para a entrada do indivíduo. É o nível morfológico. É o instante da síntese – podendo esta ser positiva ou negativa. É o espaço de Institucionalização, o acontecimento entre a forma social e a síntese, dando a forma na perspectiva da fenomenologia. Em outros termos, é o momento do ato em si, o instante do acontecimento, o aqui e agora.

LOURAU (1996) chega à conclusão de que a Instituição é um processo contínuo de contradição. É um conceito em devir²⁹ permanente na história, apresentando contradições e “forças de autodissolução”³⁰.

²⁹ Termo empregado por Deleuze e Guattari relativo à economia do desejo. Traz a ideia de afetos circulantes, independentemente do fato de que possam ser ou não centrados em pessoas.

³⁰ Como forças de autodissolução, entendemos os elementos que produzem e são produzidos pela tensão entre os fluxos presentes no interior das Instituições.

Ao utilizarmos o conceito de LOURAU para entendermos a Gestão em Saúde em ato, podemos compreendê-la como uma Instituição. Ou seja, ela é atravessada por forças de autodissolução em permanente contradição. O ato de gerenciar mobiliza inúmeras forças. Estas forças se revelam equilibradas em alguns momentos e, em outros, completamente desajustadas. A princípio tendemos a achar que gerenciar é buscar sempre o consenso dessas forças. Aqui postulamos que o movimento se dá ao contrário. Gerenciar é analisar as forças e entender o processo de produção das mesmas, buscando conhecer os modos de operar os conflitos.

No movimento da gestão há várias instituições em ato, como, por exemplo, a Instituição Profissional. Tal instituição, originada principalmente das categorias profissionais apóia-se com muita força nos profissionais de nível universitário. Aporta discussões que, ao mesmo tempo, dizem respeito à conduta profissional fora do espaço hospitalar (Conselhos Profissionais), e têm efeito no processo de trabalho em saúde. Conflitos internos e mobilização permanente das questões instituídas da Instituição Profissional atravessam e provocam mudanças na estrutura e na conjuntura da organização e de outras Instituições.

O Universal pode ser encarado como o passado onde cada Instituição forja e consolida suas verdades. O universal para a Instituição Profissional é o código de ética e de deontologia: afirmações que permitem a prática protegida do profissional e que garante a defesa dos direitos e o cumprimento dos deveres. Tal conceito instituído recorta a organização de saúde atravessando o espaço organizacional de forma a percorrer o estrutural das outras Instituições.

Pensar a gestão em saúde recortada e composta por Instituições, nos instiga a pensar ações sociais produtoras de modos de funcionamento. O passado fazendo parte do presente é como a lei universal da composição de Instituição forjada por LOURAU (1996). Pretendemos alimentar a discussão de que o conceito de Instituição em três momentos e em constante movimento dialético é relevante para a compreensão do cotidiano da gestão que se desenvolve também de forma dialética.

Os vários momentos universais, singulares e particulares de cada Instituição que compõem a gestão em saúde, perfazem uma rede de trama transversal com seus fluxos e forças sendo atravessados no tempo processual. Chamaremos de tempo processual o

espaço de articulação dos agenciamentos formados no interior da relação gerencial. Portanto, a cada relação haverá um tempo processual distinto, podendo haver no mesmo instante (tempo cronológico), diferentes tempos processuais.

Dessa forma, o processo operado no cotidiano gerencial ocorre no plano de fluxos e forças originadas da trama das diferentes Instituições, com a possibilidade de incorporação das subjetividades em construção durante os agenciamentos.

Para AUTHIER e HESS (1994), o conceito dialético aplicado por LOURAU (1996) na dinâmica do instituído/instituinte foi importante nos fins dos anos 60 do século passado. Entretanto, os autores destacam duas críticas que colocam os conceitos de instituinte/instituído em cheque. A primeira, de cunho marxista, levanta duas questões:

“Como articular instituinte e instituído na luta de classes?”; “Há concordância entre instituinte e o proletariado?”.

A segunda, nascida dos institucionalistas de Vincennes, relaciona-se a um fato ocorrido com Lapassade. Este autor entra em choque com a comunidade universitária ao propor um novo diploma. Ele então passa a se perguntar: “[como] o instituído vincenense se opunha ao instituinte. [Então,] Pode o instituinte ser de direita? Essa era uma das perguntas que os institucionalistas se faziam. Atualmente, avaliamos que a conceituação do instituinte estava impregnada de sentido ideológico. Tinha-se a equivocada idéia de que o instituinte é aquilo que nós fazemos e o instituído é o que defendem “nossos inimigos”. (AUTHIER e HESS, 1994)

AUTHIER e HESS (1994), defendem que, para se sair desse impasse, é preciso considerar o momento de fundação da instituição. A partir daí, o instituinte será o que questiona a instituição sobre a verdade que a fundou e o instituído é o que desenvolve uma lógica de falsificação, de simulação e de retorno às bases fundadoras da instituição (AUTHIER e HESS, 1994: 43). O instituído é, então, a força da instituição que se faz o máximo para falsificar todos os enunciados de verdade com o objetivo de evitar a sua dissolução.

No entanto, RODRIGUES (1993) nos chama a atenção para o conceito de instituição, pois “(...) parece que as contradições e o trabalho negativo não garantem o conceito apropriações mais, ou menos oportunistas” (RODRIGUES, 1993: 897). Segundo a

autora, há o risco da “tríade dialética” resultar em um novo instituído. Ela analisa duas correntes – a socioanálise e esquizoanálise – a partir de entendimentos errôneos sobre instituição-ação e instituição-estabelecimento.

A Socioanálise e a Esquizoanálise podem ser incluídas no “marxismo ocidental” como análises críticas do capitalismo. Logo, alguns conceitos básicos serão os mesmos para as duas correntes, “(...) por mais que os referenciais filosóficos de base sejam distintos.” (RODRIGUES, 1993: 899)

Para a esquizoanálise de DELEUZE e GUATTARI (1999), grupos, estabelecimentos e organizações são pontas de um processo maior. O conceito de instituição é entendido como uma totalidade e, portanto, deve ser desconstruído. “Criando dispositivos de enunciação, visa-se menos instaurar situações coletivas para “tudo dizer” (...) do que à abertura de mínimas consistências capazes de acolher níveis crescentes de non-sense (...)” (RODRIGUES, 1993: 900).

O conceito de instituição para os socioanalistas se dá em três momentos. E sobre esses três momentos que há uma tentativa de incluir no universalismo das estruturas o particularismo de subjetividades. O campo de intervenção para a Socioanálise é o estabelecimento (base material da instituição) e, o campo de análise são as instituições. (RODRIGUES, 1993)

Além das diferenças conceituais apontadas acima, as ações de ambas as correntes também encontram diferenças. Segundo a mesma autora, as ações da Socioanálise tendem à totalização. Aí, o intelectual está implicado, ou seja, é atravessado pelas relações com as instituições. Já as ações da esquizoanálise são fragmentárias e nômades. O intelectual é conector e, na busca pelo incremento do coeficiente de transversalidade, ele é atravessado por grupos e organizações.

Percebemos que, quando o assunto é a instituição, há estilos diferentes, roupagens distintas. RODRIGUES et alli (2000) discutem o hibridismo que marca a produção da Análise Institucional no Brasil. Essa marcação é representada pela socioanálise francesa e pela produção latino-americana sobre grupos.

2.4-O DIÁRIO NA PERSPECTIVA DA SOCIOANÁLISE

Podemos “guardar” essa primeira linha: a gestão como um elemento precioso, um único plano atravessado por Instituições em tempos processuais distintos. Mas, conforme perfaz a trama, ela precisa ser registrada. Escolhi a observação associada ao diário de campo. Uma observação participante – método utilizado nos estudos antropológicos – como forma de abordagem que supõe a intersubjetividade na relação sujeito-objeto de pesquisa. As observações diretas do campo de investigação não se limitam a um roteiro específico, mas correspondem às variadas inserções do pesquisador no campo. Nesta perspectiva, o principal instrumento adotado é o diário de campo, onde são registradas as informações relativas a todas as experiências e relações estabelecidas pelo pesquisador. “(...) *Observação* como forma complementar de captação da realidade empírica.” (MINAYO, 1993: 135)

Porém utilizo a observação segundo a antropologia, e o diário, segundo a Análise Institucional francesa. L’ ABBATE (2003) aponta a Análise Institucional como tendo uma grande potencialidade para as pesquisas e intervenções na Saúde Coletiva. Por intervenções, a autora considera as análises das práticas no interior das organizações de saúde – objetivando a transformação desses espaços espera-se que aí “(...) as perspectivas do sujeito, da subjetividade e da autonomia sejam respeitados e até promovidos, desde que tais processos estejam, eles mesmos, postos ‘em análise’ ” (L’ABBATE, 2003: 270). Neste sentido o trabalho de CAMPOS (2000a) sobre gestão em saúde, ressaltando as dimensões analítica e pedagógica na construção de um novo modelo para os serviços de saúde, é um exemplo.

É importante demarcar a diferença que os institucionalistas franceses fazem entre Análise Institucional e Socioanálise. A intervenção é o método pelo qual um grupo de analistas, sob demanda de uma organização social, institui nesta organização um processo coletivo de auto-análise”. Esta foi a definição de Georges Lapassade em 1967. Herdeira da psicossociologia, esta definição é retomada pela Análise Institucional, que a partir de então passa a elaborar seus próprios conceitos. (HESS e SAVOYE, 1993)

O termo Socioanálise foi utilizado pela primeira vez em 1932 por J. Moreno, na Psicoterapia de grupo e no Psicodrama. Mais tarde, na década de 50, também foi empregado durante um trabalho em uma empresa por um psicanalista inglês – Elliott

Jaques – com o objetivo de construir uma distância analítica entre as pessoas e a sua prática. Ele trabalhava meio período, o que lhe permitia um olhar diferenciado das pessoas que trabalhavam na empresa.

Em 1962, durante um encontro que reuniu os psicossociólogos franceses G. Lapassade, de Alexandre Lhotellier e Bernard This, foi produzido um texto chamado de “Les stages de formation psychosociologique”. Nesse texto, estes autores descreveram a gênese da Socioanálise. Porém, é em parceria com René Lourau, a partir de trabalhos de intervenção entre os anos de 1965 e 1967 que a especificidade do trabalho socianalítico e a intervenção socianalítica são aprofundados. É lançando o livro *L'Analyse institutionnelle*. Além dele, *Les clefs pour la sociologie* e *Les analystes de l'Église: analyse institutionnelle en milieu chrétien* são obras que estruturam o campo da socioanálise. (HESS e SAVOYE, 1993)

O diário é um dos recursos usados na intervenção. O ato de escrever pode ser o passaporte que nos leva em direção à compreensão do mundo, à reflexão sobre a vida. O traço que é escrito em uma folha de papel atravessa o tempo, circula no imaginário, é lido e permite releituras. Muitas das vezes, é na releitura que encontramos algo que nos escapou da primeira vez, mas que é profundamente interessante e inovador. Escrever é ditar códigos que são decodificados por outros. A cada escrita corresponde um código em uma escala que se inicia de uma escrita mais íntima para uma mais pública.

Segundo HESS e SAVOYE (1988), há vários tipos de escritas, a começar pelo diário íntimo. Neste escrevemos as nossas primeiras confidências, os primeiros e mais íntimos relatos. Um segundo estágio é o da correspondência. Ela é estabelecida entre duas pessoas, mas ainda no plano íntimo. Atualmente a escrita eletrônica toma esse lugar. Através do e-mail, podemos escrever um texto para um determinado grupo de amigos, ou podemos estendê-lo para um número maior de pessoas, ou ainda chegar ao texto que é editorado, editado e que tem ampla circulação.

Em seu livro “*Le journal de recherche*”, LOURAU (1988) afirma que qualquer tipo de diário comporta uma dimensão sociológica importante. Através do diário, o escritor não apenas anota, mas expressa por meio da escrita as diversas dimensões que entram em contato com ele. “Diário Íntimo não significa um texto autobiográfico, aut centrado. Mais

do que a intimidade do narrador, ele expressa a intimidade das coisas, das relações sociais e suas inquietações – é o que revela a escrita.” (tradução livre da autora – LOURAU, 1988: 16)³¹

A abordagem íntima presente no diário, quando utilizada na ciência ou na prática científica faz do diário, um dos suportes mais flexíveis para uma nova escrita que exige a análise das implicações do pesquisador, do observador, do auxiliar de pesquisa, do professor, do terapeuta e, porque não, de outros profissionais³².(tradução livre da autora – LOURAU, 1988: 24)

HESS e SAVOYE (1988) defendem o uso do diário como algo elaborado progressivamente na construção do sujeito e do objeto. Que seja um trabalho que abranja o imaginário e o real; uma forma de analisar as relações individuais, organizacionais e institucionais. Para este autor, o diário consiste em uma descrição diária, organizada ao redor do que foi vivido, e que inclui o não contar tudo minuciosamente, mas os fatos – diferentes situações experimentadas ao longo do tempo.

O uso do diário “íntimo”, ou dar ao diário a abordagem íntima, é um recurso que concentra grande potência para a análise de dimensões subjetivas, para as quais só o “olhar”, o “observar” é insuficiente. “A abordagem do diário não é um fenômeno secundário. Ele exprime a dinâmica de toda discussão centrada no que se passa durante o ato da pesquisa entendido como prática social eminentemente questionadora”³³. (tradução livre da autora – LOURAU, 1988, 25)

O diário acumula informações, suscita questões, mas é um modo de escrever não acadêmico e pode ser desconsiderado enquanto elemento metodológico. Porém, “A prática e a relativa difusão do diário prova que a intenção íntima não deixa de ter relação

³¹ Intimiste ne signifie donc pas seulement ou toujours narcissique, autoréférentiel, autobiographique. Tout autant que l’intimité du narrateur, c’est l’intimité des choses, des rapports sociaux, leur “inquiétante étrangeté”, que révèle l’écriture diaristique. (LOURAU, 1988: 16)

³² “La tendance au débordement intimiste du diarisme à intention “scientifique” ou pratiqué par des “scientifiques” fait du journal l’un des supports les plus souples pour l’écriture nouvelle qu’exige l’analyse des implications du chercheur, de l’observateur, du chercheur-praticien, du formateur, du thérapeute et, pourquoi pas, de bien d’autres professionnels.” (LOURAU, 1988: 24)

³³ “Le débordement diaristique-intimiste n’est pas un phénomène secondaire. Il exprime la dynamique de toute description centrée sur ce qui se passe dans l’acte de recherche entendu comme pratique sociale éminemment questionnante, problématique.” (LOURAU, 1988: 25)

com a perda da legitimidade do discurso científico: sua implosão epistemológica talvez possa ser comparada com as primeiras explosões atômicas dos anos 40”³⁴ (tradução livre da autora – LOURAU, 1988: 25)

Com essa preocupação, Hess propõe o **Diário Institucional** em 1976. Esta proposta emergiu quando o autor ministrava uma disciplina para profissionais com uma grande experiência prática. Eram alunos que estavam distantes da academia e que, portanto, apresentavam dificuldades para se aproximar da escrita que era solicitada ao final do curso. Era uma maneira do profissional há muito afastado da academia entrar no mundo da escrita e da elaboração teórica. A idéia de solicitar aos alunos que escrevessem sobre seu cotidiano, sobre a relação estabelecida com o seu trabalho, ao mesmo tempo em que visava a compreensão deles em relação ao mundo ao qual estavam inseridos. O diário institucional é um diário individual de um ator em um estabelecimento que o ajuda a clarear sua relação com o trabalho. É uma síntese entre a corrente psicossociológica e a sociologia das histórias de vida. (HESS e SAVOYE, 1988)

As análises das situações complexas e conflituosas ficam mais claras quando escritas. HESS e SAVOYE (1988) aponta que quando o diário passa a ser difundido internamente na organização, este se transforma em uma ferramenta de análise e de intervenção. O autor reconhece que o diário é uma análise interna unilateral e que pode ser suporte de um outro trabalho de análise reflexiva. A intenção deste autor ao propor o diário institucional passa pelo entendimento de que a escrita em um diário é, também, uma forma de análise das articulações das diferentes dimensões (individual, interindividual, grupal, organizacional e institucional).

Ao se propor a transformação do diário institucional em uma escrita pública, uma mudança de paradigma estaria sendo promovida?

³⁴ “La pratique et la relative diffusion du HT prouve que le débordement intimiste n’est pas sans rapport avec la perte de légitimité du discours scientifique: son implosion épistémologique actuelle a peut-être un lien avec les premières explosions atomiques des années 40.” (LOURAU, 1988: 25)

2.5-COMO COMPUS O DIÁRIO

Como num diário de bordo em que se anota as situações ocorridas durante o período, eu escrevia sempre que chegava em casa. Era o momento em que os fatos se organizavam. Tratava-se não de contar, ou de relatar o acontecido, mas de anotar, a cada dia, aquilo que chamava mais a minha atenção: os fatos marcantes estavam em torno da vivência do estabelecimento e das instituições presentes no espaço em questão.

Não pretendo fazer uma apresentação do diário na íntegra. Para usá-lo como ferramenta de análise, precisei fazer uma reescrita. Passar o diário manuscrito para a linguagem digital fez com que repetições fossem suprimidas. Resumi algumas frases e suprimi detalhes que permitissem a identificação dos profissionais, resguardando o anonimato.

2.6-PRODUZINDO UM TERRITÓRIO DE PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Saúde Coletiva é um termo empregado somente no Brasil que surge na década de 70 como um campo de conhecimento interdisciplinar. Esse campo é formado por diferentes organizações de assistência, de pesquisa e de ensino em saúde. (CARVALHO, Sergio, 2002)

Como campo científico, esse território permite a produção de saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde, a partir das disciplinas que lhe dão sustentação – epidemiologia, planejamento/administração de saúde e ciências sociais em saúde. Esse corpo teórico representa um conjunto de práticas com severas críticas ao modelo de saúde pública institucionalizado nos chamados países centrais. (PAIM E ALMEIDA FILHO, 2000)

As investigações em Saúde Coletiva têm se apresentando sob duas grandes correntes. Segundo MERHY (2002), a primeira delas incorpora a relação entre o sujeito e o objeto como mais um componente qualitativo objetivável fundamental ao estudo. A segunda revela uma nítida separação entre o sujeito do conhecimento e do objeto, seguindo a orientação investigativa. Essa separação entre sujeito e objeto traz fortemente a noção de

neutralidade do pesquisador, sendo o seu principal exemplo a pesquisa que segue a corrente positivista.

A defesa do pesquisador fora do campo de investigação e a noção de neutralidade são fortemente encontradas na orientação que coloca o sujeito e o objeto em um campo neutro. A noção de campo defendida por Lewin – autor da psicologia – ganha uma nova forma quando associada à proposta de pesquisa-ação. Segundo BENEVIDES e PASSOS (2002), isso ocorre quando Lewin destaca que o pesquisador é recolhido no seu campo de investigação. “Aí é a questão da objetividade do pesquisador que é destacada como não mais podendo se colocar ‘fora’ do campo investigado. O campo incluía tanto o pesquisador quanto o objeto pesquisado”. (BENEVIDES e PASSOS, 2002:06)

Incluir pesquisador e objeto no mesmo campo é uma característica da pesquisa-ação. Entretanto, apesar de reconhecer que o pesquisador está incluído no campo que investiga e que sua ação modifica o objeto de estudo, essa metodologia trabalha na lógica pela busca da ordem. Na polaridade ordem/desordem mantém-se a idéia de que o “pensamento” pode ser agarrado por meio de entrevistas e questionários. A lógica que embala a reflexão de compreender o objeto como algo a ser apreendido é garantia. (BENEVIDES e PASSOS, 2002)

Destacamos aqui que o pesquisador pode olhar para o objeto a ser estudado ora com a lente da neutralidade positivista, ora com a lente da apreensão. Ambas têm no objeto algo a ser conhecido e no sujeito, aquele que detém o conhecimento. Apesar de ambicionar a produção de conhecimento e reivindicar para si um estatuto epistemológico, este estudo não encontra referência em nenhum dos dois caminhos metodológicos anunciados anteriormente.

Durante a minha qualificação, ter ouvido a palavra implicada, engajada, levou-me a entender o real sentido desse estudo. Ele nascia da minha implicação, pois me interrogava como o próprio sujeito que se investiga e ao mesmo tempo é investigado.

Pesquisas em que a situação a ser estudada passa a si mesma em análise não têm encontrado uma ressonância positiva na validação da produção do conhecimento. Contudo, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, a produção de estudos que revela a implicação do pesquisador tem produzido

experiências interessantes. De acordo com MERHY (2002), neste tipo de estudo o pesquisador está “(...) tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo estes processos.” (MERHY, 2002: 08). Trabalhos como o de Alzira Jorge, Fernando Chacra e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, entre outros, são exemplos de estudos que buscam a lógica da análise das implicações do pesquisador.

“(...) análise das implicações, posto que implicado sempre se está. Aquilo para o que as correntes institucionalistas chamam a atenção é a necessidade da análise das implicações com as instituições em jogo numa determinada situação. A recusa da neutralidade do analista/pesquisador procura” (BENEVIDES e PASSOS, 2002: 10)

Neste sentido, o presente estudo se assenta na pesquisa como um sistema que busca romper com a neutralidade do pesquisador em seu campo de pesquisa.

Assim, o diálogo público entre as implicações da autora e a teoria ganham espaço central neste estudo: “(...) o cotidiano é o lugar onde há permanentemente as mútuas invasões dos dois mundos entre si. E, portanto, onde se produz os ‘estranhamentos’, os ‘ruídos’, as ‘falhas’ do mundo com sentido no instituído, e cheio de significados (...)”. (MERHY, 2002: 10)

O sentido é questionado e a construção do conhecimento ocorre sem interrupções entre a teoria e a prática. Sujeito e objeto em um mesmo processo se revezam. “Não há mais aqui sujeito e objeto, mas processos de subjetivação, criação de planos que ao mesmo tempo criam sujeitos/objetos” (BENEVIDES e PASSOS, 2002: 11). É como dobrar e se dobrar em meio ao constante processo de produção de subjetividades.

2.7-O CAMPO DE PESQUISA E AS DOBRAS DA GESTÃO

Quando entendi o que me interessava investigar, comecei a imaginar um local para o meu estudo. Tinha claro o meu objetivo: a partir de uma discussão crítica com as teorias administrativas, pretendia introduzir uma perspectiva de análise das micropolíticas (produção de subjetividades) no campo da gerência em saúde. Comecei a pensar em

possibilidades de estabelecimentos, estruturas, contextos, enfim lugares em que eu poderia evidenciar a produção de subjetividade na gestão em saúde.

A idéia de me aproximar da estrutura gerencial no Rio de Janeiro parecia bem sedutora. Fui explorar a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ) por se tratar de uma estrutura política gerencial que possibilitaria inúmeros contextos analíticos. O Município do Rio de Janeiro possui uma concentração significativa de estabelecimentos de atenção à saúde tanto terciários quanto quaternários – e com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) Imaginei que a SES-RJ seria um *locus* rico de produção de subjetividades, de atravessamentos e múltiplos fluxos para pensar a gestão em saúde.

Ao entrar em contato com a realidade da SES-RJ, em pouco tempo percebi que, apesar dela ser um território rico para a discussão de produção de subjetividade na gestão, neste espaço os atravessamentos são muitos e a territorialização, com certeza, significaria uma grande dificuldade para a análise. Senti que estaria apostando muitas fichas em um jogo de cartas marcadas. À época, a primeira aproximação, através do Sub-Secretário de Saúde e dos técnicos e assessores do planejamento, não enunciou um campo que me possibilitasse uma pesquisa de doutorado. O tempo para a aproximação e entendimento com as diversas matizes políticas, linhas e fluxos que envolvem a SES-RJ consumiriam mais da metade do período que havia reservado para o campo. Como diria MATUS (1993), os meus recursos enquanto “ator social” eram poucos e limitados. Escolhi a prudência e voltei a buscar novas possibilidades de campo de pesquisa.

Gastão sugeriu Campinas, ou melhor, estabelecimentos em Campinas. Gostei da idéia. Já estava ficando desanimada.

A prefeitura de Campinas acabava de ser assumida pelo Partido dos Trabalhadores e muitas coisas estavam mudando. Pela segunda vez à frente da Secretaria de Saúde estava Gastão Wagner de Sousa Campos, com idéias ousadas e novas propostas para os serviços. A secretaria de Campinas tem uma história de avanços bastante significativos em se tratando de propostas no campo da atenção e da gerência em saúde. Ela congrega um conjunto de profissionais de saúde que se não estão totalmente abertos a propostas inovadoras, são, pelo menos, capazes de desenvolver e operar mudanças.

A escolha dos estabelecimentos se deu por um conjunto de fatores favoráveis. O primeiro deles foi a facilidade de contato com os profissionais dos serviços. Facilidade esta promovida pela convivência no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. O segundo fator diz respeito à experiência de gestão ou aos modos de gerenciar inovadores na área da saúde. Apesar desse ser um tema importante, neste estudo ele se coloca como um tema periférico, já que o que se pretende estudar não se encontra na análise de modelos, e sim na produção de subjetividades na gestão. Um terceiro ponto favorável relaciona-se às discussões de orientação. A partir das observações do campo de pesquisa, as questões levantadas aproximavam-se da realidade do meu orientador, ou seja, estaríamos, mesmo que indiretamente, tocando em questões pertinentes à gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Afora todos estes itens positivos, Campinas está em gestão plena do sistema, logo, a gerência dos hospitais estaria sob responsabilidade do gestor municipal.

Por último, não posso negar um fator igualmente importante: manter o campo em Campinas me possibilitaria acompanhar de perto a construção do PAIDÉIA que indica a formação integral do Ser Humano. A gestão tem a capacidade de alterar padrões de subjetividade, com potencial para criar dependência ou ampliar a capacidade de análise. Este último é denominado de fator PAIDÉIA.(Campos, 2000b). Apesar de estar participando do grupo de Gestão e Subjetividade coordenado pelo Gastão, com a participação de profissionais da rede e os apoiadores denominação do método da Roda dada aos profissionais que operam nos grupos. Estes profissionais assumem, nas equipes de trabalho, a perspectiva de não supervisionar, mas adotam uma postura pedagógica, gerencial e analítica com as equipes, a experiência me seduzia. Escolhemos dois estabelecimentos: um de saúde mental e outro de assistência terciária – ambos integradas ao SUS. Ter o gestor municipal como orientador, envolve duas situações. Embora a entrada nos estabelecimentos pesquisados seja facilitada por um ator que evoca um projeto claro para o Município, ela poderia significar um certo incômodo aos profissionais dos estabelecimentos. Corremos o risco. Arriscar é parte da vida. Felizmente, os incômodos percebidos não se traduziram em grades ruídos que impedissem ou inviabilizassem a pesquisa. Pelo contrário, a recepção e o acolhimento nos dois estabelecimentos possibilitou a conclusão do campo com grande

prazer. Aprendi bastante durante o tempo que passei junto aos profissionais e usuários dos dois serviços.

Com a proposta de pesquisa escrita e a assinatura do Gastão, telefonei para as pessoas indicadas nos dois lugares. Como tive contato com saúde mental durante a graduação, seduzia-me a idéia de entrar em contato com essa área. Logo fui telefonar para o estabelecimento que chamo de 1. A secretária atendeu e passou em seguida para o superintendente. Uma voz forte se apresentou e marcamos o primeiro encontro para o dia seguinte.

No estabelecimento 2 encontrei, de início, uma certa dificuldade. Nas vezes em que conseguia completar a ligação, a diretora não estava. Alguns telefonemas depois, marquei o primeiro encontro³⁵.

2.7.1-Estabelecimento 1

“Só o nome da casa metia medo: o Hospício! É assim como uma sepultura em vida, um semi-enterramento do espírito, da razão condutora (...) Antes uma boa morte, diziam.”

(Lima Barreto, Triste fim de Policarpo Quaresma)

Até meados da década de 20, na ausência de uma política de assistência pública, a prestação de cuidados ao doente no Brasil era em grande parte oferecida por iniciativa individual ou por grupos de pessoas (filantropos), em sua maioria, ligadas à religião. As Santas Casas de Misericórdia e o próprio Hospital Dr. Cândido Ferreira são exemplos dessa iniciativa que conta com a arrecadação mensal de sócios efetivos.

“Para darmos uma pequena idéia do quão grande é a necessidade de se construir o Hospício, basta dizer que existe atualmente na Cadea Pública 11 dementes e que nestes últimos três anos, lá faleceram 11 infelizes atcados das faculdades mentais.” (Jornal Comércio de Campinas, “Hospício de Dementes”, 17/04/1921)

³⁵ A narrativa das vivências em campo encontra-se no próximo capítulo.

Em agosto de 1999, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, completou 75 anos. Nascido como Hospício de Dementes de Campinas, ele carrega as marcas do tempo da exclusão e da filantropia. Essa marca, com a evolução do pensamento psiquiátrico e a Lei Paulo Delgado, vai, aos poucos, apagando-se, desfazendo-se, deixando-nos apenas sua lembrança. A marca da filantropia faz parte da história de assistência ao cidadão desse país.

A filantropia continua presente nas ações do hospital mas, com a intervenção municipal em 1990, o antigo Hospício de Dementes, estabeleceu um convênio de co-gestão com a Prefeitura de Campinas. Esse convênio possibilita o repasse de recursos financeiros para o hospital.

O serviço é referência no campo da saúde mental e, desde 1993, tornou-se também referência para a Organização Mundial de Saúde.

Localizado no distrito de Sousas, região afastada do centro da cidade de Campinas/SP, atualmente, o serviço além de manter a co-gestão com a Prefeitura, tem implantado, desde 1990, um modelo de gestão baseado em colegiado gestor. De um modo geral este modelo toma por base as seguintes diretrizes:

- a) horizontalização do organograma, com ênfase na gestão colegiada;
- b) reorganização das práticas profissionais, com a criação de unidades de produção com composição multiprofissional, em substituição aos tradicionais serviços de enfermagem, corpo clínico, etc. ;
- c) reorganização da assistência hospitalar, segundo o modelo de atenção centrado no acolhimento, no vínculo/responsabilização profissional e na participação do usuário com ações centradas no paciente. (CAMPOS, 1992 e 1998)

Ao longo desses anos, a experiência de Gestão Colegiada tem sido um dos principais pilares de sustentação do hospital. A prática democrática pode ser percebida na convocação de reuniões e na proposta de ampliação do colegiado para a participação do usuário. Acompanhando a prática democrática na gestão, o modelo de assistência é, como já mencionei, referência nacional no cuidado ao usuário em sofrimento psíquico. (ABRAHÃO, 1999)

Apesar de ser profundamente estimulante a perspectiva de me debruçar sobre uma experiência de dez anos, este não é um estudo sobre o modelo de gestão do Serviço Dr. Cândido Ferreira. Todavia, com certeza, um pouco dessa experiência e de sua marca irão surgir ao longo da pesquisa.

O serviço oferece diferentes cuidados. Com o objetivo de propiciar condições para o resgate da autonomia perdida ao longo dos anos de esquecimento e exclusão. O hospital oferece o programa de reabilitação. Esse programa é destinado a pessoas, na sua maioria idosa, com história de vida em manicômio em torno de 20 a 40 anos.

As oficinas de trabalho atendem a mais de 150 usuários. Nelas, o projeto terapêutico se conjuga à integração para o trabalho. Encontramos oficinas de papel reciclado, gráfica, culinária, vitrais, mosaico, marcenaria e agrícola. Conhecemos, ainda, a unidade de internação com 50 leitos para atenção à crise e o Hospital-Dia.

O Centro de Convivências é um espaço aberto para troca de experiências e vivências. São muitas as atividades, como a biblioteca organizada pelos usuários, um ateliê de artes e atividades que são oferecidas para a convivência dos usuários.

Em parceria com a Fundação Municipal para a Educação Comunitária de Campinas, o Serviço Cândido Ferreira mantém um Centro Cultural. As atividades aí oferecidas promovem a aproximação da comunidade com os usuários através de cursos diversos, exposições, etc. O Centro Cultural ultrapassa o espaço do Cândido e se insere no cotidiano do Distrito onde está localizado.

Neste mesmo movimento – o de inclusão social –, o Serviço constrói uma nova concepção de tratamento. Foram alugadas casas em bairros residenciais de Campinas. Os chamados “lares protegidos” consolidam a experiência de desospitalização para as pessoas que perderam o vínculo com a família e com o social.

A iniciativa de experimentarmos nos juntar para aumentar nossa compreensão sobre a dialética da exclusão, cidadãos inconformados com o processo ininterrupto de exclusão dos loucos, dos homossexuais, dos miseráveis, dos negros, dos não educados, dos chatos, dos neuróticos, dos drogados, dos etc. é resultado de uma pequena aliança que cria uma oportunidade para tentarmos recuperar valores em crise neste momento de ‘globalização’ tais como: verdade,

vontade, solidariedade, dignidade, liberdade, integridade, e outros 'ades'. Esperamos conseguir nos dedicar (...) a resgatar e revalorizar os sentidos desses valores.

(Willians Valentini, 1999 Superintendente do Serviço Dr. Cândido Ferreira)

2.7.2-Estabelecimento 2

O Hospital Municipal Dr. Mario Gatti (estabelecimento 2) presta serviço de saúde de referência para a atenção de urgência e emergência no Município de Campinas. É um grande hospital que atende não só a população de Campinas, mas também dos municípios vizinhos, oferecendo atendimento em quase todas as especialidades médicas.

A integração com a rede de serviços de saúde local se dá através da participação nos Conselhos de Saúde (distrital e municipal), nas comissões municipais e no ambulatório de especialidades. Nesse sentido, é um exemplo a ser seguido pelas demais unidades de saúde.

Seu serviço de radioterapia é referência para Campinas e municípios vizinhos, e seu banco de sangue, em parceria com a Unicamp, assegura tranquilidade ao atendimento no hospital. Destaca-se que os funcionários são todos contratados pela prefeitura, o que significa que não há, como na maioria dos hospitais públicos, serviços terceirizados, como lavanderia e higienização.

O serviço de residência médica em diversas especialidades é a consolidação da articulação ensino e serviço.

O hospital dispõe de 230 leitos, sendo estes distribuídos nas seguintes especialidades:

- 40 leitos para a clínica médica;
- 49 leitos para a clinica cirúrgica;
- 29 leitos para a pediatria;
- 32 leitos para a ortopedia;

- 24 leitos para a neurologia;
- 34 leitos para a retaguarda;
- 22 leitos de urgência.

Todos os leitos são destinados ao SUS e perfazem, mensalmente, um total de 814 autorizações de internação hospitalares (AIH/mês). A arrecadação mensal é de R\$ 573.243,06/mês. A taxa de ocupação em janeiro de 2001 era de 70% e foram realizadas 156 cirurgias de urgência e 177 eletivas no mesmo período e ano.

Com a nova prefeitura (assumida em 2001) veio, também, a nova direção com uma proposta de trabalho de Gestão Colegiada que, dentre outras ações, envolve a implantação das unidades de produção e a criação de gerentes por unidade, eliminando as chefias de enfermagem. É um modelo horizontalizado, bem semelhante ao implantado no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Enfim, é um modo de gerenciar descentralizado que pressupõe a participação dos profissionais. Como disse anteriormente, o estudo de modelos de gestão não é o foco deste estudo. Contudo, o modo de gerenciar produz subjetividades. Em momentos de mudança, não apenas se processam transformações operacionais como a ampliação de leitos, a reforma física de setores, etc., mas, também, a criação de processos de subjetivação.

A proposta do grupo diretor pode ser traduzida em quatro eixos:

- a relação dos vários serviços do hospital com os pacientes/familiares;
- a melhoria das condições de trabalho e satisfação profissional dos servidores;
- a otimização da capacidade instalada no atendimento das demandas do hospital do SUS – Campinas;
- o aumento da receita e a racionalização dos custos.

A partir dos eixos acima se pode perceber a associação do modelo gestão ao modelo assistencial; uma operação que não desconsidera os fluxos macropolíticos que acontecem no espaço micropolítico, da Gestão e da Assistência. É um caminho que segue no sentido de construir entendimentos a partir da livre comunicação entre os profissionais, os usuários e a direção. Espera-se que esse diálogo fosse ser fértil na definição de objetivos

e na priorização de ações que garantam solidariedade e participação na construção de novas práticas e modos de atenção em saúde.

2.8-O HOSPITAL COMO LUGAR PRIVILEGIADO DA GESTÃO EM SAÚDE

A Gestão em Saúde pode ser investigada de diferentes formas e em diferentes espaços. Pode-se estudar uma Secretaria de Saúde, uma Unidade Básica, reuniões do Conselho de Saúde e mil outros espaços. Também escolhi estudar a Gestão em Saúde no hospital porque reconheço nesse território um *locus* privilegiado na construção operacional da gestão em um sistema de saúde. Parto do princípio de que o hospital é um ambiente de concentração do modo de atenção em saúde, onde são operadas as diferentes tecnologias e estão presentes os mais distintos profissionais. Nele se desenvolve uma atividade humana que, respaldada pela sociedade, busca intervir nos momentos em que a saúde está debilitada. É, portanto, um espaço relevante para discutir a gestão e a subjetividade do movimento gerencial.

O hospital pode ser entendido e estudado como uma organização. Podemos entendê-lo como um conjunto de pessoas e processos, vê-lo como uma instituição, ou, ainda, como um estabelecimento. Por estabelecimento podemos denominar uma entidade jurídica, orientada por contrato social, endereço, objetivos claros, registro de contratos e, no qual, a administração opera na lógica da coordenação, organização e controle. (MOURA, 2003)

A corrente francesa da Análise Institucional e a Psicoterapia Institucional utilizam amplamente o conceito de Instituição e de Estabelecimento, bem como as diferenças entre eles. MOURA (2003) nos lembra que ambos os termos são empregados no Brasil enquanto sinônimos e, dificilmente, são usados em alusão a uma empresa privada. É comum nos referimos a uma organização pública como instituição ou estabelecimento. Já em relação a um serviço privado isso é incomum.

Podemos identificar o setor saúde como um conjunto de estabelecimentos. Temos o hospital dentre as entidades jurídicas. O hospital concentra práticas, Instituições e saberes em seu ambiente. Esses elementos são fundamentais em neste estudo, pois são eles que promovem o movimento da gestão em saúde.

O estabelecimento hospital está presente em cidades, vilas e povoados. Embora produza em qualquer sociedade o mesmo impacto e corporifique a experiência humana de viver a doença, o hospital abriga singularidades.

CARAPINHEIRO (1998) classifica os serviços presentes em um hospital em dois grandes blocos: um clínico e um cirúrgico, com as diversas especialidades. A partir do processo de trabalho exercido nestes blocos, constrói-se uma nítida separação entre eles que ocorre pelo processo de trabalho que é exercido. A separação, ou a disposição dos processos de trabalho no interior do hospital, não é apenas uma separação inspirada no trabalho, mas também no prestígio social.

A medicina exercida durante a Idade Média e, até antes, era uma prática voltada para a observação e a escuta dos ruídos do corpo. Essa técnica paciente de observação em algumas sociedades ganhava ares de grande vulto social – a clínica. Isso já não ocorria com a prática daqueles que eram chamados de barbeiros ou dentistas. Estes mantinham o hábito de abrir os corpos e explorar a cavidade humana, não recebendo o mesmo carinho que os clínicos da sociedade. A incorporação de tecnologia no processo de trabalho dos profissionais da medicina, o avanço da anestesia, e o conhecimento sobre anatomia humana passam a acumular para a área cirúrgica um prestígio antes conferido à clínica.

É comum gerentes e diretores queixarem-se da gestão na área cirúrgica. Nesta, o acúmulo de capital econômico dado pelo aporte de instrumentos e equipamentos e o alto valor social que se agrega ao uso de tecnologia dura, tornam o conflito ainda maior, ou mais complexo, que o verificado na área clínica.

2.9-A ESCOLHA

A escolha do hospital como local para a investigação não se deu aleatoriamente. Considerei que, desde a década de 70, o Brasil registra um crescimento no número de estabelecimentos de saúde – ofereçam estes ou não o serviço de internação. O hospital torna-se uma figura imponente na cena da saúde. Segundo os resultados da pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 2002, entre os anos de 1999 e 2002, houve um crescimento de 3,31% ao ano no quantitativo de estabelecimentos de saúde.

A pesquisa que investigou 71.621 estabelecimentos em todo país evidenciou que, entre os anos de 1976 e 2002, os estabelecimentos sem internação cresceram cerca de 7,09% ao ano. Este aumento é mais significativo no setor público que, sozinho representa 75,57% do total de estabelecimentos sem internação no território nacional. O fato desse incremento ter se dado principalmente na área pública pode significar a aposta em um modelo de atenção à saúde comprometido com a promoção e a prevenção.

O registro da participação do setor público não se dá somente nos estabelecimentos sem internação. Há também elevação no número de estabelecimentos com internação de responsabilidade pública. Segundo a AMS (2002), enquanto o setor privado vai registrando queda em 1992, o setor público detinha em torno de 28,4% dos estabelecimentos e, em 2002, o percentual chega a 35%. No ano de 1999, 66,6% do total dos estabelecimentos eram privados, enquanto que em 1992 este percentual era mais alto, 71,5%.

É possível que pensemos que o aumento no número de estabelecimentos gerado pelo setor público se deu pela retração do setor privado. Contudo, segundo a AMS, há um investimento concreto da área pública nesse sentido. Nos últimos 10 anos, segundo a mesma pesquisa publicada pelo IBGE, o setor privado perdeu 83.891 leitos e o setor público ganhou 11.239 leitos.

De modo geral, o Brasil possui cerca de 471.171 leitos. Destes, 357.143, ou seja, cerca de 75,80%, estão disponíveis para o SUS, sendo 38,75%, ou 138.377, públicos – com leve predomínio dos leitos sob gestão municipal (47,85%) seguido pelos sob gestão estadual (43,33%) –, e, 61,25%, ou 218.766, privados – sendo 36,20% classificados como não lucrativos e 25,05% com fins lucrativos.

No Brasil 11,58 leitos estão disponíveis para internação por cada 100 habitantes. Pelos parâmetros do Ministério da Saúde, estima-se que de 7 a 9% da população brasileira teria a necessidade de internação durante o período de 01 ano, havendo variações de acordo com a região. Em 12 estados da federação, essa relação fica abaixo do parâmetro. Também há desequilíbrio na proporção de leitos por especialidade. Somados estes contribuem para tornar mais difícil o acesso de certos segmentos populacionais à esses serviços.

Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS, no ano de 2002, as internações realizadas mantiveram-se próximo dos 8% da população ao ano, e, ao longo dos últimos anos, representaram quase um milhão de internações/mês. Destas, estima-se que cerca de 40% foram feitas em leitos públicos – incluindo-se os universitários. Nesse período, aproximadamente 60% das internações se deram em leitos privados a um custo anual aproximado de 5,5 bilhões de reais.

Outro destaque da pesquisa é a incorporação de equipamentos pelo setor saúde. Dentre os equipamentos adquiridos para o setor público, os tomógrafos apresentam um crescimento de 3,99%, seguido pelos aparelhos para hemodiálise (44,54%), os eletrocardiógrafos (12,73%), os de raio-X simples (2,85%) e os de ultra-som (1,19%).

O hospital mantém seu lugar de predomínio sobre as ações de saúde, incorporando equipamentos, capitaneando não só recursos financeiros – cerca de 80% do investimento com saúde –, como também uma produção de modos e práticas que invade e é disseminada por todo o território da saúde.

Baseada nessa gama de informações, optei pelas unidades hospitalares como campo de pesquisa. O hospital ainda mantém seu *status* de núcleo do sistema e muito pouco tem se produzido em relação à sua gestão no campo da Saúde Coletiva. Segundo FREIRE (2002) “(...) o hospital está presente, na Saúde Coletiva, na década de noventa, embora sem ocupar a centralidade na agenda da área”. (FREIRE,2002: 103)

Por ser ainda um tema pouco explorado diferentes conceitos são construídos e transitam na Saúde Coletiva. Existem experiências e elaborações teóricas que seguem ou a orientação clássica da administração das escolas científicas, ou os conceitos originados do próprio campo da Saúde Coletiva. Há ainda uma terceira tendência que combina as duas orientações anteriores. (FREIRE, 2002)

De fato, para a Saúde Coletiva o tema ainda guarda um certo segredo. Tem-se a idéia de que a porta do sistema deveria ser revertida, retirando do hospital o papel de ser a primeira escolha dos usuários. O hospital, ou melhor, a gestão do hospital não tem sido muito focada pelos autores e investigadores do campo da Saúde Coletiva. Entretanto a tendência da área apontada por FREIRE (2002) se apropria de um *mix* conceitual, um

híbrido. Esse fato me parece bastante interessante, pois permite a construção de conceitos próprios para a gestão hospitalar no contexto do SUS.

Por outro lado, a década de 80 para a gestão em saúde é marcada pela onda da reforma do estado. As experiências de flexibilidade na gestão e pelo terror de um Estado incompetente para arcar com a responsabilidade social sugerem que a solução adotada seja a de enxugar o Estado, ou seja, reduzir gastos. Essa é uma orientação importada da tendência neoliberal, que seduz com os clichês de autonomia gerencial e terceirização e aponta a necessidade de mudança da forma de regime jurídico dos hospitais públicos. Segundo MACHADO (1999), o debate sobre as experiências de gestão nos hospitais do Município do Rio de Janeiro, limitam-se à forma de contratação de profissionais e à compra de materiais. A discussão, entretanto, não avança para o cuidado na saúde e nem apresenta formas hesitantes em relação ao custo, o que era de se esperar já que a idéia é reduzir o gasto público.

A preocupação com a forma jurídica de inserção do hospital, o exame do assunto gira em torno da natureza do hospital. Deve este se ligar diretamente ao Estado, constituindo-se no interior da administração direta, ou a gestão desse tipo de estabelecimento deve ser transferida ao setor privado como nos contratos das Organizações Sociais ?. Expõe o privilégio do enfoque macroestrutural sobre a gestão em saúde.

(...) tem sido comum que a maior parte destas falas dobra-se principalmente sobre as dimensões mais macroestruturais destes processos, e poucos têm sido aquelas que destacam a intimidade destas pretensões com a aquisição de uma certa capacidade teórica e operacional de ação sobre os aspectos mais micropolíticos destes processos (MERHY, 1997 b: 127).

Os aspectos micropolíticos da gestão em saúde têm sido objeto de estudo e de pesquisa de Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos e de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, bem como do conjunto dos profissionais vinculados à área de Planejamento em Saúde do DMPS/UNICAMP. A discussão destes autores transita pela prática e pela teoria, caracterizando uma produção que possui na experimentação sua principal fonte teórica é, portanto, o salto da teoria em direção ao fluxo subjetivo que percorre o fazer gestão em saúde.

Ainda no rol dos investimentos acadêmicos na gestão hospitalar, figura a discussão sobre acreditação hospitalar. Programas de avaliação asseguram o controle de determinadas ações como: a maternidade segura e o hospital amigo da criança. Estes programas contêm um conjunto de medidas que devem ser seguidas pelos hospitais que almejam tanto adquirir o título para o qual concorrem quanto a incentivo financeiro. Acompanhando essa discussão, ainda reside a questão sobre rede substitutiva. Essa é uma forma de organização da atenção com menos peso na hospitalização. Alguns hospitais já começam a adotar essa iniciativa e a denominam de atenção domiciliar. Ela é indicada para determinados casos onde se considera que o usuário é capaz de obter atenção no domicílio. Vale destacar, entretanto, que essas iniciativas sozinhas seriam insuficientes para mudar o modelo de atenção e de gestão dos hospitais.

Em outros países, outras experiências buscam uma relação com a gestão de hospitais Segundo HORTALE e DUPRAT (1999), na França ocorrem “(...) privilegiamento do econômico em detrimento dos objetivos de saúde pública” (1999: 17). Esse aspecto levantado pela autora pode ser o reflexo da lei hospitalar francesa editada em 1991. A referida lei garante ao hospital francês maior autonomia, permitindo o controle do Estado de forma limitada e restritiva aos aspectos imperativos de saúde pública. O controle do Estado tornou-se mais flexível, e, após a lei, os hospitais franceses puderam se associar juridicamente a parceiros tanto do setor público como do setor privado e organizar o seu cotidiano de modo independente. (CASTELAR, MORDELET e GRABOIS, 1993)

No Brasil, o tema vem ganhando visibilidade com importantes contribuições. A agenda sanitária brasileira considera a rede de serviços do SUS e, portanto, ela é orientada para a integração do hospital aos demais serviços de saúde.

Ao considerar a conjuntura que cerca o hospital, acompanhei durante um ano o movimento, a dança da subjetividade nos estabelecimentos escolhidos. A subjetividade me instiga, aguça a minha curiosidade. É como o oculto: algo a ser desvendado. Próximo do mágico é como os véus das mulheres na cultura árabe. Necessitava de instrumentos de pesquisa que pudessem me auxiliar e ao mesmo tempo provocar os meus sentidos. Até aquele momento embora a escolha de meu campo de pesquisa não estivesse muito clara, ela já estava se construindo.

Ao entrar nesse espaço, vou identificando os diferentes fluxos e tecendo os necessários arranjos teóricos. Meu objetivo, ou melhor, o meu desafio é o de entrelaçar teoria e prática. É sentir a produção de subjetividades que dão o entorno aos diferentes mapas da Gestão em Saúde. Para essa viagem, preparo uma pequena caixa, de cor azul, como o céu, onde cabem algumas das ferramentas teóricas das quais me apropriei durante este tempo. Já é possível fazer uma primeira aproximação do campo. A gestão é um espaço recortado por Instituições que seguem fluxos diferentes e se cruzam no interior do estabelecimento.

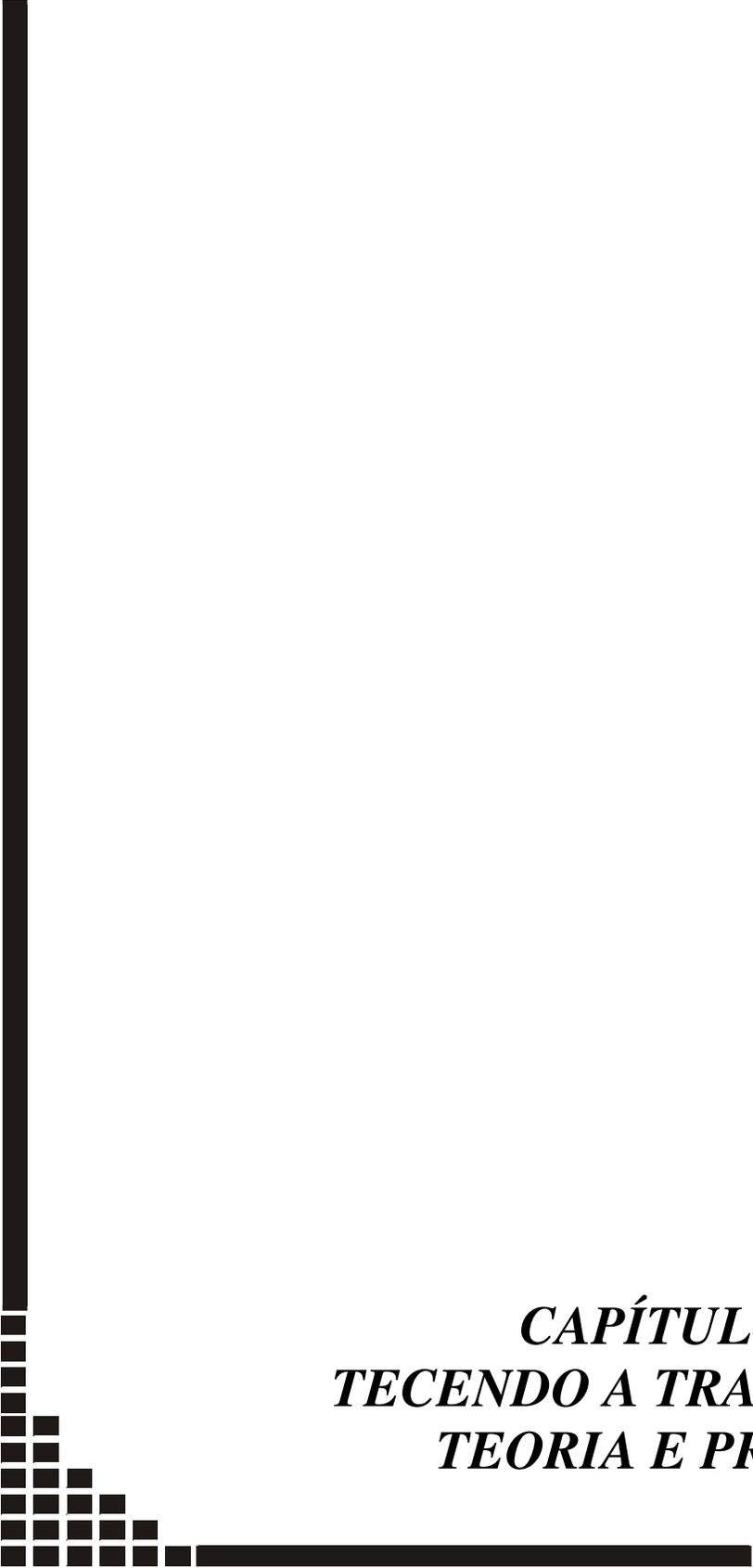
De posse da caixa azul, começa a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. É algo difícil de ser realizado, pois o limite é tênue. Mais do que letras, palavras e/ou frases a produção de conhecimento presente nessa relação começa a ser revelada. A palavra é alvo do exercício dos poderes que incidem não apenas sobre as cargas, mas também sobre as palavras. É um conhecimento produzido a partir do encontro entre o pesquisador e a sua questão.

Ter a permissão de fazer parte do cotidiano das pessoas, estar presente observando o seu fazer e compartilhar de suas emoções, de seus interesses e desejos faz com que meu trabalho tenha muito do que o outro me causa, e, portanto, encerra também a minha causa. Aqui tomo de empréstimo uma expressão de José Otávio Naves a fim de me perguntar “o que me causa qual é a minha causa?”

A realidade que passo a construir aqui é fruto de vários encontros, de vários fluxos. Por mais que o trabalho de construção de uma tese seja algo solitário, ele é o resultado que alguém constrói a partir de suas interações, de seus encontros.

Ao optar pelo trabalho de campo, acredito na interação entre o pesquisador e os atores pesquisados. Ambos estão inseridos em uma mesma conjuntura política, histórica e geográfica. A neutralidade pretendida por muitas pesquisas na busca por informações não é um objetivo nesse estudo. Aqui existe uma interferência simultânea decorrente dos fatos do cotidiano. Assim, o uso de algumas ferramentas que oferecem uma maior clareza às informações e alguns dispositivos de análise, conjugam-se ao trabalho de campo. Ressalta-se que os atores participantes da investigação contribuíram para a interpretação dos dados e das informações que surgiram ao longo do estudo.

Os participantes do estudo: o corpo de profissionais de saúde que atuam nos diferentes processos de trabalho, são enfermeiros (as), médicos (as), auxiliares e técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, técnicos de R-X, recepcionistas, diretores, gerentes, auxiliares de administração, auxiliares de farmácia, nutricionistas, copeiros (as), auxiliares de serviços gerais, arquitetos (as), usuários dos estabelecimentos, cozinheiros (as), auxiliares de cozinha, auxiliares de lavanderia e motoristas. Enfim, profissionais que operam a máquina dos estabelecimentos estudados.



***CAPÍTULO 3-
TECENDO A TRAMA ENTRE
TEORIA E PRÁTICA***

*Renda (2) s.f. Tecido delicado, de **malhas abertas**, cujos fios se entrelaçam formando **desenhos***

Dicionário Aurélio Buarque de Holanda, 1993

Importa-me mais descrever o que eu vi, o que eu senti, o que eu imaginei. Em uma palavra, o que eu vivi. Abre-se, assim, uma brecha para uma infinidade de associações, atalhos, desvios e variantes. Não é fácil deixar que os rastros de tudo que se passa conosco no percurso de uma reflexão apareçam. Tendemos a censurar, a menosprezar, a descartar uma idéia mal acabada que não nos pareça bem elaborada.

Anotei o que pude nos meses de convívio diário com usuários e profissionais dos dois estabelecimentos escolhidos para o estudo. É nessa parte do trabalho que apresento as minhas anotações de maneira mais articulada. Como uma rendeira, permito que nesse capítulo, os primeiros desenhos surjam do entrelace entre minhas experiências no campo e a teoria. Ainda que nascidos em áreas específicas do saber, os conceitos teóricos podem ser reconduzidos e trabalhados fora de seus territórios originais, auxiliando-nos, juntamente com as questões que afloram nos territórios da pesquisa a tecer a trama.

3.1-A PRIMEIRA APROXIMAÇÃO

Os corredores extensos e largos delimitados por paredes brancas, portas largas e fechadas, dão espaço ao odor frio e volátil de substâncias assépticas que se misturam a outros odores, e que, em pouco tempo transforma-se num único e intenso aroma. Um cheiro forte o suficiente para se espalhar por todos os lados. A pouca claridade, associada ao silêncio, abre espaço para pessoas sobre estreitas camas. Algumas dormem, outras expressam a dor através do olhar – um olhar que revela a incerteza do que virá.

Um número sobre a cabeça é o suficiente, pois o nome já não importa. O que interessa é uma pequena parte do corpo, aquela que ou não se pode ver, ou se traduz em placas avermelhadas distribuídas por toda pele. De qualquer forma, o corpo doente é objeto da curiosidade de muitas pessoas. Em torno dele, alguns dedicam tempo, estudo e se

acotovelam para se aproximar do leito. É preciso se debruçar para ver, sentir, identificar e apalpar a doença.

Pelos corredores aparecem diferentes espaços e salas. Placas indicam diferentes caminhos e entradas. Alguns cômodos são proibidos; outros acomodam equipamentos, fios, telas, e tubos e objetos que, em geral, tomam conta de todo o ambiente. Portas fechadas com nomes nas portas indicam territórios e identificam a complexidade das linhas que se engendram naquele espaço. Tramas de poder e interesses diversos estruturam e conformam os diferentes territórios que compõem esse lugar. Nele habitam diferentes mundos que se chocam, mas não se falam; que se olham, mas não se enxergam. E todos afirmam possuir um objetivo: o de cuidar do corpo. Pretende-se assistir a um corpo inerte e passivo que se deixa tocar, limpar, perfurar e do qual muito se sabe, mas pouco se sente.

Os ruídos assustam, os líquidos de cores distintas se confundem em um mesmo recipiente, os odores provocam náuseas, a luz permanece acesa 24 horas, apitos são ouvidos – alguns graves e os que são agudos provocam correria e agitação. Neste momento, é possível ouvir corações batendo em um ritmo acelerado, a respiração ofegante, vidros sendo quebrados e um só comando: manter a vida!

Outras vezes o silêncio é recortado por gemidos e choros. Lamentos que se confundem aos risos, que celebram uma nova vida, que emerge da dor, ... Dor: matéria comum nesse espaço, que nasce em meio a tanto cuidado.

A angústia é uma nuvem que paira sobre todos nesse ambiente e é expressa de diferentes maneiras. Alguns a disfarçam com palavras difíceis – herméticas –, outros, por conversas vagas. Há ainda aqueles que dela procuram se distanciar, mas todos a sentem, como a certeza do limite humano que teimamos em esconder.

A mobília é única. A maioria é de cor branca, neutra e fria. Mesas com rodas fáceis de serem transportadas podem ser vistas tanto quanto tubos e canos presos à parede. Ao lado das camas, luzes piscando. Máquinas e aparelhos usados no cuidado compõem a paisagem.

Reuniões, discussões, disputas de projetos e de interesses atravessam cada território e cada traço. Nada escapa, pois o tema pelo qual se discute e se debate é sempre o mesmo: cuidar. Mas cuidar de quem? Do corpo? A resposta afirmativa não se questiona,

pois o bem cuidar é tanto causa perseguida por todos que entram nesse espaço, quanto um fim em si mesmo. À medida que se persegue o cuidar, algumas coisas se endurecem, cristalizam e deixam ficar só o corpo inerte sobre a cama.

3.2-DIÁRIO DO ESTABELECIMENTO 1

19/01/01

A conversa ao telefone com a secretária da superintendência foi o primeiro contato com o hospital. O contato pessoal se deu em um dia nublado. Cheguei pela manhã como o combinado. Com as principais referências e as instruções da secretária sobre o ônibus que deveria utilizar, não foi difícil chegar. O hospital localiza-se em um distrito da cidade de Campinas. É afastado do centro. Levei cerca de 30 minutos. No caminho fui observando a paisagem e pensando na história da construção dos sanatórios e hospícios. É, são todos construídos na periferia das cidades, com o propósito de exilar e afastar do convívio o diferente, aquele a quem não se compreende.

Desci no ponto indicado pela secretária, mas, na dúvida, perguntei a uma estudante se conhecia o hospital. Segundo ela, bastava seguir na rua em que estávamos e chegaria lá, mas “não é um hospital, e, sim, um sanatório”, corrigiu-me. Tudo bem, pensei, a reforma psiquiátrica ainda tem muito trabalho a fazer.

O lugar é lindo, com muito verde e cheiro de mato. É como estar entrando em uma fazenda. Fui caminhando e me deparei com a entrada do hospital. Encontrei uma ponte sobre um pequeno riacho cercado de eucaliptos, do qual a secretária já havia me falado. Não há muros, mas uma subida que me deixou cansada.

Cheguei a uma pequena praça com bancos, árvores, telefone e uma cantina. Em frente, avistei a entrada de uma grande casa azul de dois andares. Ao lado, um pouco afastadas, vi duas casas: uma com várias pessoas na varanda e com a porta fechada e a outra, de cor branca com cerca de arame ao redor e algumas pessoas no quintal. Mais adiante, uma quadra de futebol, um grande galpão e uma tenda que me pareceu ser para proteger alguma plantação.

A porta na casa azul estava aberta. Resolvi entrar e logo vi um guichê que identifiquei como sendo o setor de registro e de internação. Busquei informação sobre a sala da secretária. Informaram-me que ficava no segundo andar.

A secretária me recebeu e me encaminhou a uma sala; na verdade um hall no final da escada. Já havia passado por lá. É um lugar com sofá e uma pequena varanda, que me fez lembrar uma antiga casa de fazenda. Pela varanda se avista um grande pátio interno. Aguardei, pois o superintendente estava em uma ligação telefônica. Fiquei esperando e observando. Ao lado do sofá havia uma mesa com jornais, mas não deu tempo de ler nada. Logo fui chamada.

Entrei na sala da superintendência. É uma sala simples com alguns quadros e objetos – que acredito terem sido feitos por usuários. Apresentei-me como doutoranda do DMPS, sentei e entreguei a carta de apresentação. O superintendente leu, serviu-me água e começamos a conversar, ou melhor, começaram as interrogações – qual a minha graduação, vínculo de trabalho, etc. Também fiz alguns questionamentos a respeito da organização do serviço e ele refez um percurso histórico que considerei importante.

Desde o primeiro governo do PT em Campinas, iniciou-se um trabalho com ações voltadas para a reforma psiquiátrica. A proposta de co-gestão entre a prefeitura e a secretaria de saúde veio seguida da oferta de uma gestão participativa com colegiado gestor. Professores do DMPS/UNICAMP e alunos participaram ativamente deste processo no hospital. Ao final, consolidou-se uma parceria entre a esfera pública da saúde e um hospital filantrópico. Com a saída do secretário de saúde do governo, o grupo que à época gerenciava o hospital enfrentou várias dificuldades. Com a saída do então secretário, os problemas persistiram, mas a prefeitura manteve o acordo.

Sem que se perdesse o norte da proposta, algumas coisas foram mudando e outras se aprimorando. Atualmente, após 10 anos, o superintendente percebe dois movimentos.

Num primeiro movimento, onde a desconfiança está presente na relação profissional de saúde e usuário. Essa relação precisa ser mais bem trabalhada no modelo assistencial. Segundo o superintendente, a aposta no modelo baseado na autonomia do

usuário, na responsabilidade dos profissionais e no vínculo entre ambos quebra essa desconfiança.

Fiquei pensando sobre desconfiança nas relações e cheguei à conclusão de que ocorre em outros espaços. Pode ser que naquele espaço ela se apresente com mais força e provoque interferências na forma de organização da gestão. Mas, acredito que o motor da desconfiança é o novo, o inusitado, o desconhecido, o medo de arriscar.

O segundo movimento (ou preocupação) é relacionado ao tempo, ou melhor, ao modelo de gestão colegiada. Dez anos se passaram desde o início do processo de mudança, e o superintendente teme pela cristalização das condutas gerenciais e a personificação dos cargos e funções. O ideal, para ele, é que sejam criados modos de operar onde o modelo de gestão colegiada seja incorporado pela instituição.

Também fiquei refletindo sobre isso. A cristalização imobiliza, impede o fluxo das coisas e é difícil de quebrar. Faz-se necessário um rompimento leve e, ao mesmo tempo, brusco: um toque preciso – caso contrário pode haver muitos fragmentos. Por outro lado, a personificação faz parte da autonomia do Ser e está presente na sua obra. O método da Roda, proposto por CAMPOS (2000), trabalha com o conceito de obra, “(...) como uma ponte entre a obrigatória produção de Valores de Uso e os Desejos e Interesses dos trabalhadores” (CAMPOS, 2000b: 134). O profissional aparece como produtor de algo que faz parte de uma construção coletiva. Esses movimentos que fazem menção ao “como” do saber trabalhar são contidos no cotidiano das Instituições.

Ao falar sobre o hospital, a questão filantrópica e a linha hierárquica, o superintendente fez um pequeno esboço de um organograma. Além do espaço ocupado pelo hospital, há unidades em outros pontos da cidade. Algumas se localizam no espaço geográfico do distrito e outras próximas ao centro de Campinas. O cargo de superintendente é indicado pelo grupo filantrópico para administrar o complexo. Todas as unidades possuem o colegiado e fiquei me lembrando do meu mestrado e das visitas que fiz ao Hospital Público Regional de Betim para estudar o Colegiado Gestor.

Ainda na conversa, coloquei a minha proposta de estudo e a estimativa de tempo necessário. Deixei uma cópia da proposta para que fosse passada e apreciada pelos gerentes. Ele achou que não haveria impedimentos, e, que, provavelmente, teria uma

resposta na semana seguinte. Agradei a atenção e retornei para casa com a cabeça povoada de pensamentos.

26/01/01

Com a aprovação do colegiado, retornei ao hospital. Como da vez anterior, esperei um pouco para falar com o superintendente. Ele estava em reunião com a gerente da unidade de agudos. Ao sair da sala, ele me apresentou a gerente. Durante a apresentação, percebi que a minha proposta de estudo havia sido entendida como uma pesquisa sobre o poder na organização. Espero que com o tempo possa esclarecer que o objetivo não é esse. A gerente colocou-se à disposição, inclusive para agendar uma visita à unidade de agudos. Confesso que a possibilidade de conhecer as enfermarias, saber e ver como a assistência e o tratamento à crise são construídos mexeu com o meu imaginário sobre a loucura e o modo de operar uma proposta que teve início há 10 anos. Além disso, reconheço que há sempre territórios que precisam ser mexidos, por mais que a proposta seja inovadora.

Muitas perguntas surgiram. Existem divergências entre o modelo de gestão e o modelo assistencial? Se existem, quais são elas? Quando nos aproximamos do cotidiano, questões antes nem cogitadas como possíveis são reveladas. Desnuda-se uma dobra.

Ainda na sala de espera, conheci Maria, uma professora primária que faz um trabalho de conscientização sobre a loucura em escolas próximas ao hospital. É um trabalho que visa desconstruir preconceitos sobre a doença mental. Associei este fato a um comentário feito pelo superintendente no primeiro dia sobre a necessidade de projetar o hospital para a comunidade. O que se pretende é que a comunidade possa acolher o portador de doença mental, ou, como aprendi, a pessoa em sofrimento psíquico.

Após esse pequeno encontro, pedi à secretária que me levasse para conhecer as dependências do hospital. Inicialmente queria entrar em contato com a instituição e as instituições (seus hábitos, álibis, etc.). A secretária, muito simpática, conduziu-me às oficinas de trabalho.

Entramos no mesmo local que havia visto no primeiro dia – um galpão grande. Lá funcionam duas oficinas. Na oficina de mosaico, vimos trabalhos com azulejo e madeira. A secretária dirigiu-se à pessoa responsável, apresentou-me e solicitou que um dos

usuários me acompanhasse na visita pelas oficinas. Francisco usuário que frequenta o serviço há mais ou menos seis anos, mostrou-me o funcionamento de cada uma das oficinas. Fomos conversando e ele revelou conhecer bem o processo de trabalho das mesmas. Em cada oficina, ele me apresentava e solicitava a um usuário que me explicasse o funcionamento.

Ao todo, são seis áreas onde os usuários desenvolvem trabalhos remunerados, com orientação e acompanhamento dos profissionais de saúde e a presença de voluntários.

29/01/01

Ir hoje para o hospital foi difícil. Pensei em desistir. A incerteza e um pouco de solidão chocam-se com o desconhecido. Um desconhecimento do que seja o serviço e as pessoas; tudo ao mesmo tempo somado à incerteza da pesquisa, da metodologia traçada e da busca por respostas aos meus questionamentos.

Na última semana, havia ocorrido mudança de secretária na superintendência. A antiga aceitara um convite para trabalhar na Secretaria de Saúde e a nova estava em período de adaptação. A secretária atual era uma mulher de meia idade, muito comunicativa e, como eu, estava conhecendo o hospital e as pessoas. Combinei almoçarmos juntas, após uma manhã de observação –minha – na rotina dos usuários.

No momento de observação, ocorreu-me a idéia de ir aos serviços e me apresentar. Os gerentes já deveriam saber da minha chegada, pois a minha proposta de pesquisa havia passado pelo colegiado. Assim, fui à farmácia, mas como era segunda, dia de reunião de colegiado, todos os gerentes estavam em reunião. Falei com o funcionário e ele me mostrou o serviço. A farmácia é responsável pela distribuição de medicamentos para todo o hospital, inclusive para as moradias que ficam na cidade. O relacionamento com o usuário se mantém através do trabalho realizado na farmácia. Um programa de computador facilita a organização do processo.

Andei um pouco pelo pátio interno, onde cômodos, salas e banheiros se mesclavam aos usuários e aos profissionais. Algumas salas estavam fechadas. Na varanda havia sofás que servem para o descanso dos usuários. Encontrei uma sala grande com televisão e sofá. É um local também utilizado para assembléias.

Durante esta minha observação, percebi certa independência das unidades (farmácia, enfermaria de agudos, cozinha, lavanderia, hospital dia, etc.) em relação ao hospital. São serviços separados que se unem em torno de um projeto maior. Guardadas as devidas proporções, o que pude ver se assemelha às Instituições hipercomplexas descritas por TESTA (1992). O interessante é que, à exceção do núcleo responsável pelas oficinas, os demais serviços possuem baixa capacidade de captar recursos externos. Como se dá o relacionamento entre as unidades? E como fica a produção de subjetividades neste contexto? Fiquei pensando na imagem de GUATTARI (1986) sobre a produção de subjetividade. Assim:

“(...) não mais consideramos a produção de subjetividade como sendo apenas um caso de superestrutura, dependente das estruturas pesadas de produção das relações sociais. A partir do momento em que consideramos a **produção de subjetividade** como sendo a matéria-prima da **evolução das forças** primitivas em suas formas mais desenvolvidas”. (GUATTARI, 1986: 26).

O agenciamento produzido na relação entre as unidades é atravessado por fluxos maquínicos que podem ou não favorecer a criatividade na gestão. Nas conversas informais, percebi que as equipes utilizam a supervisão, tanto de um Analista Institucional, quanto de um profissional que acompanha os casos. Ainda não participei de nenhuma reunião de supervisão, e nem sei se é possível, pois nela são discutidos assuntos que devem ser preservados. Esse fato não me impede de já recuperar o que TESTA (1992) coloca sobre a análise das organizações e a questão do poder técnico que chega de fora da Instituição. Segundo este autor, o poder técnico se expressa através de códigos usados que revelam a acumulação de poder de determinado grupo social. Ele reúne poder e é ferramenta de poder, principalmente em estabelecimentos que conjugam assistência e ensino.

30/01/01

Como estou em movimento de aproximação com as unidades e as pessoas, decidi mudar um pouco a rota de investigação e marcar com os gerentes das unidades para acompanhar o processo de trabalho. Acredito que assim possa ir construindo um entendimento do que seja a dinâmica e o processo de trabalho no hospital.

Nessa lógica, fui ao Centro de Convivências – um local, como a maioria dos espaços, de livre acesso para os usuários, mas com um livre a mais. Nesse lugar pode-se ver televisão, pintar e fazer outros trabalhos manuais. Não é uma oficina. Como não conhecia a gerente e informei-me com alguns usuários onde encontrá-la. Encontrei e reconheci uma colega do Departamento que me disse estar substituindo a gerente e que poderia mostrar-me o espaço.

A então gerente levou-me para conhecer o espaço físico do Centro de Convivências e mostrou as principais atividades desenvolvidas pelos usuários. São poucos os funcionários trabalhando no setor e, diferente das oficinas, não existe vínculo de trabalho com os usuários e a participação da comunidade parece ser mais efetiva.

A unidade mantém projetos e parcerias com estabelecimentos do distrito e da cidade. Alguns dos projetos têm a finalidade de arrecadar verba para passeios ou consolidar idéias coletivas com os usuários. Mas, como em todos os serviços do hospital, as principais decisões são levadas ao colegiado de gerentes que acontece todas as segundas pela manhã.

Duas situações chamaram a minha atenção hoje. Na verdade, não foram exatamente situações, mas percepções construídas por fragmentos de discursos e observações. A primeira é relativa à mobilidade e à independência de uma unidade filantrópica na convivência com a proposta de co-gestão. Se, por um lado, a unidade compõe o serviço público e se integra à rede de saúde municipal. Por outro, possui a autonomia administrativa e financeira característica das Instituições que se constituem fora da esfera pública. Conheci uma experiência administrativa que merece ser explorada e que pode ser uma alternativa para muitas entidades filantrópicas e Santas Casas espalhadas pelo país.

A segunda observação diz respeito ao saber psiquiátrico. Mesmo com o meu pouco contato com a área, foi possível perceber que o poder técnico e científico se confunde com o poder administrativo.

31/01/01

Apesar da acolhida por parte dos profissionais que trabalham nas unidades que já visitei, a sensação de estar só em um local desconhecido continua. Sou mais um elemento convivendo no mesmo espaço físico. Penso que a minha presença, enquanto pesquisadora, pode provocar algumas reações; reações que ao longo do trabalho serão atravessadas e atravessarão os resultados do estudo. Ainda não sei como identificar, mas percebo a necessidade de estar destacando isso como uma característica do meu trabalho.

Hoje, durante a minha caminhada pelo hospital, descobri várias coisas. Primeiro, constatei a presença de um profissional destacado para trabalhar a comunicação, ou melhor, a imagem do hospital junto à comunidade. Reconheço no trabalho de divulgação e informação um bom instrumento para as organizações de saúde. Embora seja uma área muito pouco utilizada na gestão em saúde, essa atividade auxilia a gerência e a assistência, desnudando o processo e os acontecimentos do trabalho em saúde para a população.

Em segundo lugar, percebi que, ali, o modelo assistencial opera na lógica da Reforma Sanitária. O tempo todo ele persegue como objetivos a recuperação do vínculo do usuário com a sociedade, a reintegração da cidadania e a autonomia. Verifiquei a oferta de atividades que possibilitam este exercício. Aqui, reside a diferença do cuidado entre o estabelecimento 1 e outros estabelecimentos com o mesmo objetivo.

Durante a minha circulação, vi usuários trabalhando nos espaços do hospital, não apenas nas oficinas, mas na lavanderia, cozinha, limpeza e manutenção. Ouvi comentários sobre denúncias na imprensa local quanto à exploração do trabalho dos usuários por parte da Instituição. O fato me deixou curiosa e perguntei a alguns profissionais a respeito. Segundo me disseram, o hospital faz contratações de trabalho dentro das leis trabalhistas. A maioria dos profissionais das áreas mencionadas são ex-usuários ou usuários que já foram atendidos no hospital e que hoje fazem acompanhamento ambulatorial.

Durante o dia de hoje, uma fala me chamou a atenção: “o nosso gerente é”. Fiquei com a impressão de que se referiam a um grande “pai” – aquele que, da posição idealizada que o colocamos, resolve tudo, e não só dispõe de autonomia, mas de carisma.

Acho que o vínculo existente entre o gerente e os profissionais passa pelo afeto. Ainda não tenho muita informação para afirmar, mas vou observar melhor. Aparentemente o modelo de gestão parece personificado na figura do gerente.

01/02/01

Acompanhei o dia do gerente do setor financeiro. É um setor que tem a responsabilidade da gestão orçamentária, contábil e financeira.

Durante esse dia, conversando com os funcionários do setor, aquela impressão do dia anterior sobre o modelo de gestão voltou. Todos conhecem o modelo de gestão proposto para o hospital e qual a implicação dele na assistência. São poucos os funcionários novos no setor. Mas ainda não consegui entender bem o que se passa.

A autonomia dos funcionários é visível, mas o processo de trabalho se dá, como o projeto taylorista, em busca do menor desperdício. Cada profissional é responsável por uma parte do processo. É lógico que existe a comunicação interna, mas a divisão de trabalho é clara. Se os problemas surgidos nesta unidade fossem olhados dentro de uma perspectiva matusiana, eles poderiam ser classificados como estruturados, implicando em processos normatizados – como folha de pagamento, processos de aquisição de material de consumo, etc.

Ao discutir com o pessoal do financeiro, ocorreu-me que o movimento da reforma sanitária acompanha paralelamente a reforma psiquiátrica. O impacto da doença mental na população é de outra ordem, pois ela não é transmissível e tem uma taxa de mortalidade insignificante. Afinal, o que é ser louco? Uma linha tênue separa a realidade da ilusão, configurando dois mundos que podem ser facilmente transponíveis.

Ao recolher os fragmentos desse dia, verifiquei que a tônica no discurso dos profissionais é a luta e o esforço por manter a Instituição viva. Manter viva pode significar a captação de recursos na implantação dos projetos assistenciais e gerenciais que estão em andamento e caminham na desinstitucionalização. Mas pode também significar manter vivo o hospital, a estrutura. Vivo, o contrário de morto; fala que precisa se manter viva, que não quer morrer.

14/02/01

Retornei ao hospital depois de 15 dias de ausência. Penso que a distância somada à dinâmica da organização e das pessoas poderá resultar na necessidade de refazer planos. Por outro lado, sei que a dinâmica está sempre presente e não é, em si, um elemento limitante da minha atuação. Compreendi que e as interações e os vínculos, que construí durante o tempo, permanecem. Assim, como havia agendado com a gerente, fui à unidade de produção da Nutrição.

Cheguei um pouco mais cedo e fiquei sentada em um dos bancos da praça em frente à cantina. Alguns estagiários se agrupavam e conversavam sobre o trabalho. Usuários estavam chegando para mais um dia de atividades. Vinham de suas residências trazidos por carros do hospital.

A cantina abriu e pedi um café antes de me dirigir para a cozinha – local que havia marcado com a gerente. Enquanto tomava o café e apreciava o sol e as árvores, um usuário se aproximou, perguntou se eu tinha cigarros. Disse que não e ele puxou conversa. Dependente químico, estava em tratamento, abandonou a faculdade e agora passava os dias no hospital e as noites em casa. As histórias são muitas e os casos também.

Cheguei ao refeitório e perguntei onde poderia encontrar a gerente. Uma senhora me indicou uma porta ao lado do prédio. Entrei e a secretária pediu que esperasse; a gerente já estava chegando. Durante a espera fiquei observando o local. Muitas fotos em um quadro de cortiça revelavam a relação de proximidade existente entre a gerente, os funcionários e os usuários daquele serviço. As fotos pareciam ser de passeios e festas.

A gerente chegou e começamos a conversar sobre o serviço que funciona como uma cozinha industrial. Os profissionais, a maioria com nível elementar e alguns ex-usuários, dividem-se nas tarefas de preparo de alimento, estoque, etc. Alguns aprenderam a ler e a escrever no próprio hospital, outros ainda não sabem ler nem escrever. A gerente acha importante a oferta de curso de alfabetização por parte do hospital como forma de valorizar o profissional. Esta é uma iniciativa presente em muitos estabelecimentos, principalmente do setor público.

Com apenas uma nutricionista, o trabalho é dividido entre a supervisão da cozinha e o atendimento ao usuário no núcleo clínico. A intenção é a de expandir a cozinha, possibilitando mais frentes de trabalho para o usuário. O projeto de expansão é discutido

com o pessoal da arquitetura e do apoio financeiro. Falta verba, mas a idéia é criar um serviço de bufê, as oficinas. A cantina do hospital é de responsabilidade dos usuários. Eles fazem e vendem bolo, café, salgadinhos e, diga-se de passagem, muito gostosos.

A nossa conversa foi interrompida por uma usuária que mora em um dos lares sob responsabilidade da equipe de saúde do hospital. Ela solicitava a retirada da geladeira de sua casa, pois gostaria de que os alimentos fossem comprados por dia e não por mês. Ela não queria estocar alimentos e dizia precisar, também, de um cobertor e de um abajur. Levou um tempo até eu conseguir entender o que a senhora desejava, além do fato de estar irritada, a fala dela era carregada de palavras desconexas. Precisou ainda de um outro tempo para entender por que a gerente era a responsável pelo cuidado daquela senhora. Segundo a própria gerente, ela também fazia parte da equipe multiprofissional e, portanto, é referência para alguns usuários. Isso resulta em uma relação de responsabilidade e vínculo entre ela e esses usuários.

Achei interessante e a questioneei sobre o acúmulo de funções: gerente, supervisora na cozinha e nutricionista clínica no ambulatório e nos lares. Ela disse que gostava do trabalho na equipe e de ser referência para os usuários. A permanência dela na equipe multiprofissional é resultado de uma aproximação com a unidade do hospital dia, mas quando assumiu a cozinha permaneceu por decisão da equipe. A impressão pelo tom da fala dela, foi a de que o conhecimento, ou melhor, o poder do saber técnico foi ouvido e ela, como gerente, incorpora o movimento, assumindo as funções.

A gerente mantém tanto supervisão nas moradias com orientação clínica pontual, quanto no núcleo clínico quando solicitada. O núcleo clínico funciona vinte e quatro horas e, como um reflexo das mudanças no perfil epidemiológico e demográfico, possui muitos usuários de idade avançada necessitando da avaliação nutricional.

A gerente na equipe de nutrição é a única profissional com curso superior. Ela é responsável pela supervisão direta do processo de trabalho dos funcionários.

Ontem, durante a minha permanência, no setor financeiro, percebi um movimento no sentido da descentralização orçamentária para as unidades de produção. É um projeto que está sendo inaugurado. Os gerentes ainda estão sendo preparados para atuarem com esta nova realidade. Perguntei à gerente como ela estava vendo esta nova

situação, por exemplo, a necessidade de elaborar o custo da unidade, fazer projeções orçamentárias e negociar prazos e verbas com as demais unidades. A resposta confirmou a minha impressão anterior de autonomia das unidades no hospital. A unidade está fazendo a apuração dos custos de uma refeição com o objetivo de fazer o repasse para as outras unidades. A idéia é a de que, em um futuro bem próximo, possa ser cobrada, às outras unidades, a refeição fornecida.

Percebi que alguns profissionais que trabalham no hospital, inclusive a gerente da Nutrição, fizeram o curso de aprimoramento no DMPS/UNICAMP e estágio no hospital.

Terminamos a conversa bem na hora do almoço. Encontrei-me com a secretária da superintendência. Almoçamos e depois fiquei sentada na praça conversando com alguns usuários. É interessante perceber a busca pela independência.

Estou em meio a histórias desencontradas, olhares vagos, mãos trêmulas e um convite para adentrar uma outra realidade, repleta de caminhos, lugares imaginários ou vividos a tempos remotos. Frases que não dizem nada são compostas por palavras que dizem tudo. Gritos ecoam, fala-se de lugares distantes e qualquer ruído que possa indicar um caminho.

15/02/01

Fiquei na unidade de internação. Entrei após ter sido anunciada e alguém abrir a porta. Expliquei a um funcionário que havia agendado com a gerente. Ainda não havia visto os profissionais de uniforme, a não ser os estagiários do curso de auxiliar de enfermagem. Nesta unidade alguns utilizam o branco mas não todos.

Entre em um grande hall com alguns sofás e pessoas circulando, alguns fumando – um hábito presente entre usuários e profissionais de saúde – outros falavam e gesticulavam. Alguns vieram saber quem eu era e o que estava fazendo ali. Afinal, eu era estranha àquele espaço e a curiosidade nos motiva a saber quem está chegando. O interessante é que só nesta unidade expressaram essa reação. Expressar o que se sente é coisa para esse espaço? Nos demais espaços não há lugar para isso? O fato de estar protegido faz com que isso aconteça? Enquanto esperava, pensava.

Lembrei-me da primeira vez, ainda na graduação, em que entrei em um hospital psiquiátrico. A Lei Paulo Delgado estava recente e Niterói começava a incorporar a reforma psiquiátrica. Naquela ocasião, tive a oportunidade de visitar as enfermarias do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Elas eram divididas em ala masculina e ala feminina, com grades e corrente. Distraí-me e foi quando me distanciei das colegas e da professora. Estávamos na ala masculina e percebi que estava só, ou seja, quando deixei o meu medo aparecer, os pacientes começaram a se aproximar e eu a me esquivar. Decedi correr. Corri pelos corredores enormes – na época não tinham fim – do hospital de Jurujuba, até que encontrei novamente o meu grupo.

A gerente chegou e interrompeu a minha lembrança.

A gerente apontou para uma sala, ainda no hall, do lado direito. Na sala havia uma mesa com duas cadeiras, um computador e um armário. Sentei e começamos a conversar. Durante a conversa bateram na porta e entrou na sala um médico. Era o responsável pela parte clínica do hospital. Fui apresentada e eles trocaram algumas informações sobre uma usuária. Ainda enquanto conversavam, um usuário entrou pedindo cigarro, olhou para o computador e falou que o desenho que era mostrado na tela estimulava o pensamento. Ele gostava muito de ficar observando o movimento das linhas que, a cada segundo, formavam um novo desenho.

Sáímos da sala, pois queria conhecer o espaço e entrar nas enfermarias. Segundo os profissionais do estabelecimento, esse é um lugar que dá proteção. Duas enfermarias, um quarto com duas camas, uma outra sala para admissão e um posto de enfermagem pequeno para o preparo da medicação. Neste último, o acesso é restrito. Há um pátio interno grande e que dá acesso a uma sala com diversas atividades. Não se restringe o convívio entre os sexos, a não ser na hora de dormir.

O acúmulo de atividades é comum por parte dos profissionais do hospital. A gerente acumula a gerência da unidade de internação e da estatística. Como é responsável pela unidade de internos, acredito que tenha maior proximidade com as informações hospitalares. A classificação por patologia, faixa etária, etc. são dados que constituem o perfil do estabelecimento e são matérias que auxiliam na negociação interna e externa da organização.

Nesta nova conjuntura de descentralização orçamentária, a unidade de internação é a que mais gasto possui, principalmente com o pessoal de nível superior. Na opinião da gerente, projetar e administrar os gastos da unidade evita o desperdício e, conseqüentemente, possibilita a economia. A centralização orçamentária nem sempre prioriza as necessidades das unidades, percebendo, por vezes, o todo e desconsiderando necessidades pontuais. A própria unidade de negociação responsabiliza também, o profissional da atividade fim com questões antes tidas como não relevantes ao processo de trabalho. Todos os funcionários da unidade terão que participar da elaboração do orçamento.

Um fato me chamou a atenção: a não garantia de leito para as outras unidades do hospital. A grande maioria dos usuários internados é oriunda de municípios próximos a Campinas. O processo de trabalho assistencial é feito em equipe multiprofissional, com vínculo entre profissional e usuário. Existe supervisão matricial para os cinquenta leitos e mais cinco leitos ficam de retaguarda. É a supervisão oferecida por especialistas para a equipe de saúde. (CAMPOS, 1992). O colegiado é composto por um membro de cada equipe e cada plantão apóia a gerente. O projeto do colegiado é de ser extensivo à participação dos usuários.

A gerência da unidade de internação é feita por um profissional não médico. Uma enfermeira com o auxílio de um diretor clínico dá apoio às questões técnicas. Penso que o diretor clínico seja uma exigência do CRM, mas a necessidade do núcleo de conhecimento do profissional médico é peça fundamental no processo de trabalho em saúde. A discussão de caso é tratada nas reuniões de equipe.

Sai da casa e fui em direção ao prédio central – a casa azul. Quando passava pelo hall, li um cartaz convidando todos a participarem de uma assembléia para discutir o desaparecimento de um aparelho de som. O movimento do colegiado estava sendo ampliado?

23/03/01

Depois de algumas trocas pelo telefone e alguns desencontros, agendei uma conversa com a gerente do hospital dia. Apesar de ter aula com a Solange, marquei o encontro hoje pela parte da manhã. Cheguei um pouco mais cedo do que havia marcado e

aguardei no pátio. Fiquei me aquecendo, ouvindo conversas e observando quem chegava. Alguns fragmentos de conversas suscitaram algumas reflexões. Como será o hospital à noite? Ouvi conversas de contenção de pacientes e limitação no período noturno. Seria um hospital psiquiátrico como qualquer outro? Isso é uma peculiaridade do próprio cuidar em psiquiatria?

Fui chamada no pátio pela secretária, pois a gerente já havia chegado. Uma figura afetuosa me recebeu com um abraço. Eu e a gerente fomos juntas para a copa. Ela estava tomando café com mais duas pessoas. Inclusive uma delas se lembrou de ter me atendido em uma das vezes que liguei. A conversa entre elas girava em torno da última reunião de supervisão da equipe. Analisava-se o movimento feito pela equipe em reuniões passadas. Na avaliação delas, a reunião anterior teria sido boa, com decisões importantes. Na última, alguns projetos não tinham sido discutidos.

Não sei bem por que, mas fico pensando se não há um movimento de falsificação do Instituído. A lógica dialética da Instituição é permanentemente movimentada pelo Instituído e pelo Instituinte. Ao Instituído cabe a positividade, a reafirmação da verdade fundadora da Instituição. O Instituinte, nos lembra BAREMBLIT (1992), não pode ser encarado como uma força positiva e nem o Instituído como uma força negativa. A prática do Instituinte objetiva a negação do funcionamento da Instituição. Segundo AUTHIER e HESS (1994), a lógica dialética pode se apresentar como a vontade e a força da verdade em relação ao fundamento que deve ser negado, falsificado permanentemente para evitar o risco de dissolução dentro do social.

Segundo os mesmos autores, essas situações estão presentes quando há questionamento sobre os fundamentos e as práticas da Instituição. Não seria, então, esse o movimento de falsificação que identifiquei nas falas sobre manter viva? Não haveria aqui a vontade de fundar de novo a Instituição? Temos dez anos de uma mudança que opera na prática assistencial, mas antes não se falava nem em descentralização orçamentária, nem em descentralizar as unidades. Com os lares, a idéia é a de que vários usuários, dependendo da autonomia de cada um deles, possam morar juntos fora das dependências do hospital. O propósito de abrir mão, paulatinamente, do complexo físico do Cândido Ferreira, já significa que a verdade desta instituição está sendo, aos poucos, questionada, abalada.

Sáímos da copa e fomos conversar em outra sala. Falei um pouco sobre a minha proposta de estudo no doutorado e começamos a conversar entre uma interrupção e outra dos usuários. Tive a impressão de que eles interrompem principalmente quando existe uma porta fechada.

A gerente me mostrou um organograma composto pelas unidades de serviço. Como também já havia visto em outras unidades, existe uma área de apoio, mas ela como as outras, caminha para a autonomia orçamentária. Os grupos possuem apoio para o estudo de casos e para a Análise Institucional. Como resultado de uma falta de política de cargos e salários, os gerentes, na maioria, estão no cargo há dez anos. Dez anos é um período longo que produz hábitos e costumes, principalmente em torno do modelo de gestão. Mas, permanecer no cargo de gerente significa ganhar um pouco mais.

Antes de me despedir, perguntei sobre a possibilidade de estar presente em uma das reuniões de equipe. Terminamos a conversa e fui para a Unicamp pensando nos últimos acontecimentos.

02/05/01

Após a resposta positiva de que eu poderia assistir a uma reunião da equipe, cheguei ao hospital me deliciando com as árvores da entrada. No hospital-dia perguntei a um usuário que auxilia na recepção se a gerente havia chegado. Após perguntar a uma funcionária, ele voltou com resposta negativa. Avisei, então, que estaria no pátio esperando pela chegada dela. Eu estava um pouco insegura em participar da reunião de equipe, pois não sabia bem como seria a receptividade por parte dos demais integrantes do grupo.

Estava um dia de sol. Não esperei muito. A secretária da gerência logo me chamou. Entramos e já havia algumas pessoas na sala. Fui apresentada pela secretária com um pedido de que fosse acolhida. Sentei-me em frente à porta. As pessoas me cumprimentaram e fiquei aguardando.

Não demorou muito e entrou na sala um homem de meia idade segurando uma maleta. O senhor cumprimentou a todos e, pela reação das pessoas, supus que ele era o supervisor. Em seguida, foram chegando mais algumas pessoas. O supervisor perguntou

quais os casos que seriam discutidos naquele momento. Algumas pessoas disseram que a gerente não havia deixado nada agendado. Não demorou muito para que alguém sugerisse que fosse discutido um caso que tivesse relação com as mudanças na unidade. Pelos comentários, entendi que a unidade passará por mudanças profundas, principalmente na composição das equipes.

A discussão se iniciou com a apresentação do caso. Durante a discussão, percebeu-se a necessidade do acompanhamento da família. Nenhum dos presentes se propôs a se responsabilizar por esse acompanhamento, pois, nesse momento de mudanças, assumir o caso parecia ser indicado. O supervisor foi contundente e colocou claramente que o caso deveria ficar com a profissional que já vinha, de certa forma, acompanhando a família, mesmo que em curto espaço de tempo esta profissional fosse para outro local. A profissional tentou argumentar em sentido contrário, mas o restante da equipe – aparentemente – gostou da decisão.

Mesmo antes de se iniciar a reunião e, a partir de alguns fragmentos que consegui captar enquanto ela transcorria, pude perceber que a outra reunião (a de Análise Institucional) ajudou e está ajudando a equipe a passar por esse movimento de reestruturação. Algumas pessoas acham que é preciso mais supervisões para tratar desse assunto. A gerente, contudo, acha que “estamos demandando muito do outro” e que é preciso deixar que a equipe comece a tratar de suas próprias questões com um pouco de autonomia.

Como um não deixar morrer, a morte do hospital aparece no discurso de manter o que já existe. Como extensão da morte, a vida é feita de uma multiplicidade de mortes parciais e singulares.

O supervisor terminou, despediu-se, e as pessoas permaneceram para discutir a mudança. Algumas verbalizaram que, com o remanejamento interno, se houvesse a possibilidade, gostariam de ser gerentes. Outros assuntos também, como o grupo de estudos, também foram tratados.

Durante a reunião, percebi que uma das profissionais fora chamada por uma pessoa. Ela saiu e rapidamente voltou. Quase ao fim da reunião, a mesma profissional foi solicitada novamente, saiu e voltou em seguida colocando-se como uma candidata a sair da

unidade. Logo depois, ela levantou o assunto da segurança e dos furtos. O assunto foi sendo ampliado com a participação de outras pessoas. Durante a discussão, a profissional colocou que estava sendo ameaçada por uma usuária. Algumas pessoas mencionaram que também já haviam sofrido ameaçadas. Um dos profissionais interrompeu a discussão e perguntou se ela estava pedindo ajuda para a equipe. Ela demorou a responder e disse que sim com a cabeça. Propostas de encaminhamento começaram a ser feitas e, em seu conjunto, elas foram apelidadas de rede de ajuda. A reunião foi se esvaziando, e com ela, a discussão não teve maiores desdobramentos.

Fiquei até o final para agradecer a gerente por eu ter participado. De repente, ouvimos gritos e o som de tapas. Uma funcionária entrou e chamou a gerente dizendo que a profissional que fora ameaçada havia sido agredida pela usuária ao sair da sala.

Saí da reunião com muitas impressões sobre o grupo. A situação da agressão me fez lembrar minha chegada à enfermaria de agudos. Lá, todos queriam saber quem eu era, externavam curiosidade e expressavam seus sentimentos. Na ocasião da agressão, a resposta ao pedido de ajuda foi tão racional quanto a demanda. Será que só verificamos os efeitos da contenção nos usuários em crise? Além da contenção física, existem, neste espaço, outros tipos de contenção?

Outro momento que me fez pensar foi o da mudança. A reunião fez parecer que somente aquela unidade mudaria, porém, o hospital todo está em processo de transformação. Evidentemente, uma determinada unidade poderá sofrer mais do que as outras para se adaptar, mas todas experimentarão as conseqüências da mudança. A discussão, todavia, não ultrapassou os limites da unidade. É um movimento que se choca com a morte do analista, presente na fala da gerente. De fato, estamos podendo observar um desejo de se lançar e acompanhando a expressão pela busca de autonomia. Da mesma maneira, ao lado desse movimento de experimentar, verificamos um outro movimento com tendência ao fechamento.

20/06/01

Marquei com a responsável pelas oficinas. Enquanto esperava por ela, encontrei várias pessoas da Unicamp. Estava um tempo muito frio e chuvoso, bom para ficar em casa.

Acho a localização do hospital um lugar agradável: tem muito verde ao redor. É, também, uma Instituição de muito movimento e que busca a afirmação de um projeto coletivo. A unidade é vinculada à Fundação Cornélia, que a auxilia com donativos. Essa verba ajuda muito na viabilização de alguns projetos.

A gerente chegou e me mostrou as diversas atividades realizadas nas oficinas e a potencialidade que o trabalho oferece para a sua ampliação. Ademais, com o fechamento do hospital Tibiriçá – hospital psiquiátrico particular próximo à cidade –, abre-se a possibilidade de incorporação de outros profissionais no hospital. Embora só venha a acrescentar no sentido de ajudar a expandir esse trabalho nas oficinas, a possível chegada desses profissionais não tem sido muito bem aceita pelos funcionários. Pelo que pude observar, o argumento mais usado é o da competência técnica. Para alguns funcionários, a ausência dela, verificada, segundo eles, nos ex-trabalhadores do Tibiriçá, pode comprometer o projeto do hospital. Penso que aí temos, mais uma vez, a proteção a um determinado modelo assistencial. Ao mesmo tempo, acredito que esta é uma oportunidade para se promover uma mudança em algumas estruturas cristalizadas na instituição.

Ao término do encontro fui para as oficinas. Gosto de andar pelo hospital, apesar de seu aspecto pouco agradável. Durante a caminhada aconteceu algo engraçado. Passava pelo salão de televisão quando me deparei com um usuário. Fui seguindo o corredor para alcançar o pátio interno e escutava um som abafado que não conseguia entender. Diminuí a velocidade dos passos para tentar ouvir melhor. Qual foi a minha surpresa! Estava sendo, elogiada. Fiquei com medo, pois me recordei da fatídica visita ao hospital de Jurujuba, mas, ao mesmo tempo, fiquei feliz em perceber que a vida percorre aqueles corredores.

3.3-DIÁRIO DO ESTABELECIMENTO 2

30/01/01

Levou um certo tempo para que eu pudesse fazer contato com o hospital. Finalmente, após agendar por telefone, consegui um primeiro encontro para hoje à tarde. A princípio, pretendia falar sobre a proposta de pesquisa e a possibilidade de fazer do hospital meu campo de observação.

Cheguei ao hospital na hora marcada. Ao me dirigir à secretária, ela me pediu que esperasse um pouco na ante-sala. A diretora técnica estava terminando uma reunião. Durante a espera, avistei o Gastão em uma outra sala. Fiquei pensando nas múltiplas coisas por fazer e negociar neste início de governo, principalmente com um serviço municipal que atende emergência e urgência.

A diretora técnica me recebeu bem gentilmente e de maneira muito diferente do telefonema do dia anterior quando pareceu uma pessoa distante e de difícil acesso. Expus a minha proposta e ouvi sobre o primeiro mês de governo.

O início do meu estudo no hospital começou na manhã seguinte. Ao contrário do outro estabelecimento, neste, o colegiado ainda está sendo formado, de modo que a minha proposta não foi apreciada por este fórum.

Saí de lá com a sensação de que era preciso adequar a metodologia de pesquisa para cada espaço de observação, já que os lugares e os processos observados seriam diferentes. Por outro lado, não tenho a intenção de avaliar e comparar modelos, mas de identificar os modos de subjetivação presentes no espaço gerencial e como a dinâmica gerencial trama essa produção. Assim, cheguei à conclusão de que um ajuste de metodologia não seria necessário, mas era preciso manter claro o objetivo do estudo – principalmente para mim. Pretendo, a partir de uma discussão crítica com as teorias da gestão em saúde, introduzir uma perspectiva de análise das micropolíticas (produção de subjetividades) no campo da gerência em saúde.

O hospital está em fase de mudanças. A dinâmica desdobra processos e se move na direção de buscar um novo campo. A subjetividade é produzida independentemente do modelo de gestão. DELEUZE e GUATTARI (1996), não deixam dúvidas de que a

produção de subjetividade se dá em todos os espaços. Não há distinção de espaço para haver produção de subjetividade. Acredito que o que se modifica é o modo como os sujeitos se apropriam dessa produção e o que é produzido.

31/01/01

Entrar em um hospital geral de emergência é como estar entrando em um espaço conhecido. Sinto-me confortável por estar em um território que, por mais que não conheça aquelas pessoas, conheço o processo de trabalho e o modo de atenção que é desenvolvido. Assim, a insegurança vivida no interior do outro estabelecimento não encontra vez aqui. Devo confessar que me sinto bem por conhecer o território e o ambiente.

Penso no cotidiano gerencial que se modifica e, ao mesmo tempo, produz modos de subjetivação na prática do profissional de saúde. É um pensamento importante para a minha investigação, e, também, um desafio. Desafio que se coloca além da simples identificação do modo de subjetivação, suscitando indagações: Como se apresentam? Sob forma de situação, ou desenham uma rede complexa com várias entradas e saídas? Se for assim, como cartografar?

Com todas essas e outras idéias, entrei no hospital e subi até o andar onde se localizam as salas que a direção ocupa. Naquele momento, não sabia, mas teria um dia exaustivo, com muita informação.

Não sei identificar a causa, mas neste primeiro contato percebi um certo desconforto por parte dos profissionais com o projeto defendido pela direção. Talvez eles desconheçam o que seja a proposta de gestão. Conheço o que está sendo proposto e não há problemas de entendimento, mas para aqueles que estão tendo contato pela primeira vez é comum haver muita dúvida. Não diria que haja aí, explicitamente, disputa de projetos. A proposta promove mudanças profundas e as reuniões desse dia demonstraram certa inércia e acomodação. Essa atitude pode significar uma posição política de primeiro entender o que está se passando, mantendo-se apático. Pode ainda revelar, ou melhor, esconder pactos individuais que a proposta, com certeza, colocará em discussão.

Penso que manter uma posição de aparente inércia significa a preservação de uma dada conjuntura política de favorecimentos e acordos velados, que impede decisões coletivas com possibilidades de mobilização institucional. É a manutenção do instituído. Nesse momento, apesar da presença física das pessoas nas reuniões, a gerência opera de forma vertical e com baixa participação do coletivo nas decisões.

A despeito de a proposta apontar a descentralização das ações como uma das formas de priorizar as necessidades do usuário, a presença dos coordenadores, na sala da direção, em busca de decisões prontas para seus problemas cotidianos abre duas frentes de reflexão.

Uma das frentes é relativa à responsabilização das ações. Essa prática, até então delegada para o outro, agora precisa ser exercitada. Há pouco espaço para a delegação de responsabilidade.

A segunda diz respeito ao medo de tomar decisões que fogem à proposta. Temor esse que talvez se relacione ao desejo de não errar perante o grupo dirigente – pessoas das quais pouco se conhece e que podem, pelo poder técnico e político que detêm, mobilizar antigos acordos.

A participação do coordenador de enfermagem nas reuniões me chamou a atenção. Em primeiro lugar, pela minha implicação psico-afetiva com a profissão. Impressiona-me também a pouca capacidade desta profissional diante de debates técnicos, principalmente os relativos ao processo de trabalho da enfermagem. Essa atitude certamente merece ser mais bem observada, pois pode ser o reflexo da submissão que acompanha a profissão – ou não. CARAPINHEIRO (1998) destaca que não há confronto de poder explícito da enfermagem para com o médico, mas a conservação de domínios que passam por alianças e compromissos com os objetivos e interesses do médico. É preciso uma maior aproximação para que se possa fazer qualquer afirmação a respeito. Por hora, essa é uma linha importante e deve ser guardada. Talvez se inclua em uma trama importante para a carta. Penso que a dinâmica gerencial é um trânsito livre para pequenos e grandes problemas. Tenho que estar bem atenta para entender o que acontece entre as pessoas e reconhecer a produção de subjetividades presente nas relações.

02/02/01

As reuniões das quais participei nesse dia mantiveram o quadro anterior de pouca participação dos coordenadores e gerentes. A mudança na forma de gerenciar coloca em discussão pactos individuais que protegem determinados profissionais. Identifiquei o horário como fazendo parte desses pactos. Diferentemente do que estipula o contrato de trabalho, há concessões na jornada de trabalho de determinados profissionais. Surgem denúncias de diferentes profissionais relatando acordos e o não cumprimento das funções que deveriam ser exercidas pelos antigos colegas de trabalho. Um clima de fofoca ainda é gerado na busca por favorecimentos pessoais.

Observando o movimento da diretora técnica nas reuniões, fica nítido o conhecimento acumulado por ela em relação à gestão em saúde. A firmeza em tomar decisões e as colocações feitas nas reuniões representam um poder técnico definido por TESTA (1992). Segundo este autor, o poder técnico é um saber que, freqüentemente encontrado na construção de teorias, circula manejado por determinados grupos e consolida ilhas de homogeneidade em torno de um determinado poder acumulado. Ele é expresso por códigos que impedem a transmissão de informações fora daquele círculo. Tal poder é reconhecido e respeitado pelos demais profissionais. Para TESTA (1992), o Poder é utilizado como categoria central de trabalho e como recurso de poder. Ambos são empregados menos como definição do termo poder e mais como manejo instrumental.

Neste sentido, ao mesmo tempo em que o poder é exercido, possibilitando mudanças, são criados modos diferenciados de gerenciar. Modos que, neste estabelecimento, são produzidos individualmente a partir dos encontros entre a diretora e o gerente, mas que podem vir a ser o ponto de partida para a produção de gestão coletiva. Reconheço que vou precisar estudar mais a produção de subjetividade nessas relações. Segundo CAMPOS (2000a) “(...) durante o processo de gestão, e particularmente em uma gestão participativa, não se produzem somente efeitos políticos ou administrativos, mas também efeitos pedagógicos e subjetivos”. (CAMPOS, 2000a: 161)

19/02/01

Acontecimentos e informações interessantes preencheram o dia. Acompanhar a diretora técnica não apenas tem sido válido para a minha pesquisa de doutorado, como, também, é um aprendizado profissional de que tenho gostado muito. Reconheço aqui uma implicação importante entre o pesquisador e seu objeto.

Implicação é um conceito que possibilita entender alguns espaços que são forjados durante a pesquisa de campo em Saúde Coletiva. Tais espaços não encontram respaldo nas discussões científicas de tradição objetiva, pois nestas não se confere relevância à ação subjetiva. Minha pesquisa não desconhece que o subjetivo perpassa pela elaboração de um estudo e afeta a produção de conhecimento. Aqui tem início o uso do conceito de implicação trabalhado por BARBIER (1985). Vejamos:

Implicação (...) pode ser então definida como o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento.

(BARBIER, 1985: 120)

Uma das situações possíveis de implicação referida por BARBIER (1985) relaciona-se à tensão gerada por oposição à dimensão sistêmica. Neste caso, o pesquisador, mesmo estando em sintonia com a dimensão libidinal – encontrando ganhos secundários e possibilitando a realização do trabalho – choca-se com a lógica organizacional, ideológica e política do campo e corre o risco de desvio. Em relação ao meu estudo, observo que é o contrário que acontece. Pelo grau de identificação com a proposta ideológica e política dos estabelecimentos que estou investigando e pela consonância libidinal de estar presente em atividades gerenciais, por vezes, um amplo grau de implicação no desenvolvimento e na análise das situações vividas no cotidiano das organizações estabelece pontos de cegueira: crítica em relação ao estudo. A Implicação torna-se presente entre a fusão com a dimensão sistêmica no nível estrutural-profissional e uma tensão no nível histórico-existencial.

O meu envolvimento com a proposta de gestão se tornava um comprometimento sócio político, pois aposto e acredito na idéia. A observação dos acontecimentos do cotidiano gerencial passava a ser não apenas um olhar ausente de implicações, mas algo meu que se revela nesta proposta. O jogo de interferências na minha pesquisa e na minha análise é uma realidade. É uma tarefa árdua, pois é justamente o que é produzido nessa relação que promove o conhecimento perseguido nesta pesquisa.

Durante a reunião com a equipe de direção, gerentes e coordenadores, notei a distância existente entre o projeto, ou melhor, a proposta de gestão e os profissionais do hospital. De um modo geral, essa distância talvez passe pela falta de entendimento do que seja a proposta. Boa parte deles está tendo o primeiro contato com essa proposta. A este fato soma-se à angústia por respostas de quem a conhece e tem urgência por resultados.

Fico pensando sob a dimensão da urgência por resultados. É uma dimensão que, por remeter ao conceito tempo – não no seu aspecto cronológico, mas em seu aspecto menos concreto e mais político – presentifica atravessamentos múltiplos.

Um outro elemento que se revelou durante a reunião pode ser traduzido como sendo um ruído na comunicação. A comunicação é uma ferramenta gerencial que penso que tenha a capacidade de diminuir a cegueira informacional dos grupos, ampliando o coeficiente de transversalidade.

Segundo GUATTARI (1987), a todo o momento e em todos os níveis, o significante social incide sobre o indivíduo. Neste sentido, no interior da Instituição há fluxos incidentes sobre cada integrante, ao mesmo tempo em que estes possuem vínculo com a Instituição. Podemos dizer que no interior das Instituições há grupos, formados pelos mais variados motivos, cujo vínculo é representado pela missão e pelos objetivos de cada uma das Instituições. Os diversos interesses políticos, afetivos, profissionais, etc. denotam que, a todo instante, os integrantes recebem grandes fluxos de significante social que opera sobre a forma e a intencionalidade de cada grupo.

GUATTARI (1987) explora a questão do grupo de forma didática, classificando-o em dois tipos: o grupo sujeito e o grupo sujeitado. O primeiro é ouvinte e ouvido e se abre para além dos interesses do próprio grupo, possuindo desapego às questões hierárquicas e se esforçando para elucidar o seu objeto. O segundo tipo se subordina à

hierarquia, não se colocando em posição de elucidação de seu objeto e colocando sua causa para ser ouvida. Há oscilação entre estas posições, dada pela própria dinâmica do grupo. A subjetividade com vocação para tomar a palavra oscila para a subjetividade alienada, ou seja, para a perda de visão da diversidade social.

Neste universo de oscilações de fluxos de ordem social e no ambiente institucional o conceito de transversalidade estruturado por GUATTARI (1987) é trazido em oposição a uma verticalidade e a uma horizontalidade presentes na Instituição. “O ‘coeficiente de transversalidade’ é o grau de cegueira de cada membro do pessoal” (GUATTARI, 1987: 96). Pessoas paradas em si mesmas possuem grau de transversalidade menor e, conseqüentemente, a cegueira é maior sobre as intencionalidades presentes na Instituição.

O grupo que detém o poder decisório real da Instituição regula as possibilidades extensivas dos outros níveis de transversalidade (Guattari, 1987). De certa forma, a capacidade de outros grupos no interior da Instituição ampliarem seu coeficiente de transversalidade está vinculada à regulação dada pelo grupo dirigente. Percebo, assim, que a comunicação é algo precioso para a gestão. Os espaços que são criados para a declaração de informação possuem poder para diminuir a cegueira gerencial, aumentando o coeficiente de transversalidade dos grupos, e possibilitando aos grupos sujeitados o acesso à fala e à construção de novas subjetividades.

Neste momento gerencial, reconheço ruídos no espaço de comunicação. Ocorre um distanciamento entre o grupo dirigente e os gerentes e desses com os demais profissionais. Focos diferentes de leitura do que seja gerenciar e modos de gerenciar são encontrados no núcleo gestor. Considero que esses fatores são positivos, pois são capazes de qualificar, fertilizar e diversificar a produção de subjetividades no espaço gerencial. Entretanto, é possível que espaços com baixa mobilidade gerencial e com potencial de individualização estejam sendo forjados.

Uma das reivindicações que posso dizer, que é coletiva, é a solicitação por mais profissionais de enfermagem (auxiliares). Ela é comum entre os profissionais da área fim, e coletiva – por ser feita por diferentes Instituições.

A dívida contraída com obras na gestão anterior acarreta a pressão de fornecedores e grande tensão entre o grupo dirigente. Dentro do objetivo de atender com qualidade aos usuários, a receita se torna insuficiente para atender a demanda de pagamento, a necessidade de aquisição de equipamento e a manutenção do hospital.

O absentéismo, diga-se de passagem, amparado legalmente pelas licenças de trabalho, aparece em quase todas as reuniões como bloqueador de ações e investimentos no campo assistencial. Ao fim da reunião, combinei com o coordenador de enfermagem uma visita ao hospital. É uma possibilidade de me aproximar de outros grupos.

20/02/01

Uma questão que surge a todo momento, mas que venho tentando evitar, por supor sua dificuldade, é a discussão sobre público e privado. O movimento corporativo dos profissionais, de proteção e de utilização do serviço de forma a promover interesses próprios, como consultas a amigos e até mesmo o uso de aparelhos fora da organização para fins privados, faz com que eu pense nos limites entre o público e o privado.

De certa forma, esses territórios se chocam a todo o momento. Interesses e desejos estão sempre presentes, promovendo ordenações e determinantes distintos do modo público de ordenar o serviço. Acredito ser importante refletir sobre esta dimensão (público X privado). O movimento do grupo dirigente é dar forma e territorializar o espaço público. Reconhecer esse movimento enquanto uma questão a ser trabalhada e discutida pelo grupo é importante para os processos de subjetivação que estão sendo formados. Subjetivação que cataliza modos capazes de produzir outros territórios. Mas, a dúvida permanece: de que tipo? Públicos?

Para nos auxiliar nessa discussão, CAMPOS (2000a), no Método da Roda, trabalha as questões do público, do privado e do estatal, tomando a Co-gestão como produtora do caráter público, pois nessa forma de organização “*envolvem-se distintos atores sociais – trabalhadores, sociedade e governo ou diretores –, havendo, portanto, a possibilidade de correção dos Blocos de interesse cristalizados.*” (CAMPOS, 2000a: 182). O caráter público de uma organização estaria sendo promovido pela Co-gestão.

Ainda no debate entre público e privado, CARAPINHEIRO (1998) chama a atenção para a forma de internação nos hospitais por ela pesquisados. Segundo a autora, esta prática ocorre muitas das vezes por uma seleção desigual, em que o médico privilegia clientes que são indicados por ele próprio, ou por colegas, para fazerem exames de diagnóstico que não fariam em outro lugar. Com muitas facetas, essa lógica privada e liberal na prática hospitalar construída a partir do saber científico é uma questão presente no plano da gestão em saúde.

06/03/01

Por ter compromissos na Unicamp, hoje fui ao hospital na parte da tarde. Cheguei por volta das 13 horas, pois a distância entre a universidade e o hospital é grande. Cheguei na porta do prédio da administração e, após me perguntar sobre meu paradeiro, o porteiro informou que não havia ninguém no andar ocupado pela direção do hospital. Todos estavam no almoço. Fiquei sentada em um banco, esperando no rol de entrada do prédio. Nesse período, o coordenador da enfermagem passou pela portaria. Havia esquecido do nome dele e ele não me reconheceu pelo uso dos óculos. Após este lapso no primeiro momento, fui cumprimentá-lo e, mesmo sem lembrar o nome dele, perguntei sobre a visita pelo hospital, acordada dias antes. Ele disse que naquele momento não poderia me acompanhar. Estava com problema nos olhos devido a uma cirurgia oftalmológica. Não perdi tempo. Agendei o compromisso para o dia seguinte. Não queria perder a oportunidade de observar mais de perto o movimento de desinteresse da Instituição enfermagem.

Um pouco depois, desceu pelo elevador a diretora técnica, conversando com um senhor que me pareceu ser médico. Cumprimentamo-nos. Ela estava de saída para o Posto de Saúde, para uma reunião sobre novos equipamentos adquiridos pela Secretaria de Saúde e me convidou para acompanhá-la. Achei que era uma boa oportunidade para entender um pouco a relação do hospital com outras unidades do sistema.

Fui com a diretora para a reunião, mas esta efetivamente não aconteceu. Houve um problema de agenda. Aproveitei para conhecer o posto e uma das regiões mais pobres de Campinas. Entre uma conversa e outra, recuperei o tema da reunião. Era a respeito da transferência de equipamentos do Posto para o hospital. Eles foram fornecidos pelo

Ministério da Saúde para ampliação do Posto. Nessa troca foi possível perceber o movimento de organização da rede de saúde. Um movimento de unicidade, que passa pela definição da função de cada serviço.

Ainda em relação à transferência dos equipamentos, passa uma dúvida no meu pensamento. Qual será a finalidade do Posto? Ele será um pronto-atendimento? Essa dúvida transparece nas argumentações sobre a defesa da permanência dos equipamentos naquela unidade. Reconheço aqui a defesa de territórios no interior da secretaria e do próprio Posto de Saúde – algo que atravessa a organização hospital.

Voltamos ao hospital e, junto com a diretora técnica, acompanhei algumas demandas. Isso me fez pensar que a diretora técnica toma decisões a todo o tempo. A saída do profissional que coordena a área de apoio diagnóstico deixou evidente o movimento de decidir.

Ao pensarmos no ato de decidir, na grande maioria das vezes nos vem à cabeça que para praticá-lo há a necessidade de possuir informações previamente processadas que sejam pertinentes à questão discutida, que tenhamos uma visão analítica dos dados e utilizemos métodos eletrônicos, seguindo a lógica racional.

A tomada de decisão pela linha da Escola Racional trilha a lógica de armazenamento de informações e de estabelecimento prévio dos passos preestabelecidos a serem seguidos. Entretanto, nas últimas décadas, esta área da Administração passou a ser influenciada pela teoria contemporânea que procura demonstrar o valor do senso comum, da simplicidade e do juízo pessoal diante do uso ativo da intuição e da percepção.

Na visão de MOTTA (1995), as decisões que são classificadas como intuitivas são o resultado de um acúmulo de informações que emergem durante a ação. Embora não haja durante o processo nenhuma explicação científica de como ela se desenrola, tomaremos conhecimento a posteriori.

MINTZBERG (1995), em um estudo sobre o gasto do tempo de executivos, conclui que o lado intuitivo é muito mais forte durante a tomada de decisão. Neste mesmo estudo, segundo o autor, é possível identificar as fontes das quais os executivos extraem suas informações e estas, na sua grande maioria, provêm de conversas informais e reuniões sociais. As oportunidades são sempre bem aproveitadas, quaisquer que sejam elas –

inclusive reuniões de clube. O conhecimento da dinâmica interna da empresa, a relação e a concentração de poder, no seu interior, e o repasse de informações para os assessores são pontos importantes. Segundo a pesquisa, para não haver perda de tempo, estes dados são transmitidos com objetividade e quando o gerente julga necessário.

A preocupação em possuir uma consciência do risco, conhecer as principais probabilidades da decisão com o auxílio da razão e ter a intuição e o impulso como fonte de energia para a ação, traduzem o equilíbrio entre a racionalidade e a intuição. Tomar decisões é algo presente na agenda da gestão e tomá-las equilibradamente é o que se persegue no sentido de aprimorar este espaço da função gerencial.

Ainda neste dia, uma denúncia de assédio sexual por parte de um enfermeiro gerou um processo de sindicância. Este fato foi motivo de desconforto no interior do grupo dirigente. A diretora técnica não concordava com a posição do diretor em transferir o funcionário. O diretor já havia sugerido isso há algum tempo. A diretora é da opinião que ceder o enfermeiro para outra prefeitura seria um prêmio. Segundo ela, eles estariam presenteando o funcionário.

07/03/01

Como havia marcado com o coordenador de enfermagem, fui com ele conhecer o hospital. A minha intenção é a de entender melhor o movimento da enfermagem nesta engrenagem maquínica que é a Gestão em Saúde. Qual é o real papel dessa Instituição Enfermagem na produção da subjetividade da gestão?

Começamos conhecendo a Unidade de Tratamento Intensivo. A enfermeira responsável estava às voltas com a discussão de aumento do número de leitos da unidade. Ela justificava o seu pedido, pelo aumento no número de pessoal e pela produção da unidade. Mostrou o estudo feito por ela própria e pelo médico para ser apresentado à direção. De uma forma geral, os profissionais das unidades fechadas (UTI, CC, etc.) possuem a tendência de se articularem melhor entre si. O trabalho coletivo e integrado entre os profissionais costuma fluir melhor nessas unidades.

Nas unidades de internação, conheci as enfermarias. Como a ampliação do horário de visita está sendo discutida, aproveitei para perguntar ao coordenador a sua opinião a respeito. A resposta foi baseada no argumento de que a ampliação do horário acarretaria em um aumento de trabalho, somado à indisciplina do visitante. Em nenhum momento foi levantada uma possível melhoria – tanto na qualidade do atendimento, quanto no processo de trabalho de enfermagem.

Ainda nas enfermarias, surgiam perguntas e dúvidas em relação à alocação de pessoal, gerando ruídos e insegurança nos funcionários. Havia muito disse-me-disse. Reforçando a idéia anterior, a comunicação é uma ferramenta importante no processo de gestão.

Após a visita, fui a uma reunião da diretora com os funcionários da enfermaria da Clínica Médica. Quando cheguei, ela estava conversando com alguns médicos e me disse que não haveria mais a reunião. O coordenador da enfermaria disse que não haveria necessidade, pois já havia conversado com a equipe. A diretora remarcou a reunião com a equipe, pois sente que o chefe não quer mexer com algumas coisas. Acredita que exista uma certa fragilidade do gerente diante do grupo, ou que esse tema a presença dela na unidade.

Sáímos de lá e passamos no 1º andar para observar como estava indo a mudança e o aumento do número de leitos de algumas especialidades médicas. O processo de transferência de leitos já havia começado e estava sendo coordenado pela enfermeira da unidade. A diretora técnica estimula e incentiva bastante as pessoas a se envolverem nos projetos da instituição.

No caminho entre uma enfermaria e outra, encontramos com um médico da radiologia. Foi uma conversa breve, em que ele apresentou alguns dados de produção e solicitou algumas coisas para a direção. Acho que é a dinâmica da gestão estar em constante ato em todos os espaços.

Neste mesmo dia, fomos ao Pronto Socorro para falar com o gerente sobre uma denúncia de mutilação de testículos. Era um paciente atendido na emergência durante o final de semana. A chefia se justificou dizendo que o especialista responsável demorou a prestar atendimento. Penso que haja aí um misto de falta de gerenciamento com falta de

responsabilidade dos profissionais que atendem. Na realidade, o processo de trabalho precisa ser revisto. A diretora técnica convocou uma reunião, para discutir esse episódio. Haverá abertura de sindicância para apurar a responsabilidade.

Durante o almoço, encontramos o coordenador de enfermagem conversando com outro enfermeiro. A diretora técnica aproveitou para conversar sobre a necessidade da enfermagem remanejar pessoal por conta da abertura de leitos.

Retornamos do almoço direto para uma reunião ampliada do colegiado com os gerentes das áreas. O coordenador da enfermagem faltou mais uma vez. O gerente da emergência é bem calado durante as reuniões, posicionando-se pouco. Fora do espaço do colegiado, com a diretora, ele argumenta bem. Ainda não entendi direito esse tipo de movimento.

Ocorreu um fato interessante. O fisioterapeuta manifestou sua insatisfação com as mudanças. Só ele colocou sua idéias na reunião, os outros se mantiveram calados.

Posteriormente, fomos a uma outra reunião onde a equipe do CTI apresentou um projeto de abertura de cinco leitos para o serviço. Viu-se que há a necessidade de mais pessoal de enfermagem. Percebi a insegurança dos profissionais eu para negociar com a diretora. Ela possui grande capacidade e conhecimento, e eles não conseguem argumentar o suficiente para poderem se contrapor aos argumentos dela.

Há um movimento no sentido de incorporar no processo de trabalho da gerência algumas ferramentas – como a assessoria de um psicodramatista.

Outra questão que pude perceber foi o desconhecimento do papel do gerente nessa nova estrutura.

19/03/01

Como fico sempre na expectativa sobre como será a minha chegada, desta vez resolvi ir sem esperar. Fui para lá ver os acontecimentos. Não fiz contato prévio e cheguei com a cara e com a coragem. Encontrei com a diretora técnica na sala dela. Ela estava organizando alguns papéis e chamou a secretária para despachar algumas atividades. Algumas tinham urgência, outras poderiam esperar.

Em seguida, chegou a enfermeira responsável pela atenção domiciliar. É um serviço da Secretaria de Saúde, que agora funcionará no espaço físico do hospital. Ela colocou um pequeno problema com o pessoal da radioterapia – especialidade instalada nas proximidades.

Os profissionais da Atenção Domiciliar haviam organizado um espaço para almoçarem, mas os profissionais da radioterapia haviam sugerido que os acompanhantes dos usuários deste setor, que almoçavam sentados do lado de fora da radioterapia, almoçassem no mesmo espaço. Havia conversado com a gerente da nutrição sobre a possibilidade de um outro espaço, mas a gerente não vê problemas na utilização do espaço pelos dois grupos (funcionários da AD e acompanhantes do setor de radioterapia).

Acredito que a apresentação de um novo espaço organizado recria a vontade e o desejo de melhoria do próprio espaço de trabalho.

Reclamações relativas à conduta – ou à má conduta – de profissionais é rotina na sala da diretora técnica. Hoje, um funcionário que teve a mãe hospitalizada reclamou de descaso e falta de atendimento. Como o caso era particular, resolvi me retirar da sala para que a diretora e o funcionário pudessem conversar mais à vontade.

Algumas situações se repetem na sala da diretora técnica – como, por exemplo, a presença, pela manhã, do chefe do serviço de emergência para conversar e se aconselhar ou para resolver problemas em conjunto com a diretora. Acho que há uma relação de confiança construída que antecede a atual. Além disso, a emergência é a porta de entrada do hospital e nela, com muita frequência, surgem problemas – principalmente na esfera assistencial. Em uma dessas conversas, percebi um movimento claro dos médicos da emergência em desarticular o projeto de atenção através da demora no atendimento. A diretora sugeriu a explicitação desse movimento para todo grupo. O coordenador, ao contrário, sugeria a suspensão. Essa atitude pontual e administrativa podia ser usada contra a gerência nesse momento. A posição da diretora me pareceu ser a mais acertada.

Aqui há, claramente, a administração de um lado e o profissional do outro. Em alguns momentos, na reunião da tarde, percebi que, à exceção de uma discussão mais acalorada relativa ao aumento no número de leitos, mais uma vez a diretora conduziu a discussão e os participantes pouco falaram.

Fico pensando se o aumento no número de leitos não seria um analisador. Analisar é produzir análise. Segundo GUILLIER (2002), a Análise Institucional retoma o conceito e propõe duas classificações. Na primeira, tem-se o “analisador construído”. Aí o analisador se coloca como uma construção deliberada; é um instrumento construído. A segunda classificação é a do “analisador natural”. Ela se dá com a manifestação espontânea da vida, com a emergência natural do social. Os analisadores construídos possuem a função de fazer surgir os analisadores naturais.

Segundo LOURAU (1993), analisador é o que agita a Instituição, é o que de uma só vez permite surgir uma análise, revelando movimentos antes invisíveis. É um conceito muito útil e bastante interessante para um estudo que objetiva identificar fluxos de subjetividades no interior da prática gerencial. Segundo L’ABBATE (2001):

O efeito de um analisador é sempre o que de revelar algo que permanece escondido, de desorganizar o que estava de certa forma, organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos. Isto vale, tanto para as análises de fenômenos sociais mais amplos (os exemplos são inúmeros: a escravidão na Grécia Antiga; o proletariado na sociedade capitalista, o movimento de maio de 68 na sociedade francesa, etc.), como para as análises construídas a partir de processos de intervenção com grupos mais restritos. Em ambos os domínios, descobrir e assinalar quais são os analisadores vai depender da sensibilidade e do treino do socioanalista.

(L’ABBATE, 2001: 05)

Neste caso, o aumento no número de leitos não seria um analisador construído com a finalidade de identificar analisadores naturais, mas traz a potência para fazer emergir, revelar e movimentar situações – como o horário dos profissionais – que demorariam a surgir, ou não surgiriam com tanta facilidade.

21/03/01

Ontem fui à reunião do grupo de hospital, na Unicamp. Fiquei empolgada, pois os assuntos debatidos me ajudam a refletir. É preciso dar ao cuidado um princípio, um meio e um fim. Ele deve atravessar os serviços através da postura de um gerente que saiba

articular o cuidado entre os diferentes serviços. Neste sentido, a gerente da pediatria desempenha muito bem esse papel, articulando o cuidado com as crianças, desde o serviço de emergência até o CTI, passando pela enfermagem e pelo ambulatório.

O conceito de transversalidade permite uma análise sobre os fluxos que são revelados pelo analisador e oferece um reconhecimento de potenciais analisadores.

Acontecimentos analisadores não só podem ocorrer, como, a todo instante, envoltos pelo grau de coeficiente de transversalidade, ocorrem no interior das Instituições. Em outros momentos, estes movimentos se confundem com um outro conceito: o de falsificação. Este, já mencionei na narrativa do estabelecimento 1.

O movimento dialético entre o Instituído e o Instituinte faz surgir questões que acabam por colocar em dúvida a fundação da Instituição, ou seja, a verdade que sustenta o Instituído. Em outros termos, o Instituído reage com discursos falsos.

Mais esta lógica dialética pode se analisar como a vontade e a força da verdade em relação ao fundamento que deve ser negado, falsificado permanentemente, para evitar o risco de dissolução dentro do social (HESS, 1975)

As Instituições presentes no interior da organização de saúde, ou fabricam pequenas falsificações instituídas, desviando o foco de questões que, por vezes, estariam abalando sua sobrevivência, ou buscam, em um movimento de re-institucionalização e por meio de um falso discurso, manter, sem abalos, a missão e os objetivos de sua fundação.

Recortada pelo conceito de transversalidade, a articulação entre os conceitos de analisador e de falsificação possibilita a identificação de engendramentos significativos da dinâmica subjetiva da gerência em saúde.

Cheguei ao hospital com vontade de assumir coisas, de pôr a mão na massa. Todavia, mesmo que essa pesquisa possua profundas implicações, sei – e tenho que afirmar – que estou naquele espaço enquanto pesquisadora. Aliado a este sentimento está o de estar só. Nesta divagação, fiquei aguardando a diretora que ainda não havia chegado. Sabia que hoje haveria uma reunião com a equipe de enfermagem, mas não sabia em que lugar. Acabei perdendo a reunião no serviço de clínica médica com toda a equipe. A diretora me

falou que o momento havia sido bem construtivo e que as pessoas participaram, opinaram mais. Contudo, ela identifica ainda uma lacuna grande entre a direção e os funcionários.

Enquanto estava esperando pela diretora, a gerente de pessoal chegou e me informou sobre uma reunião na Saúde do Trabalhador. Fui até lá. Por absorver as queixas e oferecer licenças, é um dos lugares de maior ruído com a direção. A reunião estava sendo tocada pela gerente de pessoal, e participavam alguns rostos já conhecidos. Apresentei-me ao grupo e percebi que a reunião era com a coordenação de pessoal da Secretaria de Saúde. A discussão foi bem pesada. O clima de insatisfação entre os funcionários era visível. As falas se dividiam entre os anseios coletivos e os individuais. Penso que possa categorizar as falas em dois grandes grupos: há um grupo relacionado ao encastelamento dos funcionários no setor de Saúde do Trabalhador, com a finalidade de se proteger da antiga direção – proteção, atualmente explicitada por inúmeras licenças de trabalho (LTS) –; e, no segundo grupo, percebi a dificuldade de fazer as informações circularem.

Ao término da reunião, fiquei conversando com algumas pessoas e os comentários giravam em torno da insatisfação dos funcionários da limpeza, cozinha e lavanderia com o horário de trabalho. Essas áreas estavam acostumadas a trabalhar em regime de plantão, ou seja, 12/36 horas. Devido à característica do trabalho, a proposta da gerência da área foi a de seis horas diárias. Alguns funcionários aceitaram, outros não, gerando um abaixo assinado contra as seis horas de trabalho e um rumor de greve. Seria a mudança de horário um outro analisador? Acho que sim, pois evidencia uma série de questões que estão se transformando em tema de muitas das reuniões.

Retornei à sala da diretora e ela me avisou de uma reunião com o diretor. O assunto era pensar estratégias de intervenção no hospital, tais como: aproximar-se mais dos grupos a moralização dos horários, principalmente dos médicos e, por último, a garantia do almoço para todos os funcionários. Após o levantamento de algumas questões, as tarefas foram divididas por cada membro da direção.

À tarde, a reunião com o pessoal de enfermagem não se diferenciou das anteriores. Foram feitas poucas propostas por parte dos enfermeiros das unidades e houve muita distância entre os profissionais e a direção. Ficou claro que a proposta de gerência coletiva se constitui em um processo de construção gradativa.

Ainda durante o dia, conheci o profissional que assumiu a coordenação do ambulatório e do serviço de apoio ao diagnóstico. É um profissional com experiência na rede e com proposta de aumentar o número de vagas e exames no município.

03/04/01

Ontem não fui ao hospital. Fiquei em casa e aproveitei para ler alguns textos e pensar sobre os últimos acontecimentos. Lembrei da proposta de greve originada de uma insatisfação com a possível mudança no horário de trabalho dos funcionários da área de apoio (lavanderia, cozinha e limpeza). Foram levantados diversos questionamentos, suscitando discussões como plano de saúde e horário de trabalho. O horário de trabalho pode ser, sim, um dispositivo de análise significativo, que atravessa diferentes instituições. Como já achava anteriormente, pode ser um analisador.

Acordei pela manhã e fui para o hospital. Encontrei as duas diretoras conversando e não quis atrapalhar. A secretária me viu e veio me cumprimentar. Foi o tempo das diretoras terminarem a conversa.

Encaminhei-me para a sala da diretora técnica. Logo em seguida, a secretária comunicou a ela que a filha de uma paciente, que havia caído do leito e fraturando a perna, estava na sala de espera. Fiquei pensando o que faria se fosse comigo.

A conversa se iniciou com a descrição da usuária sobre o acontecido. O relato nos indicou que a mãe dela havia chegado com queixa de dor precordial à emergência do hospital. A senhora foi atendida e levada para a sala de observação. Apesar da solicitação da filha em permanecer com a mãe, os profissionais de plantão não permitiram. Ao chegar em casa, recebeu um telefonema do hospital e retornou tomando conhecimento da queda e da fratura do fêmur de sua mãe.

A diretora se desculpou e se comprometeu com o suporte necessário. Após a saída da usuária, a diretora chamou a Assistente Social e encaminhou o caso, reforçando a necessidade de cadeira de rodas e medicação.

Em meio à conversa, a Assistente Social sugeriu a compra de colchão do tipo cascas de ovo para os pacientes acamados. Embora seja usado com muita eficácia em pacientes acamados, principalmente idosos, o hospital não dispõe desse tipo de material. Confesso que fiquei espantada em saber disso.

Após a saída da profissional do serviço social, comentamos o assunto e nos questionamos de quem deveria ser a demanda dessa compra. Seria da enfermagem? A diretora sugeriu um seminário para a discussão do processo de trabalho da enfermagem a ser realizado em conjunto com a Semana de Enfermagem. Contudo, o mais interessante seria se a discussão e a proposta surgissem dos profissionais de enfermagem.

Durante o almoço, fiquei pensando no caso da usuária que teve a perna quebrada. Por um lado, a irresponsabilidade se alia à imaturidade cidadã. Por outro, construir canais de diálogo entre o usuário e o poder público é abrir espaço em uma sociedade em que esta prática é quase que ausente. Essa é uma tarefa difícil e uma proposta ousada diante da conjuntura neoliberal. Mas, a fratura aconteceu.

Voltei do almoço e, assim que cheguei na sala da diretora técnica encontrei um médico do serviço de imagem conversando sobre a manutenção e o uso do aparelho de endoscopia pelo discurso. Pelo discurso, parecia que o equipamento era de propriedade dele. O médico afirmava que outros profissionais poderiam manejar o aparelho de forma incorreta. Será esse, aparentemente, um argumento de preservação da coisa pública ou será apenas uma forma de travestir o poder de propriedade? Esse fato me lembrou a relação infantilizada com que os profissionais de saúde lidam com os equipamentos. Parece que o aparelho é meu e outras pessoas podem estragar o brinquedo. Os meus pensamentos foram atravessados pelo posicionamento da diretora em relação ao uso do equipamento e a prioridade da sua utilização com o usuário do serviço.

Quando o médico se retirou, o gerente da Comissão de Infecção Hospitalar pediu para falar alguns minutos com a diretora. A principal demanda relacionava-se aos problemas de relacionamento no interior da comissão. Problemas esses que ele, enquanto gerente, não estava conseguindo contornar. A diretora começava a fazer a leitura do problema quando uma frase do gerente me chamou a atenção: “o projeto de vocês”. O ato

de ausentar-se da responsabilidade se misturava com a busca por uma solução pronta para o problema.

Em meio a inúmeras reuniões, decisões políticas e assistenciais, a suspensão no fornecimento de água toma proporções gigantescas e interfere de maneira negativa no processo do cuidar. A gerência torna-se (ou é) uma rede onde um pequeno descompasso transforma-se em um grande problema.

Ao final da tarde, descemos até o laboratório. Há uma reunião com o objetivo de esclarecer a função do colegiado da unidade. Ao chegarmos, a reunião já havia se iniciado. O coordenador estava expondo as linhas gerais da dinâmica gerencial colegiada. Apresentamo-nos e, como dinâmica inicial, a diretora propôs-se a ouvir os funcionários. A primeira pessoa a tomar a palavra identificou diversos problemas na estrutura funcional do laboratório. Os funcionários que se pronunciaram depois dele reforçaram o que fora dito e acrescentou os problemas com a escala de plantão, com o desvio de função, a inabilidade do gerente, etc. Foram falas em tom agressivo. Ao mesmo tempo em que saí de lá com a impressão de ter saído de uma panela de pressão, pude identificar como é importante o espaço da fala com a direção. Ela pode dar início a uma relação coletiva. A escuta tornou-se um bom dispositivo e muitos problemas foram debatidos.

04/04/01

Durante o trajeto até o hospital, fiquei pensando sobre o quanto estou implicada com a pesquisa e com a proposta de gestão. Ao mesmo tempo, fiquei pensando em como vou analisar o material que estou coletando.

As reuniões das quais participei durante este dia ocorreram dentro de um certo clima de animosidade. Animosidade essa expressa através da pressão do sindicato, a partir do movimento iniciado pelos funcionários da cozinha, lavanderia e limpeza, da reivindicação dos trabalhadores, e incluiu certa disputa partidária.

As pequenas reuniões na sala da diretora também tiveram o tom de reclamação. O responsabilizar-se, mas não se vincular esteve presente inúmeras vezes.

Em meio a tantas outras informações, a proposta de abrir um ambulatório composto por uma equipe interdisciplinar para pé diabético, foi muito interessante. Pode ser a porta de entrada para uma nova forma de cuidar.

18/04/01

Hoje, conversei com o profissional que coordena o trabalho com os profissionais da copa e da cozinha. Ele comentou que uma das cozinheiras “puxou a faca para a outra”. Esta informação me remeteu a um comentário feito pelo Gastão em umas das reuniões de nosso grupo de estudo. Ele falava que as cozinheiras desse hospital não queriam comer da sua própria comida. Ao associar uma informação a outra, fiquei pensando se o fato das cozinheiras não quererem se alimentar da própria comida não seria devido à desconfiança gerada no ambiente de trabalho.

Cheguei ao hospital pensando nessas questões. No meio do dia veio a notícia da possibilidade de greve na Secretaria de Saúde. Essa notícia mobilizou muito a direção, pois hoje o prefeito anunciou, no próprio hospital, a aguardada contratação de novos funcionários.

Em meio a essa possibilidade, a direção se reuniu para avaliar o momento e discutir quais as alternativas a serem tomadas. Um fato me chamou a atenção: avaliando o momento, a diretora destacou a falta de habilidade por parte da direção em uma das reuniões do Conselho Local. Campinas dispõe de um conselho municipal e dos conselhos distritais de saúde como fóruns privilegiados de participação popular. Na ocasião mencionada, foi lida uma carta de uma usuária relatando falta de assistência. Segundo a diretora, a leitura expôs os profissionais. Enfim, ela pontuava que este fato seria mais um argumento para a provocação de ruídos.

Penso que a gestão é mesmo complexa. Quando a proposta é administrar com transparência, pode significar e ser interpretada como ausência de estratégia. Por outro lado, como diria MATUS (1993), quando um modo de gerenciar está sendo construído ele precisa ter governabilidade e acumular recursos.

A discussão sobre a prática gerencial no hospital é feita com auxílio externo. Esse apoio institucional é feito em reuniões regulares. Fui a uma dessas reuniões à tarde. Um dos pontos debatidos e explorados pelos gerentes foi a insatisfação dos profissionais de terem sido expostos no conselho. Algumas falas foram carregadas de emoção; outras não mostraram interesse com o fato em si. A analista conduziu a reunião, resgatando algumas falas e fazendo os gerentes pensarem pontos como a comunicação entre os profissionais, a relação local entre gerente e funcionário e o diálogo na equipe. Foi visto como se constrói a insatisfação nas relações de trabalho.

Hoje, alguns atravessamentos ficaram claros. O sindicato enquanto um forte componente político, a Instituição Secretaria de Saúde e o Conselho Local de Saúde são instâncias geradoras de pressão e de demanda para o interior das Instituições. É uma demanda não homogênea, pois incide em cada Instituição diferentemente. Há, ainda, uma outra Instituição com grande poder que é a Enfermagem. Ela ora se articula – como na discussão sobre o aumento no número de leitos –, ora se comporta como se não possuísse qualquer recurso.

16/05/01

Fui ao hospital, mas antes de chegar, ainda em casa para ser mais precisa, fiquei pensando na distância entre minhas observações. Como este gap pode estar prejudicando a minha pesquisa? Mais uma vez, voltei a refletir sobre a questão de como as pessoas estão percebendo a minha presença. Fiquei pensando se a distância estaria prejudicando o meu processo de observação, já que as coisas estão, como já disse, em processo e em movimento. Dessa forma, poderia perder alguns movimentos importantes. Sendo ávida da Instituição processo e movimento, ela seria medida pelo tempo cronológico ou pelo tempo lógico?

Conversando com um amigo que trabalha no hospital, chamou minha atenção a forma como os funcionários fazem referência à organização – a denominam “família (nome do hospital)”. Acho que aqui se faz uma falsificação do Instituído. Ao assemelhar a Instituição a uma família, ou tem-se a intenção de formar uma falsa aparência do que seja ela, ou se conforma a visão ingênua de querer ser uma família em sua concepção

burguesa.– ou seja, sem conflito. Pode ainda ser o reflexo da impregnação dos conceitos e jargões da qualidade total presentes no discurso de alguns gerentes. A família unida, sem conflito, tem um só objetivo. Acredito, contudo, que o conflito seja elemento constitutivo da gestão.

Observando o movimento na sala da diretora técnica, fiquei pensando sobre o dispositivo analisador, ou seja, sobre o processo de trabalho que quando em discussão levanta questões sobre o absentéismo expresso nas LTS, os plantões feitos pela metade, o cuidado, etc. Realmente, o analisador é um dispositivo que auxilia na análise, ao mesmo tempo em que permite a clarificação dos processos de subjetivação e os atravessamentos que ocorrem no interior das Instituições.

A idéia de greve pode ser entendida como tendo sido disparada por Instituições externas – o sindicato e a Secretaria de Saúde – atravessando a Gestão.

Ainda pensando sobre o tema atravessamentos, pensei, mesmo que superficialmente, na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, articulada ao cotidiano gerencial de decisões. As ações desencadeadas pelos chamados “atos de fala” – atos que dão origem a processos na assistência e na administração. Assim, a diretora técnica, conversando com o coordenador do ambulatório sobre a fila e a repressão de demanda, decide, em minutos, as ações que serão implantadas em alguns dias, com reflexos na organização do setor e no processo de trabalho.

No meio do dia, uma comissão de funcionários, juntamente com o sindicato, solicitou uma reunião com a direção. Neste momento, percebi uma grande tensão de ambas as partes – direção e funcionários – em pauta: a greve. O grupo coordenado pela representante do sindicato levantou a indicação de greve, informando que todos os funcionários da prefeitura estavam em estado de greve. As primeiras falas foram tensas, com as pessoas fazendo um diagnóstico sobre a situação do hospital, a impunidade, o cuidado com o usuário, a recepção, etc.

A formação de um determinado grupo me chamou atenção. Eram auxiliares de enfermagem, copeiras, cozinheiras, auxiliares de R-X com a capacidade de diagnóstico sobre o hospital.

Assuntos graves como denúncias de falta de ética se tornaram ponto de pauta, e a discussão foi sendo conduzida no sentido de esclarecer questões, apontar dados e argumentações com base no que estava realmente sendo realizado no hospital.

Devo confessar que, no início da reunião, quando as pessoas estavam elencando os problemas enfrentados, senti um pouco de raiva. Era um sentimento, de que, “poxa”, só havia quatro meses de direção e o que estava sendo apontado tinha sua origem muito antes. No entanto, observando o decorrer da reunião, comecei a perceber que era a primeira vez em alguns anos, que aquelas pessoas tinham acesso e oportunidade de falar sobre o que achavam do hospital e, mais importante, de serem ouvidas.

A repressão da fala e da escuta é grande, mas para o nível médio ela se torna ainda maior. O profissional de apoio é aquele que está ali, como o nome diz, para apoiar, para fazer coisas – atos mecânicos – e não para discutir e sugerir mudanças.

A escuta pela lógica racional que reveste a maioria dos modelos administrativos, desconsidera a escuta como elemento importante. No entanto, CAMPOS (2000a) ao discutir o termo escuta, empregado na psicanálise, o faz de forma a ampliá-lo para ser um elemento da co-gestão.

A democracia Institucional é dependente da instituição de sistemas de co-gestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato. Incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das Instituições; as Equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens e serviços, considerando que adiante de cada núcleo de poder há contrapoderes com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e de contratos. (CAMPOS, 2000b:232)

“(...) escutar, observar e ler, tudo isso para recolher signos e com isso ir compondo textos” (CAMPOS, 2000a: 195). Esses são textos a serem analisados e interpretados.

Naquele momento, a escuta estava sendo exercida, segundo a proposta de CAMPOS (2000b). À medida em que a gerência escutava, recolhia signos que comporiam o texto usado na análise. O mesmo movimento acontecia por parte dos funcionários. Ao final, seria possível a construção de um texto coletivo sobre o hospital.

A reunião transcorria pautada nas informações das reuniões dos gerentes – por exemplo –, diálogos eram gerados e eram capazes de ampliar o grau de coeficiente de transversalidade do grupo.

Após a reunião, a diretora comentou comigo que durante o episódio uma funcionária a olhava com muita raiva. Considero que, de certa forma, haja uma sobreposição de papéis e que, no cotidiano gerencial, a expressão de sentimentos, por mais que sejam camuflados em algumas situações, está presente e conforma elementos importantes na dinâmica gerencial. O desejo está presente e é imanente ao sujeito (CAMPOS, 2000b).

Em seguida, fui a uma reunião com os gerentes. Percebi que, de modo geral, a maneira de ser pensado o processo de trabalho – em geral –, no hospital segue a lógica do profissional. Ou seja, se o processo de trabalho está cômodo para o profissional, ele não é mudado. Caso contrário ele é adaptado ao profissional. É uma distorção muito grande do conceito.

Aqui caberia a discussão sobre o conceito de formação de compromisso, proposto pelo Método da Roda. A afirmação de compromisso ocorre na região intermediária no mapa de co-produção dos sujeitos.

(...) um espaço de mediação de forças imanentes ao Sujeito e outras produzidas com grande exterioridade a ele. Uma Região em que há possibilidade de se reconstruir a dominância das necessidades sociais e dos fatos instituídos, bem como de se recompor imposições internas. (CAMPOS, 2000a: 70)

Trabalhar a recomposição dos interesses sociais, considerando o desejo profissional, pode significar a construção tanto de novas formas de gerenciar, quanto de novas subjetividades.

Se formos recordar as duas reuniões com o pessoal de apoio logo após a que aconteceu com os gerentes, observamos um descompasso na relação entre os profissionais de nível superior e os de nível médio. Ficou evidente que a informação ou é repassada sob a forma de ordem, ou não é repassada para os funcionários de apoio. Mas se há uma coisa que é comum entre os profissionais e não faz distinção quanto ao nível de escolaridade é a

licença médica. Este mecanismo de proteção opera de modo indistinto e, em determinados casos, não há nenhuma preocupação quanto à sua ilicitude. Se por um lado temos grupos sujeitos e grupos sujeitados, por outro, há uma aliança, um pacto ao redor das licenças médicas.

17/05/01

Quinta-feira é dia de grupo com o pessoal da copa. Cheguei ao hospital e encontrei a diretora da administração. Comentei com ela sobre a minha participação no grupo. Ela é a responsável por essa área e gostou da idéia. Como ainda estava cedo, fui para a sala da diretora técnica esperar e telefonar para a gerente de pessoal para saber o local da reunião com o grupo. Durante a conversa com a gerente, ela me informou que a diretora estaria participando também.

Fui para o local combinado e no caminho encontrei com uma funcionária do setor de pessoal que realiza um trabalho junto às copeiras e cozinheiras. Ela me pediu ajuda com a reunião no período da noite e eu concordei em ajudar. Marcamos de acertar os detalhes durante o almoço, após a reunião com o grupo da copa.

Quando cheguei ao local marcado, não havia ninguém. Logo avistei um pequeno grupo da copa e o segui até uma outra sala próxima. O coordenador já havia chegado. Falei com ele e combinamos que, antes de iniciar a reunião, ele faria um pedido ao grupo para que eu pudesse participar. Após a resposta positiva do grupo, começamos.

Na dinâmica inicial, as pessoas se apresentaram. À medida em que as pessoas iam chegando, uma funcionária que ficou na porta orientava a dinâmica.

Carla, funcionária da copa a pouco tempo (quatro meses), ficou sendo a minha parceira. Conversar com ela me fez lembrar do abismo social em que estamos imersos. A falta de oportunidade e acesso aos bens e serviços nos faz diferentes em determinadas coisas que talvez pudéssemos nos assemelhar –ela e eu.

A próxima proposta era a de contar histórias e, em seguida, fazer uma “cena” do cotidiano de trabalho das copeiras do hospital. Foram três “cenas”: uma sobre o bife que queimava na cozinha e ninguém ligava, pois era responsabilidade de outrem; a segunda

mostrava a copeira servindo o almoço a um paciente acamado, que dizia não poder se alimentar por não ter braços, e, a última, sobre a copeira interferindo na oferta de refeição e gerando conflito entre os funcionários.

Em seguida, deveríamos escolher uma cena para o debate. A cena número 2 foi a escolhida. Acho que pelo choque que causou em todos. Começamos a discutir sobre a dificuldade do usuário. Algumas pessoas queriam que o usuário falasse, reclamasse, queriam ouvir a família; outras, diziam que as enfermeiras estavam muito ocupadas para alimentá-lo; outros, ainda levantavam o porquê da copeira não poder auxiliar o paciente. Mas, acho que o que estava presente na cena era a ausência de responsabilidade, de vínculo, de compromisso com o usuário.

O coordenador avaliou a escolha da cena 2 como tendo sido feita em função da dificuldade do grupo em tocar no assunto de relacionamento que apareceu na cena 1. Essa dificuldade estaria presente no cotidiano do trabalho na cozinha e já teria sido a causa de diversos incidentes.

Já quase no final da reunião, após várias falas, inclusive da diretora de administração, uma fala, a de Rita, chamou minha atenção. A cozinheira dizia ter dificuldades em se expressar, mas que “sente” algo. Sente que está faltando alguma coisa em todas as cenas, uma coisa que existia antes. Nesse momento, uma outra pessoa a ajudou e disse que “antes havia cooperação” entre os funcionários. “Até cozinheira ajudava médico”. Rita retoma a palavra e diz que é isso que estava faltando: amor.

Após todos saírem, fiquei para conversar com o coordenador e ele me contou sobre a dinâmica com o grupo anterior. Uma atividade que consistia em fazer um trem com as pessoas onde cada um era um vagão e a pessoa mais velha era a locomotiva. Nessa cena, apareceu no meio do trem uma ruptura: a degradação no relacionamento promovida pela queda de salário, corte da assistência médica, etc. Seriam as transversalidades, os fluxos atravessando e promovendo a construção de novos territórios? Como forma de sobrevivência e na ausência da cooperação esses territórios passam a ser construídos no individualismo.

Fui almoçar com a funcionária do setor de pessoal para planejarmos a dinâmica do grupo da noite. Combinamos que a dinâmica de apresentação seria com corte de figuras e construção de crachás de identificação. Em seguida, seria feita uma explanação sobre os objetivos do grupo.

Retornei ao hospital para a sala da diretora técnica. A discussão era relativa à falta da gerente por grandes períodos no ambulatório. A notícia veio com um telefonema da diretora para o ambulatório para saber algumas informações da gerente. A enfermeira disse que aquele não era dia dela. Conversando comigo, a diretora disse que a antiga diretora é a atual gerente do ambulatório e que sente uma certa desconsideração por parte da mesma quando se comunica diretamente com o diretor. Acho que aqui há questões de desagrado que vão sendo reprimidas e que, ao provocarem a cristalização em posições muito pouco flexíveis, impedem o fluxo de mudanças. Esses elementos estão presentes no plano gerencial.

Soube também do retorno do antigo coordenador da área de apoio de diagnóstico. Ele havia se ausentado do cargo devido a um convite para um trabalho no sul do Brasil. Conversei um pouco com ele e ficou claro que ele retornara porque as coisas não se concretizaram da forma como ele havia imaginado. No hospital, uma outra pessoa estava ocupando a sua antiga função, mas a proposta da direção seria a de que ele assumisse a gerência do ambulatório. A promessa é a de que dentro de seis meses a situação esteja resolvida.

Fui para casa pensando no cotidiano do hospital e como este é repleto de atividades normatizadas. Atividades que se originam em algumas Instituições e atravessam outras. Em determinadas Instituições, essas ações normatizadas tornam-se rígidas demais. Essa rigidez ocorre principalmente em Instituições como a Nutrição e a Enfermagem, cujos interiores revelam um hiato dado pela escolaridade. O taylorismo é marcante no estabelecimento das diferenças entre aqueles que fazem e aqueles que pensam.

Retornei mais tarde para o grupo da copa. Logo de início, percebi uma certa hostilidade por parte de uma das funcionárias. Essa hostilidade era demonstrada nos gestos e pela escolha que ela fazia das palavras. Durante a dinâmica, acabei por ficar junto com ela

para fazer a troca do crachá. A dinâmica consistia na escolha de figuras que expressassem a primeira impressão sobre a pessoa.

Enquanto recortava e colava as gravuras na cartolina, ouvi uma funcionária dizendo que tirou uma pessoa que detesta muito. Fiquei curiosa. Na hora da apresentação do crachá foi muito constrangedor, pois essa funcionária disse textualmente que não gostava de uma outra. Esta, por sua vez parecia não escutar e ficava repetidamente dizendo que amava a todos ali. Era uma situação estranha, pois parecia que a funcionária detestada estava completamente ausente. As apresentações se seguiram e eu falei sobre a minha primeira impressão da pessoa que havia tirado. Parecia-me uma mulher forte e decidida e que gostava de expor e expressar a sua opinião. Durante o passar do tempo fui percebendo como ela conduzia o grupo e como o grupo a escutava.

Terminamos a reunião retomando o que havia acontecido no início e perguntamos diretamente para a pessoa que havia sido hostilizada pelo grupo como ela estava se sentindo. Ela disse que não estava sentindo nada. Acho que já esperava essa resposta pela posição dela no confronto anterior.

Já era tarde e a funcionária do setor de pessoal me levou para casa. No caminho ela contou-me que a bem pouco tempo foi chamada à cozinha para resolver um problema. Ao chegar lá, ela se deparou com a cena de uma das cozinheiras passando mal. Havia muita gritaria. Encontrou a funcionária que havia feito a dinâmica do crachá comigo com uma faca na mão dizendo que mataria “ela”. Naquela confusão, onde caos se instaurara, ela precisou gritar mais alto e pedir que as pessoas se acalmassem, pois estava falando com “mulheres trabalhadoras”. Houve uma certa calma e uma nutricionista começou a relatar o que de fato havia acontecido. Um grupo de copeiras e algumas cozinheiras (há uma nítida e intransponível barreira separando essas duas categorias) começaram a pontuar algumas questões que seriam levadas ao diretor quando este fosse até a cozinha. Tudo acertado. Quando o diretor chegou, a funcionária que havia feito a dinâmica comigo começou a colocar reivindicações e a discutir e negociar, dentre outras coisas, o horário de trabalho. Nesse momento, chegou essa outra funcionária que havia sido hostilizada pelo grupo e começou a dizer que era tudo mentira e que as funcionárias não queriam nada com o trabalho. As outras pediram para que ela parasse, pois estava atrapalhando. Ela continuou.

As demais conseguiram expor algumas idéias ao diretor. O mesmo saiu da cozinha e começou a discussão entre elas. Uma cozinheira, de mais idade e com problemas cardíacos não se sente bem e é levada para o PS (Pronto Socorro). Durante o trajeto, essa cozinheira é acusada pela funcionária hostilizada de mentirosa, provocando ódio em todas as pessoas ali presentes. A nutricionista teve que escondê-la no almoxarifado da cozinha, afastá-la do trabalho e mudá-la de plantão.

Ouvindo esse relato, a leitura que a funcionária do setor de pessoal faz do caso me chamou a atenção. O fato da funcionária afrontar todo o grupo e reagir como se nada tivesse acontecido é lido por ela como algo contido no campo espiritual. Acho que o fato dela ser muito religiosa traz esse tipo de olhar. Por outro lado, situações como essa revelam, segundo CAMPOS (2000b), a ausência do desejo no trabalho.

18/06/01

Cheguei cedo, pois assim posso observar os acontecimentos desde o princípio. A secretaria informou que a diretora ainda não havia chegado. Naquele dia, segundo ela, não haveria reunião de diretoria: a diretora administrativa estava de férias e o diretor com problemas na família. Fiquei conversando com a secretária sobre sua filha enquanto esperava.

Neste período, resolvi descer para falar com o grupo do setor de pessoal. Encontrei com a funcionária com a qual participo do grupo dos funcionários da copa e cozinha e ela me disse que a gerente da cozinha havia pedido um relatório das reuniões que haviam ocorrido. A justificativa para o pedido fora a observação feita pela diretora administrativa para que ela, como gerente, participasse dos encontros. Mas, como ela não via essa necessidade, queria saber o que se passava nas reuniões.

Os encontros com o grupo da lavanderia, cozinha e copa estão sendo realizados a partir de um acordo interno de que o espaço das reuniões seria protegido. Os coordenadores do trabalho (manhã e noite) ponderaram sobre o pedido esclarecendo à gerente sobre esse acordo interno e que iriam conversar com o grupo.

Fiquei pensando, a partir desse movimento da gerência, sobre a ausência das pessoas nos grupos nos últimos dias com a justificativa de não terem tido liberação para participar das reuniões. De certa forma, mexer em certas estruturas, espaços de poder cristalizado, causa reações cuja argumentação toma como base a razão e as necessidades do dia-a-dia. O serviço não pode parar.

Voltei à sala da diretora. Ela já havia chegado e conversava com a gerente de pessoal. Havia um pedido de ajuda por parte da gerente. Ela precisava de uma pessoa para trabalhar no setor, na parte de desenvolvimento e administração de pessoal. Ligaram para várias pessoas da Secretaria de Estado vendo a possibilidade de uma troca, mas sempre havia alguma pendência que impedia a negociação. Nesse momento, entra a gerente de compras, também pedindo ajuda. Ela havia atropelado um homem no dia anterior, em São Carlos, e queria saber notícias. A gerente sabia que a vítima estava na Santa Casa e pediu à diretora que ligasse. Com a ligação, soubemos que o homem havia tido alta.

Essas duas situações podem parecer opostas e sem correlação. Mas, se pudermos explorá-las pelo lado da construção de espaços menos burocráticos, isso é algo novo: um território de confiança e aliança construído sobre outras bases que não a puramente racional e política.

Após a saída da gerente de compras, a conversa com a gerente de pessoal continuou e uma fala me chamou a atenção: “a equipe dirigente deveria resolver e definir” pois, “são eles que conhecem o projeto e o plano de ação”. Acho que, novamente, o entendimento do que seja construção coletiva está sendo colocado em discussão. Por outro lado, algumas decisões e responsabilidades dizem respeito ao cargo e realmente não são coletivas. Esse limite é muito tênue.

21/06/01

À noite voltei ao hospital para a reunião com o pessoal da cozinha. Cheguei um pouco mais cedo para preparar o material. Nem todas as pessoas foram. Combinamos de contar ao pessoal da noite as dificuldades do pessoal da manhã em participar dos encontros. À noite, segundo o grupo, não há problemas, pois não tem chefia.

O grupo, na sua maioria de pessoas religiosas, deu o tom. De repente achei que estava participando de um grupo de oração. Algumas pessoas verbalizavam palavras como “Glória”, e outras diziam que a funcionária do setor de pessoal era “um anjo enviado”.

Ao final da reunião nos despedimos e fiquei pensando no modo como a Instituição religiosa é forte e produz reações em outras Instituições.

25/06/01

A diretora agendou uma reunião com os profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno. Quando cheguei, havia muita gente, mas ainda não havia começado.

As primeiras falas foram configurando a indicação de problemas, principalmente de falta de pessoal. O período noturno realmente é mais penoso. Houve mais algumas falas. Mas, o que me chamou a atenção, ou melhor, o que eu esperava, era que um dos problemas apontados fosse a falta de descanso noturno – a aguardada reivindicação por um local para o descanso. Havia passado pelas enfermarias, pelo PS e não identifiquei nada que pudesse ser chamado de repouso para os profissionais de enfermagem.

Ao término da reunião, fiquei um pouco mais conversando com alguns enfermeiros sobre a semana de enfermagem.

02/07/01

A diretora técnica ainda não havia chegado e o gerente da emergência estava aguardando para uma reunião sobre o serviço de oftalmologia na equipe. Eu nem sabia que existia no hospital uma equipe de oftalmologia. O gerente da emergência queria que antes que o médico chegasse, ela pudesse acertar algumas coisas com a diretora. Não foi possível. O médico chegou e a conversa se iniciou.

Chegaram dois médicos. O mais velho começou sua fala perguntando qual era o projeto da direção para essa área. O gerente disse que não havia e fez a proposta de iniciar a reunião discutindo sobre o volume de atendimento. Estavam entrando na discussão da

formação de um banco de olhos, quando chegaram, primeiramente a diretora, e, em seguida, o coordenador da área cirúrgica.

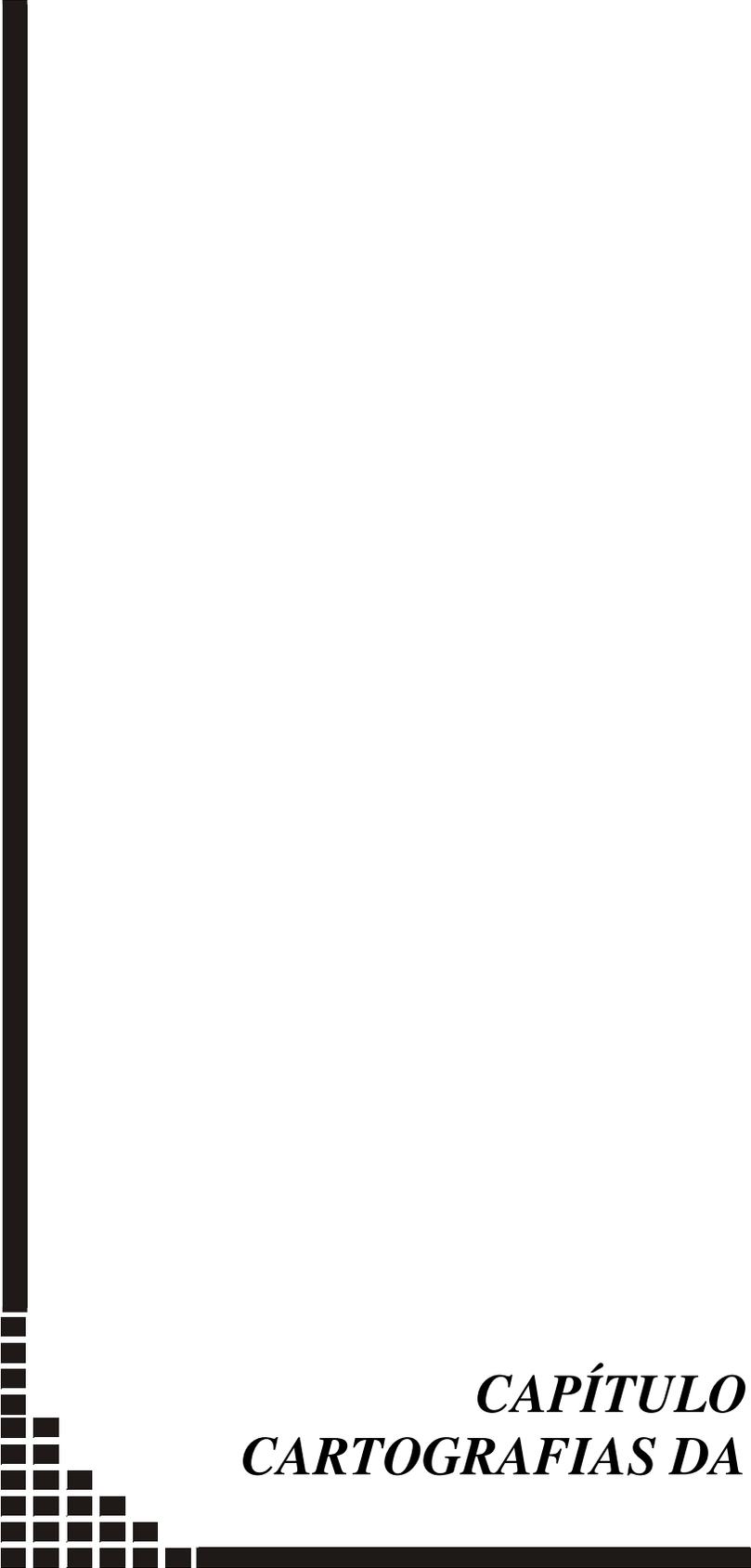
A discussão sobre banco de olhos foi sendo deixada de lado, pois esta é uma ação que precisa ser feita em outras bases. A reunião terminou com algumas demandas para os dois médicos e com a proposta de um formato de atendimento com escala de plantão coordenada pela área cirúrgica.

Após a saída dos dois médicos, comentamos sobre a reunião com a Ortopedia – uma área que, na avaliação da diretora, precisa que o gerente tenha um apoio maior. A área clínica também preocupa, pois na realidade existem dois gerentes, mas a competência técnica é exercida por um terceiro.

15/11/01

Ausentei-me dos estabelecimentos para organizar meu material de pesquisa e preparar a qualificação. Retornei hoje com a intenção de informar, na reunião dos gerentes, como andava o estudo.

A reunião de hoje foi de Análise Institucional, mas a morte do prefeito estava muito recente. A coordenadora da reunião achou melhor deixar que as pessoas falassem um pouco sobre o momento. E foi muito triste. As pessoas não falavam da morte de um prefeito, falavam da morte de parte de um sonho.



***CAPÍTULO 4-
CARTOGRAFIAS DA GERÊNCIA***

“Ele gostava muito de ficar observando o movimento das linhas que, a cada segundo, formavam um novo desenho.”

(Diário)

4.1-SEGUINDO RITMOS E FLUXOS

Ao término do trabalho de campo, eu possuía várias anotações, indagações e algumas certezas. O material que havia conseguido recolher nos meses em que acompanhei a gerência dos dois estabelecimentos escolhidos era recheado de brechas e dobras que possibilitavam inúmeras leituras. Optei por uma leitura que não se inscreve em um único território de saber. Uma leitura que não tenta abarcar todas as manifestações vivenciadas na gerência em saúde, mas busca a relação destas experiências aos mecanismos maquímicos da produção de subjetividade que ocorre naquele espaço. Tentarei sugerir outras formas de conhecer a gerência em saúde.

Assim, me debrucei várias vezes sobre o diário e, ao cabo da leitura, me perguntava: como os atos e a forma de operar da gestão são atravessados por fluxos subjetivos? Outra questão também esteve presente: onde reside a diferença entre os estabelecimentos apesar destes atenderem a demandas distintas e específicas e possuírem modelos de gestão distintos? No hospital 2 havia se implantando uma proposta gerencial participativa e no outro já havia uma experiência de dez anos de gestão colegiada : - um Hospital Geral e um Hospital Psiquiátrico. No entanto, havia elementos comuns, particularmente no que se refere a uma tônica gerencial semelhante, no diário confirmei esta impressão de que havia uma série de semelhanças entre os modos de subjetivação das equipes, gerentes e da relação destes com os usuários. Observei que o plano gerencial sobre o qual se constrói a gestão possuía partes análogas. Então, surgiu outra pergunta: se, por um lado, há essa semelhança entre os planos de gestão, modos de operar e de agir que se repetiam, ainda que em estabelecimentos distintos, por que motivos estariam se produzindo estas semelhanças, “como” essa produção estava sendo mantida apesar de todas as diferenças de função? Fiquei tentada a concluir sobre a importância do peso da instituição hospital. A instituição hospital produziria efeitos semelhantes apesar das diferenças de história e de funções das duas organizações? Havia um ritmo, uma cadência, um modo de

relacionar-se com o poder e com os outros (colegas, chefes, pacientes e familiares) que era encontrado independente da especificidade da organização (clínica psiquiátrica, cirúrgica etc.). Estaria a instituição hospital produzindo processos que induziam a constituição de elementos semelhantes e, ao mesmo tempo, produzindo elementos heterogêneos já que um estabelecimento tem como objetivo atender a pessoas portadoras de sofrimento psíquico e o outro estabelecimento atende à pessoas politraumatizadas? São estas variações de ritmo que pretendo desenhar. Pretendo, parafraseando MERHY durante uma reunião do LAGHOS - Laboratório de Estudos sobre Administração Hospitalar. Fruto da necessidade dos alunos de pós-graduação do DMPS/UNICAMP de um espaço na Saúde Coletiva que discutisse os problemas do Hospital. É coordenado pelos professores: Luiz Cecílio e Emerson Merhy -, fazer Cartografia.

Para identificar a cadência própria desse ritmo é necessário mais do que o olhar. A modernidade elege o olhar dentre os sentidos que temos para apreender o mundo e é a partir dele que privilegiamos as investigações. Mas esse modo de capturar e decifrar o que se passa ao nosso redor é insuficiente, pois podemos enxergar mais do que aquilo que efetivamente vemos. Enfim, penso que o olhar por si só não é hábil para estudar a complexidade que esse ritmo abarca. Outros sentidos e novas formas de pesquisar podem nos auxiliar a entrar nesse mundo de fluxos e ondas marcado por conflitos e momentos de criação, o método do diário, da observação quase livre que realizei, me permitiram, acredito, captar uma certa especificidade do cuidado em saúde que outras abordagens perderiam.

No plano da gestão desses estabelecimentos observa-se que, apesar de todas as reformas por que passaram, há a permanência de um fluxo intenso de subjetividades que poderiam ser considerados típicos e tradicionais às instituições hospitalares. Sente-se e respira-se hospital por todos os lados, mesmo no Hospital Psiquiátrico que, em teoria até trocou de nome - desejo de afastar-se do referente hospital - e passou a se denominar Serviço de Saúde. As interrogações desta investigação se colocam no meio deste fluxo, em meio ao caos aparente dessa multiplicidade de linhas de produção de modos de ser de trabalhar e de gerenciar. Caos não significa desordem, mas a potência dessa força capaz de construir e desconstruir. É pelo meio destes fluxos que tento construir a cartografia destes

estabelecimentos, apontando para a especificidade dos sentidos dos modos de gestão que a acompanham.

4.2-SOBRE CARTOGRAFIAS E OS CAMINHOS QUE PERCORREM A GESTÃO

Se a produção de subjetividades opera no sentido em que minha narrativa evidencia, ou seja, havendo uma certa semelhança entre os estabelecimentos no plano gerencial, seria possível identificar-se pontos que sejam os elos de um certo modo comum de produção de subjetividades: o modo hospital, que apesar de funcionar produzindo semelhanças não eliminaria a existência de diferenças produzidas pela singularidade de cada situação, me permitem uma aproximação dos fluxos que expressam o ritmo e a cadência da gerência.

Vou criando traços, como o navegante que olha o céu e consegue, no meio de milhões de pontos brilhantes, traçar um rumo para se guiar. A carta possui diferentes possibilidades de caminhos e entradas. Mas, se toda cartografia apresenta várias possibilidades e caminhos, ela também identifica no seu traçado os perigos da navegação. O mapa é a principal fonte pela qual o navegante se guia, embora não seja o único instrumento que orienta o navegador.

Entre as linhas que se formam é possível identificar as “estrelas” (a que denominarei de marcas) - pontos de ruptura, de cristalização, de dobra - que dão o contorno à cartografia. Naquilo que se repete, uma produção se conjuga e configura o entorno a ser evidenciado a partir não só do olhar, mas também da sensibilidade. Uma marca; uma dobra sobre a dobra.

Como num mapa aberto, as linhas podem ser conectadas em todas as dimensões, revertidas e modificadas. Os processos de subjetivação foram mapeados em linhas, não como contornos fixos, mas na sua própria experimentação provocada pelos encontros com outras linhas. A seguir apresento as linhas e marcos que identifiquei no plano da gestão dos dois estabelecimentos.

4.3-O TRAÇO DO ASILO

Alguns casos vividos no estabelecimento 01 e 02 registram um modo medicalizado, típico da instituição hospital, de produzir respostas às demandas que são apresentadas. Reproduzindo um ritmo do século XVIII, a dificuldade de manter e cuidar de alguém com pouca autonomia para cuidar de si próprio, por vezes pode ser “a” justificativa para a internação. Refiro-me ao traço do asilo; a repetição de padrões objetivos de conduta e comportamento que passei a identificar a partir de uma reunião que tinha como objetivo a qualidade da informação e os programas de informática que auxiliam o gerente.

O Hospital psiquiátrico era um asilo. Há dez anos vinha em um processo de mudança tentando transformar-se em serviço de saúde. No entanto, as marcas do modo asilar para lidar com pacientes ainda estavam presentes, os pacientes internados a longo tempo não adquiriam autonomia de um dia pra outro, e este tema tomava conta da subjetividade reinante. No estabelecimento 02, um estabelecimento que lidava com casos agudos, de urgência, tanto que um dos indicadores utilizados pelo gerente era o clássico e usual tempo médio de permanência. Este se apresentava alto em determinados setores e a diretora chamava a atenção para determinados casos em que a presença da assistente social era necessária para se entrar em contato com a família. Esperava-se que esta profissional buscasse a alta nem sempre possível. A linha do asilo, da dificuldade de criar redes de apoio fora do estabelecimento era também uma realidade. Ainda neste mesmo hospital, foi interessante observar que havia um número alto de licença médica, principalmente entre os profissionais de enfermagem. A reclamação constante de sobrecarga de serviço se misturava com a solicitação de pessoal e com alto índice de faltas por licença médica. O sofrimento e a dificuldade dos profissionais lidarem com a dependência dos pacientes era comum aos dois hospitais.

Sobre o ritmo da medicalização, soprava também o vento do sagrado que encontrei nos dois estabelecimentos, sobre portas e na entrada imagens de santos, algumas iluminadas e com flores se faziam presente no estabelecimento 1 e 2. Uma brisa mística embala e reveste o cuidado, a cura da doença, algo que ainda guarda o resíduo do oculto. Segundo FERRAZ (2002) “o território do hospital possui uma materialidade mística diante da sua capacidade de acolher a doença e o tratamento, a vida e a morte; portanto esse

espaço tem uma imagem que é sagrada.” (FERRAZ, 2002: 71). Como no templo de Asclépio - Deus da cura para os Gregos antigos -, solo sagrado.

No estabelecimento 1 a característica asilar também está presente na estrutura física. Prédios antigos, corredores extensos e o cuidado é realizado de modo pouco intensivo, em tese, parece que há tempo de sobra, embora os profissionais estejam sempre apressados e se queixando de sobrecarga. Espaços amplos, escuros, em que não se observa a obsessão com a higiene, ao contrário do outro, ajudam a compor o cenário.

Como os astros luminosos, a linha do asilo aponta vários caminhos, mas os fluxos que a percorrem não são muito melódicos. Na visão de MATUS (1993), temos aí diversos nós, que podem ser traduzidos em macro-problemas e gerar descritores. Um desses é, inclusive, um indicador de produção: em um há alta rotatividade; no outro, as equipes trabalham os mesmo casos durante um tempo bem grande. Por outro lado, a produção de subjetividades que dá contorno ao mapa, não está naquilo que os dados de um banco de informação hospitalar oferece, mas está inscrito no como as coisas acontecem. Está gravado no modo como as Instituições vêm, ao longo do tempo, forjando e operando potentes estratégias que nos deixam exilados e, por vezes, esquecidos em meio ao cuidado que se espera pacientemente.

4.4-O TRAÇO DO PACIENTE

A palavra paciente é relativa a quem revela paciência: virtude que consiste em suportar dores e outros infortúnios com resignação. Esperar pacientemente o banho, a explicação, a consulta é o que se espera das pessoas que são cuidadas. Do paciente que espera, espera-se submissão. Conforme nos fala CARAPINHEIRO (1998):

(...) um doente que necessita de pedir alguma coisa aos enfermeiros, fica no limiar da porta, ansioso e intimidado, à espera da melhor oportunidade para poder interromper, mas não ousa entrar.
(CARAPINHEIRO, 1998: 103)

O bom paciente é aquele que não reclama da dor, não se queixa de ter o seu corpo exposto durante o cuidado, solicita muito pouco, e ainda encontra ânimo para gracejos que não atrapalhem o serviço.“é na enfermaria que se espera que o doente

permaneça e se possível, para não atrapalhar muito as tarefas de rotina, que permaneça na cama” (CARAPINHEIRO, 1998: 104). A autora dá destaque ao modo de controle sob o corpo. A síntese da submissão do outro é marcada pela posição horizontalizada que o corpo assume perante a prática e o ato do cuidado. Acredita-se na idéia de que a postura horizontal permanece com o ar e a subjetividade do passado.

Alguém da família que busca informações é convidado a aguardar o término da visita médica. Quando o exame acabar, ou a conversa findar, talvez se possa, em um curto espaço de tempo, explicitar algumas das inúmeras dúvidas. Esta é uma vivência que não parece estranha, tanto para os profissionais, como para as pessoas que circulam naquele espaço. É um traço tão cristalizado que o exercício da paciência por parte daquele que é o centro do cuidado soa bastante natural. (Estabelecimento 1 e 2)

Natural é também não ter respostas às perguntas feitas por familiares e pacientes seja pela sobrecarga de serviço, ou pelo total desconhecimento do caso. Para Ferraz (2002) essa é uma atitude que contribui negativamente para o processo de trabalho em saúde. “(...) desinformação dos pacientes e familiares acerca das intervenções diagnósticas e terapêuticas são situações que desqualificam a atenção (...) (FERRAZ, 2002: 55)

Aqui cabe uma pergunta: os estabelecimentos investigados, no plano gerencial, objetivam o cuidado do doente ou da doença? Parece-nos, freqüentemente, que da doença. No entanto, é nas brechas do cuidado que a linha do paciente faz a dobra e constitui uma outra linha: a de fuga. Buscando fazer parte do seu cuidado, aquele que antes se cristalizava como paciente passa a ser usuário. Na cena do cuidar, surge um novo protagonista e o controle social se faz presente em ambos os estabelecimentos. Linhas quebradas, sentidos contraditórios atuando ao mesmo tempo.

O estabelecimento 1 o cartaz convidando para uma assembléia constitui o movimento de participação e busca de autonomia construído ao longo da experiência de dez anos.

No estabelecimento 2 era comum o tratamento impessoal aos internados, ouvia-se o tio, a avozinha, o leito número tal, etc, raramente uma referência direta ao nome. Neste hospital, que atende a demanda vitimada pela violência urbana, observava-se um certo

receio dos profissionais em relação aos seus pacientes. Durante minha investigação, houve uma invasão do hospital e um paciente foi assassinado dentro da enfermaria, um grupo terminou o trabalho, que haviam iniciado na rua, dentro do hospital.

Ter a linha do paciente no plano da gestão é buscar brechas, buscar a democracia é buscar a qualificação e a humanização do trabalho em saúde.

4.5-O TRAÇO DA DISCIPLINA DO CUIDAR

A cama destaca-se como peça central, identificada com um número que também identifica o doente, constituindo com ele uma unidade, de tal maneira que pode prescindir do doente para valer como o caso clínico nela depositado. (CARAPINHEIRO, 1998: 106)

A epígrafe acima descreve o ritmo que imprime impessoalidade ao cuidado. Um modo de subjetivação tão marcado que a cadência maquínica pode ser sentida em ambos os estabelecimentos.

Gestos mecânicos envoltos pela onda da cientificidade traduzem essa necessidade de distância. Poucos objetos que personificam o leito são permitidos. Objetos pessoais precisam ser mantidos fora do hospital e a roupa deve ser aquela que for oferecida, despersonalizada. O número sobre a cabeceira da cama e o nome da doença passam a ser mais importantes do que o nome da pessoa. (Estabelecimento 2)

A disciplina é registrada no gesto, no andar, no falar baixo, nas entrelinhas do cuidado com o corpo. Expressa-se na gestão por aumento da rotatividade dos leitos e pela falta de material nas enfermarias. Mas, esse como, esse modo de fazer, também é a expressão de outras linhas, de outras delineações. A produção de subjetividade seriada, a repetição de padrões de comportamento, modos de operar que ficam gravados em cada um dos sujeitos. São essas marcas que reproduzimos e que atravessam a gerência em saúde. O bom funcionário é o que cumpre os protocolos, os padrões e não aquele que cria projetos terapêuticos a partir da singularidade de cada caso.

A disciplinarização do espaço hospitalar, o modo asséptico e religioso que Florence Nightingale empregou em sua “revolução científica na enfermagem”, pode ser identificado, por exemplo, nos horários rígidos de banho, na impossibilidade de outra pessoa (um acompanhante, um cuidador) oferecer alimento ao paciente, nos mecanismos impostos pela divisão do trabalho. Como na fábrica, a disciplina, as normas, as proibições estão presentes e cada um realiza a sua função. Esta lógica era mais intensa no Estabelecimento 2, ainda que estivesse presente em parcelas importantes do trabalho no outro estabelecimento, particularmente no que se refere ao cuidado diário do paciente. Neste hospital, há acontecimentos imprevistos, passeios, jogos, atividades culturais que quebram a rotina disciplinada que ainda existe em parte.

A dimensão disciplinar também se encontra no fato de que é preciso manter e zelar pelos procedimentos assépticos. Por isso, por mais que haja por parte da cozeira o desejo de “cuidar”, este não pode ser feito já que esta não seria sua função, sob pena de estar infligindo uma norma, uma regra, uma medida disciplinar. Diz FOUCAULT (1999), “(...) um saber de vigilância, de exame, organizado em torno da norma pelo controle dos indivíduos ao longo de uma existência. Esta é a base do poder, a forma de saber-poder (...)” (FOUCAULT, 1999: 88). Um saber incontestável, pois é formado pela ciência moderna. Uma verdade. Um saber que organiza e controla.

O posto de enfermagem. Como pontos centrais em uma enfermaria, eles se configuram como “(...) postos de vigilância dos comportamentos dos doentes (CARAPINHEIRO, 1998: 104). No estabelecimento 1 o posto de enfermagem é localizado entre as enfermarias e o salão de convívio. A vigilância sobre cada gesto é ordenada e orquestrada por todos os sentidos. Os órgãos do sentido dos profissionais estão atentos e voltados não só para o cuidado e a cura do corpo, como também para o controle do que é produzido naquele espaço. Uma vigilância que se faz de forma sutil, com a leveza de um pequeno gesto das mãos, ou um olhar.

A produção de subjetividades é engendrada de tal modo que mantemos nas ações o mesmo padrão empregado pelos pressupostos que marcaram a construção do hospital. A família, a religião e o militarismo parecem ter sido conjugados para fornecer, ao longo da história, os elementos indispensáveis na constituição do hospital.

4.6-A LINHA DAS TECNOLOGIAS LEVE-DURAS E DURAS: A PREDOMINÂNCIA DAS TECNOLOGIAS DURAS SOBRE AS TECNOLOGIAS LEVE-DURAS E LEVES.

A classificação de tecnologia leve, leve-duras e duras é concebida por MERHY (1997). Tecnologia leve → É a relação intercessora do processo de trabalho em saúde em uma das suas dimensões com o usuário final. Tecnologia de relações do tipo de vínculo, forma de governar processos de trabalho. Tecnologia leve-dura → Há normatização centrada no modo de atenção à saúde, não sendo ainda cristalizada em estruturas mais consistentes. São saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a epidemiologia, o taylorismo. Tecnologia dura → Utiliza equipamentos tecnológicos do tipo máquinas para a intervenção assistencial. (MERHY, 1997a)

As tecnologias percorrem e atravessam de modo mais ou menos intenso as Instituições, produzindo fraturas e dobras sobre o plano gerencial. A solicitação por parte do setor de ortopedia de um novo aparelho cirúrgico prometia a redução da fila de atendimento, um menor tempo de internação e seria menos traumático para o usuário. Estas eram as justificativas dos médicos durante as reuniões com a gerência. Não há como não incorporar tecnologia e equipamentos no campo da saúde, porém, sob muito embate, a pressão dos médicos pela incorporação de tecnologia dura avança na linha da produção de atos médicos definidores de programas no interior do hospital. CARAPINHEIRO (1998) destaca que dentre os conflitos presentes no hospital a divergência é maior entre os administradores e os médicos. A instituição médica define o desenvolvimento dos processos no interior do hospital. (Estabelecimento 2)

“Considerando a divergência de interesses que opõem o corpo médico e o corpo administrativo no hospital, o serviço constitui a sede principal da definição e desenvolvimento dos projetos de política médica, face aos correspondentes administrativos.”
(CARAPINHEIRO, 1998: 99)

A disputa de projetos por aquisição de equipamentos promove um movimento que se move por todas as Instituições, parece uma sombra. Aí a tecnologia dura prevalece como a que mais possibilidades de status e poder oferece.

Um dos marcadores se construiu durante uma manhã na sala da diretora. Um grupo de médicos fazem uma proposta aparentemente bastante atraente para uma área que se encontrava sem projeto. A abertura de vagas para transplante de córnea, prometia a movimentação no setor de oftalmologia. Esse serviço, a princípio proveitoso, requer uma grande articulação dentro e fora do hospital. Lá pelo meio da conversa, a diretora questiona dois pontos: primeiramente, a grande fila para catarata na cidade, e num segundo momento, a existência na cidade de um serviço para captação e transplante de córnea.

De imediato, o profissional argumenta que mais um serviço pode aumentar os transplantes, sugere a possibilidade de articulação entre o serviço a ser implantado e o já existente e se esquia da discussão sobre as cirurgias de cataratas. Com um ritmo bastante cadenciado, esse é um dentre tantos outros exemplos de captação de prestígio social através da incorporação de tecnologia. Assistimos ainda ao caso de um equipamento que poderia ser utilizado por dois serviços, mas um deles que não cedia o aparelho para o uso da outra equipe, utilizava-o fora do hospital. A desculpa era a de que o aparelho poderia ser danificado pela utilização incorreta. Este último fato nos faz recordar algumas frases, como: “o meu aparelho”, a “minha máquina”. São frases que lembram o tempo de infância e demonstram uma forte onda subjetiva da necessidade de posse associada ao exercício do poder.

Esse sentimento da criança que se encanta com um carrinho que anda sozinho ou que se movimenta com um leve toque, não é o mesmo que aparece quando estamos diante de um equipamento novo? O fascínio que a máquina exerce no homem, de certa forma seduz nos aprisionando como um fetiche: - fetiche da máquina.

Mas por que a gente se deixa enredar? Será que são as luzes piscando? Ou será a necessidade de controlar algo, de ter nas mãos a capacidade de exercitar o poder sobre algo ou alguém?

Por outro lado, a idéia de máquina remete a coisas partidas, a necessidade de fragmentar. A medida em que se perde a idéia e o sentido do todo, somos lançados a uma dimensão cega. Olhar para a forma de enredamento que a máquina produz é perceber como se essa forma de máquina tivesse sido impressa em cada parte de nós. De certa maneira, ditamos para nós mesmos regras de como se expressar. Do jeito de nos vestirmos ao nosso

modo de ser e pensar reproduzimos alguns aspectos de máquina, uma fabricação em série. Inclusive as necessidades mais íntimas do ser humano revelam a produção de algo maquínico no nosso meio ...

PIRES (1996) relata que o uso de determinados equipamentos é realizado por mais de um profissional. “(...) é preciso o trabalho de mais de um profissional de saúde (da mesma categoria profissional ou de categorias diferentes), que dominem o funcionamento básico da máquina (...)” (PIRES, 1996: 289). O trabalho cooperativo faz com que em locais com o uso de tecnologia duras abra-se uma brecha, cria-se uma dobra, com potência para instituir novos modos de cuidar e gerenciar, como encontrado no Centro de Terapia Intensiva do estabelecimento 2, em que se percebia a constituição de um espírito propício ao trabalho em equipe e havia uma certa horizontalidade entre os profissionais de várias profissões e especialidades.

Todavia, não são somente as tecnologias duras, o uso de tecnologias leve-duras, no caso do estabelecimento 1 e do trabalho em equipe, também faz essa dobra, um exemplo é o modo como os profissionais operam essas, produzindo novos modos de cuidar, mais autônomos e menos centralizados.

Entretanto, expressões como “os meus doentes”, “o meu serviço”, caracterizam o desejo de propriedade não só da tecnologia, como também do usuário. Acumulação grande de poder em torno do saber das tecnologias leve-duras “(...) se pensarmos que um serviço é uma propriedade detida por quem atinge o topo da hierarquia (...)” (CARAPINHEIRO, 1998: 102). Neste sentido o corpo médico acumula prestígio e poder quanto mais formas e atividades técnicas especializadas a profissão incorpore. Não resta dúvida que, como ressalta PIREs (1996) o médico é o profissional que dispara o processo de trabalho em saúde.

Este traço imprime na gerência um ritmo pouco cadenciado. Não é a questão de incorporar ou não tecnologias, mas como elas são incorporadas. Na maioria das vezes, a linha segue disrítmica na direção de objetivos pessoais ou institucionais.

4.7-A LINHA TAYLOR

Percorrer as enfermarias me fez recordar uma atividade que me dá muito prazer, mas de que algum tempo ando afastada: a assistência.

Ao visitar as enfermarias notei que, como na grande maioria dos hospitais, os banhos de leito eram rotineiramente pela manhã. Observei que os banhos também se davam à tarde e à noite. Achei curioso e pouco comum à rotina de banho no leito à noite. Considerando que eu poderia estar desatualizada quanto aos procedimentos da assistência, fui me aproximando e tentando entender a rotina. A razão para os três horários para banho era o número reduzido de profissionais durante os plantões. A alternativa encontrada pela equipe de enfermagem foi dividir os banhos por plantão, de acordo com as três escalas de horário dos profissionais (manhã, tarde e noite). Vale ressaltar, que não eram descartados os banhos que se fizessem necessários fora do horário estabelecido. A lógica racional do trabalho: banho como algo mecânico, distribuições de tarefas. (Estabelecimento 2)

A divisão de função entre os profissionais de saúde, entre trabalho intelectual e braçal, fica mais clara quando observamos a Enfermagem. Traços engendrados há séculos mantêm a conformação e o enredo da MATRON – pessoa do sexo feminino - que dirige o serviço de enfermagem - e da SISTER - profissional designada para os cuidados nas enfermarias com o doente. Tal estrutura reproduz não só a divisão de classe social, como também, a linha filosófica das ordens religiosas e pode ser reconhecida na proposta de Taylor, principalmente quando dá ênfase ao tempo e ao movimento no processo de trabalho. Há uma postura certa para cada movimento, uma técnica. A idéia é não fazer movimentos desnecessários, resguardando a boa postura. As tarefas devem ser realizadas, por exemplo, do paciente mais distante para o mais próximo.

A divisão de tarefas segundo PIRES (1996) é encontrada em outras profissões como a fisioterapia, farmácia, bioquímica e nutrição.

Há, entretanto, processos no interior de um hospital em que a lógica mecânica é necessária. A central de esterilização é o local onde tudo é limpo, higienizado e esterelizado todo o material usado nas atividades do hospital, sejam cirúrgicas ou não. Neste lugar, a forma de organização é semelhante à linha de produção de uma fábrica. Lá, para cada etapa do processo, há um local reservado, inclusive entradas diferentes para material

contaminado e saída para o material esterelizado. Como em uma fábrica o ritmo é dado pelo relógio que marca a entrada do material na autoclave. Este mesmo ritmo é vivido nas oficinas, onde os usuários aprendem trabalhos manuais. É uma atividade com fins terapêuticos e que tem na divisão do trabalho e da função o seu principal elemento: - a concentração.

No estabelecimento 1 a linha Taylor é identificada com muita precisão nos serviços de Nutrição, Lavanderia, financeiro. A gestão nesses espaços, dado o processo de trabalho é mais normativa.

4.8-O TRAÇO DA “RÁDIO CORREDOR”

È muito interessante observar o diálogo nos corredores. Naquele espaço se decide, se informa, se criam territórios e se desterritorializa com uma rapidez espantosa. Segundo Cecilio, em uma reunião do LAGHOS, a ‘rádio corredor é extremamente eficiente na divulgação de informações’. Rádio corredor, rádio peão, são denominações usadas pelas pessoas para descrever o que ocorre naquele espaço. É um espaço que traduz desabafos de dor e de alegria. É um lugar público, destinado à passagem, onde a hierarquia é uma sombra e onde circulam conteúdos de extrema repercussão na condução da gestão em saúde.

No corredor há o trânsito contínuo de Instituições, usuários, equipamentos, etc, ou seja, ele inclui todos os elementos que se conjugam para a construção do serviço de saúde. Se o corredor é um local público e produtor de inúmeras construções subjetivas, ele é também local onde se estabelece uma relação mais promíscua com a doença.

Mas é no corredor que a vida pulsa e edifica novas rotas capazes de construir e destruir territórios. Essas “linhas de fuga” demonstram a potência criativa e inventiva que caracteriza não apenas a produção de subjetividades no espaço gerencial, como também no espaço entre as Instituições.

Com certeza, outros lugares e espaços são produtores de rotas de fuga, mas o corredor é um ambiente privilegiado na construção de novas subjetividades, já que a hierarquia naquele local se mantém suspensa.

O corredor é o lugar que pode ser simultaneamente o mais público e o mais particular do hospital. Público e privado se entrelaçam, ao mesmo tempo em que o respeito à rigidez normativa e a hierarquia verticalizada ficam suspensos. Nesse espaço há homogeneidade, apesar dos títulos e funções e, por alguns instantes, todos são iguais.

Nesse ambiente onde paira uma nuvem que se movimenta no sentido de não haver diferenças hierárquicas acentuadas, surgem as condições de possibilidade para uma certa “liberdade” criativa. Se observarmos bem, identificaremos aí um traço subjetivo interessante. Em situações formais, gracejos, troca de favores e conversas entre profissionais hierarquicamente distantes apresentam um ritmo que se distingue por incluir elevado grau hierárquico. Já no corredor, gestos e conversas informais se conjugam à potência de criar ou desarticular territórios. (Estabelecimento 1 e 2)

4.9-A LINHA DAS ALIANÇAS

Dona de um movimento sutil, a linha das alianças exprime, por um lado, a capacidade, ou melhor, a governabilidade dos atores sociais em defender o seu plano, o seu projeto. Por outro lado, o mesmo fluxo constrói territórios marcados por acordos particulares, nem sempre percebidos pela gerência.

A inauguração de alianças atravessa as Instituições e promove diálogos em várias direções. Apesar de nem todas as categorias profissionais manterem diálogo uma com as outras é comum haver pactos dentro do mesmo nível hierárquico. Também são comuns as negociações entre um nível hierárquico superior de uma categoria e um nível hierárquico inferior de outra categoria. O que está em jogo não é a posição que se ocupa, mas sim os benefícios conseguidos com a aliança. (Estabelecimento 1 e 2)

Não raro, as relações estabelecidas entre os profissionais permitem a acumulação de privilégios que se materializam em concessões, tais como: reserva de sala para um procedimento fora do horário e/ou agendamento de consulta para um vizinho ou para um conhecido, sem passar pela fila do ambulatório. Para o profissional não médico o convívio direto com o médico garante status e prestígio junto aos demais profissionais. Já o médico acumula capital para investimentos e barganhas futuras, como, por exemplo, a permissão para utilizar um aparelho fora do hospital. (Estabelecimento 1 e 2)

Por envolverem pactos que circulam em torno dos objetivos da corporação ou de privilégios pessoais, como o pacto do horário de descanso noturno, as alianças, na maioria das vezes, são territórios difíceis de serem penetrados. (Estabelecimento 2)

4.10-OUTROS POVOS E TERRITÓRIOS

É impossível não perceber a relação de prestígio social que a profissão médica estabelece com a sociedade. Diante de valores sociais que nos remetem para a valorização da ciência moderna, essa situação não poderia mesmo ser diferente. Já o quadro de auxiliares, mesmo sendo responsável por uma gama de processos e atividades que se estende desde a assistência direta ao usuário (área fim), até atividades administrativas e de hotelaria, não desfrutam do mesmo reconhecimento. Pires reconhece esses trabalhadores, como periféricos ao processo de trabalho em saúde. “(...) ainda, um grupo diversificado de trabalhadores que desenvolvem atividades que não são específicas do trabalho em saúde, mas que são fundamentais (...)” (PIRES, 1996: 201). Mas, se entendemos o processo de trabalho em saúde, como todas as atividades que são desenvolvidas no setor e que implicam direta ou indiretamente no cuidado ao usuário, logo, todos os profissionais que operam na saúde são produtores de atos de saúde. Como lembra MERHY (1997a) “Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo “autogoverno” para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado como o “modo de atuar”” (MERHY, 1997a: 76) (Estabelecimento 2)

A roupa usada por determinados profissionais não apenas é um exemplo daquilo que acabei de mencionar. A cor da roupa é uma referência para delimitar territórios.

Para o branco não há territórios proibidos. Embora, percorra todos os ambientes, ele constrói barreiras e está associado ao uso de determinados objetos, como o estetoscópio. Roupa branca e estetoscópio formam uma combinação do poder e do saber. Já o azul, o rosa e o cinza não gozam do mesmo status. A estes são reservados outros espaços e processos, como a cozinha, o almoxarifado, a limpeza e a lavanderia. Para estas cores são destinados lugares onde circula um poder periférico, e/ou “(...) mecanismos de controle e os graus de autonomia com que o pessoal administrativo exerce seu trabalho também

obedecem a outros padrões e a outros esquemas relacionais, tanto internamente à administração, como na relação com os demais agrupamentos profissionais.” (CECILIO, 1999: 318). (Estabelecimento 2)

A partir de uma fala de uma funcionária no estabelecimento 2: “Antes os médicos me conheciam pelo nome”. Pertencer a uma equipe representa uma conquista subjetiva que havia sido perdida que deixava saudades e estava começando a ser recuperada.

Este corpo de profissionais auxiliares, com baixa escolaridade, embora, segundo a classificação das profissões, não se enquadrem dentro do rol das profissões de saúde tradicionais e não figurem nos registros da área, operam valorosos processos de trabalho em saúde.

Esta linha pode ser apresentada a partir de uma reunião com os representantes do comando de greve. Naquele encontro assuntos sobre contratação, jornada de trabalho, misturavam-se à descrição de problemas do hospital. Foi bastante interessante perceber que o diagnóstico situacional exposto por um funcionário era bem preciso em termos de clareza e riqueza de detalhes. A descrição de problemas também pode ser extremamente rica se percebida e desenhada por um funcionário que não tenha formação na área de saúde. A propriedade em descrever os problemas pode surpreender pelo cuidado.

4.11-AS CORPORAÇÕES

Processos e modos de subjetivação afloram na vida dos serviços. No hospital, os espaços são demarcados. Há um limite físico para a circulação do saber. Processos se engendram em espaços onde a circulação é seletiva e que são capazes de constituir territórios cristalizados. A circulação é permitida ou não de acordo com a corporação, a qual se esteja representando. Um exemplo é a sala dos médicos, um espaço de trânsito limitado a outras profissões, como também o é a cozinha, a lavanderia. Porém, o motivo para delimitação são distintos.

Entretanto, é entre e pelos serviços que é possível localizar os marcadores das diferentes formas de poder exercido pelas corporações, seus respectivos universos simbólicos e suas estratégias. Com objetivos próprios, os grupos demarcam posições estratégicas em meio às atividades e processos de saúde. As finalidades são definidas de

acordo com os projetos de cada grupo, resultando em diferentes objetivos e prioridades políticas.

Em situações de conflito entre a administração e o poder médico, na maioria das vezes, o discurso que prevalece, evidentemente revestido de uma suposta preocupação com o serviço, na realidade, sustenta os interesses da corporação médica. Não restam dúvidas de que a corporação médica ocupa a centralidade na produção de cuidados e tem na autonomia uma forte aliada. Em torno da autonomia médica os serviços são estruturados. Ela é a principal estratégia do poder médico perante a administração e outras corporações. Se no estabelecimento 2 a visita médica dificilmente ocorre com a equipe de saúde, traduzindo a dificuldade em formar equipes interdisciplinares no Centro de Tratamento Intensivo, o trabalho em equipe acontece. É presumível que o stress gerado nesses setores, em função do risco eminente de morte ser uma constante, promova uma certa convergência nos processos de trabalho e a reciprocidade entre as corporações.

Uma segunda corporação tão forte quanta a médica, mas dona de um poder sutil, é a enfermagem. Na contra-face da autonomia médica enquanto propulsora do poder decisório na organização, vemos a dependência do doente e dos demais profissionais em relação ao processo de trabalho desenvolvido pela enfermagem. O médico dispara o processo, mas o ritmo é imposto pela enfermagem. A liberação e o controle do material são realizados pela enfermeira chefe do setor. É pelas mãos dela que passa todo e qualquer procedimento realizado na enfermaria e/ou em outra parte do hospital. No estabelecimento 1 a gerência da enfermaria de agudos, é feita pela enfermeira. Ao mesmo tempo em que ter uma enfermeira como chefe de enfermaria é algo inovador, tanto sobre o aspecto gerencial, como assistencial, é bom lembrar que este é um local em que a ordem e a disciplina são aparentes.

A relação é tensa entre médico e a enfermeira. Quem decide tem pouca competência para executar, e vice-versa. Todavia, quando acontece qualquer ruído na relação entre o usuário e a enfermeira, o médico escuta e defende a queixa do paciente. Mas, quando ocorre o inverso, ou seja, algum descompasso na relação médico-usuário, a queixa é apenas ouvida pela enfermagem, que, no máximo, explica a habitualidade da atitude tomada. (Estabelecimento 2)

A tensão vivida entre as duas corporações fica diluída ou concentrada de acordo com os projetos em disputa. Quando a discussão no plano gerencial tem como finalidade a ampliação de atendimentos proporcionada, por exemplo, pelo aumento no número de leitos, o movimento é um só: há que se retardar o projeto. Agora, se uma corporação reivindica a aferição de determinada vantagem, a que não seria beneficiária ou busca incentivar a decisão da gerência, ou não se pronuncia. Fica nítido o poder de persuasão das corporações sobre as decisões e projetos gerenciais. (Estabelecimento 2)

O poder do saber técnico/científico encontra-se nesta linha. É um saber que se produz em decorrência dos critérios de verdade erguidos pela ciência moderna. Lembra TESTA (1992) que o poder técnico apresenta-se de vários aspectos e em âmbitos distintos. Um desses aspectos é a informação. A informação “(...) médica é aquela com a qual habitualmente o médico lida, em relação ao paciente e, fundamentalmente, à clínica.” (TESTA, 1992:118).

Podemos perceber, contudo, que há uma linha que foge a esse padrão e que desfaz, em parte, o traçado. Essa fuga é observada e marcada na atitude da pessoa em sofrimento psíquico. Apesar das corporações se manterem coesas na defesa de seus projetos, o cuidado com o usuário, ou melhor, a resposta do usuário, rompe com alguns territórios, quando este passa a identificar em uma pessoa da equipe o seu elo com o mundo, independente da corporação a que este profissional pertença. (Estabelecimento 1)

Outras corporações como a nutrição e os administradores operam processos vitais. Como a negociação com fornecedores no estabelecimento 1 e a gestão da unidade de nutrição no estabelecimento 2. Contudo, as situações vivenciadas de articulação dessas e de outras corporações, não demonstram tanto impacto no plano gerencial, como a corporação de enfermagem e a médica.

4.12-NOVAS CARTOGRAFIAS, A EMERGÊNCIA DO NOVO

Instituído e instituinte seguem um duelo em que não há vencedor. O que existe é a capacidade e a velocidade de criar e recriar territórios. Nos hospitais estudados uma nova subjetividade aflora.

Passar uma ou duas horas durante a jornada de trabalho, discutindo sobre a sua atividade laborativa, a fim de reconhecer hiatos e outras possíveis causas de stress, significa para muitos dos profissionais uma situação completamente inusitada (Estabelecimento 1 e 2). Ouvir o colega de trabalho falar sobre a função que este desempenha, ao mesmo tempo em que também representa algo não usual, é um acontecimento vivido, produtor de novos modos de gerenciar. Aqui, ouvir mais e falar menos sinaliza desconfiança. Uma desconfiança nascida das relações anteriores com a gerência, onde prevaleceu o descaso com os direitos dos profissionais. (Estabelecimento 2)

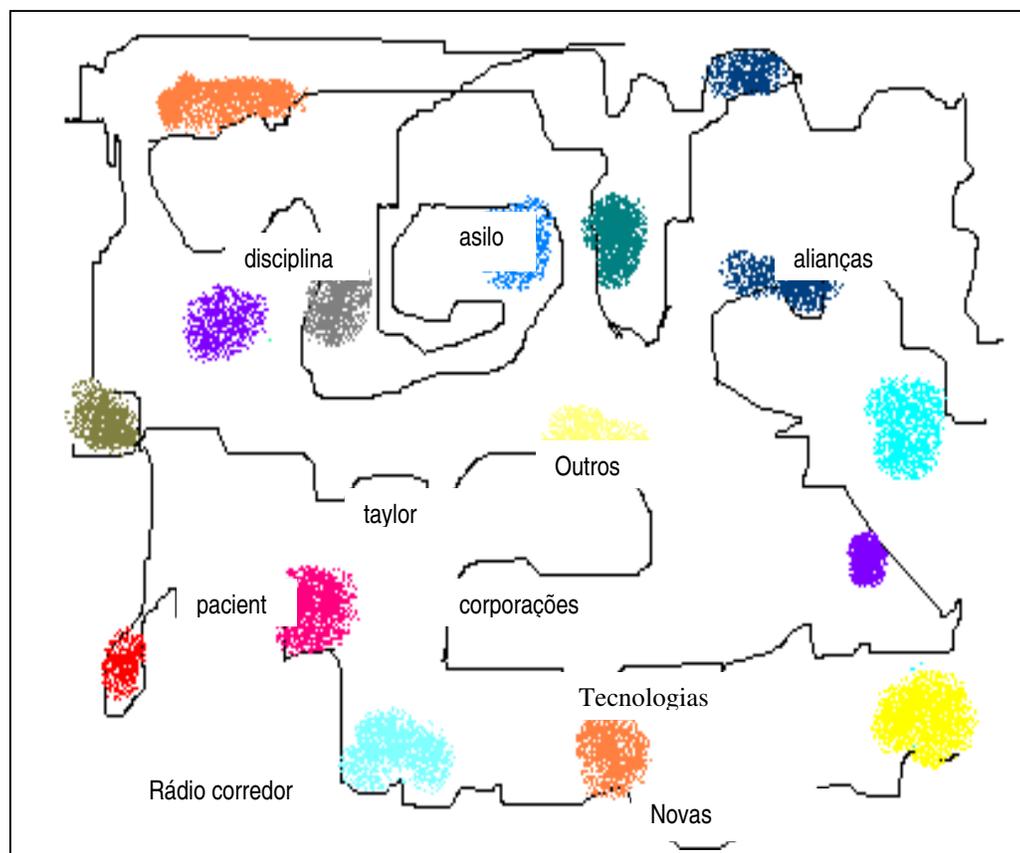
Vale esclarecer, porém, que essas reuniões de discussão do processo de trabalho assumem diferentes sentidos segundo o profissional. Para os profissionais de nível superior, não raro elas significam mais uma reunião. Já os de nível médio e elementar, colocam-se mais como ouvintes e muito pouco vivenciam o momento de troca. Todavia, mesmo com todos os atravessamentos, a experiência de ouvir e compartilhar inaugura uma produção subjetiva ímpar no processo de trabalho das áreas de apoio. Abrem-se as portas para uma produção que rompe territórios cristalizados. Uma fabricação com linhas de fuga que, em virtude de suas potências criativas e ativas, são capazes de mudar o antigo como se faz. (Estabelecimento 1 e 2)

Se falar em público expressando a sua opinião, deixando transparecer a sua posição, pode significar para alguns se expor demais e se transformar em um incômodo, para outros, pode ser traduzido como a possibilidade de se debater temas comuns de uma forma democrática e de se construir coletivamente. Na arena, constrói-se um padrão subjetivo de pactos coletivos e acordos discutidos com a representação dos profissionais. Uma nova linha penetra e se molda nos que antes eram considerados, como é o caso do horário dos plantões, territórios inabaláveis. (Estabelecimento 2)

Se apropriar do lúdico, recuperando na obra o elemento criador e desejante do trabalho, é uma preocupação com o não adoecer. Criar alternativas de espaços voltados para a expressão de outras habilidades, além daquelas estimuladas pelo próprio exercício da profissão, permite a garantia de um espaço de trabalho menos sofrido, tanto para usuários como para profissionais. Experiência estimulada no estabelecimento 2.

A todo instante brotam novas linhas. Investigar como elas podem ser canalizadas para a produção de algo mais democrático e participativo, é a principal função de quem opera na gestão em saúde.

4.13-CARTOGRAFIA DA GERÊNCIA



O quadro acima representa uma das imagens possíveis, da cartografia da gerência. Nessa imagem, as linhas que dão a forma exibem o registro das minhas percepções no contexto do mundo vivido nos hospitais. Um complexo com várias entradas, saídas e ilhas. São territórios encravados que delimitam áreas do plano gerencial e que precisam ser entendidas e analisadas. A análise pode ser operada por diferentes modos. Como sugere o Método da Roda, por meio de análise de texto produzido coletivamente e o trabalho do apoiador nas equipes. O planejamento, não com todo o seu conteúdo, mas a utilização de conceitos, como o de ator social, de MATUS (1993). Ou ainda, tomar o

planejamento como na proposta de ONOCKO (2001b) Planejamento Interpretativo “(...) dispositivo, capaz de subsidiar a construção de subjetividades (...)” (ONOCKO, 1998: 106). Um dispositivo de mediação entre as distintas lógicas que cortam o plano da gestão.

A complexidade expressa na cartografia traz a onda de um plano conflituoso colorido. Um colorido que se mistura às dificuldades e que seduz, convidando-nos a entrar e a se embaralhar nessa estrutura caótica, mas nem por isso menos instigante.

Batalhas diárias são travadas, resta-nos saber como? É no conflito gerado e constitutivo do plano gerencial em saúde que várias experiências de modelos gerenciais demonstram avanços, pois “a estrutura organizacional também produz subjetividade – influência dos sujeitos -, e somente desde a subjetividade destes mesmos Sujeitos e pressões do meio externo se pode alterar aquelas mesmas estruturas. Mudar as coisas e as pessoas”. (CAMPOS, 2000a: 190). A mudança da qual o autor destaca, pode ser encontrada circulando entre as reuniões do estabelecimento 2. A mudança na estrutura dos serviços provocada por instâncias colegiadas de gestão, reflete-se na atenção ao usuário na produção de Valor de Uso que se dá o cuidado e a gestão. Gestão e Atenção em um mesmo fluxo.

Nesse fluxo um debate se destaca, e diz respeito à incorporação de tecnologia no processo de trabalho em saúde. Nesses dois últimos séculos, o avanço da anestesia e do conhecimento sobre anatomia humana foram, sem dúvida, os principais elementos que tornaram possível a área cirúrgica acumular o prestígio e o status antes conferido a clínica.

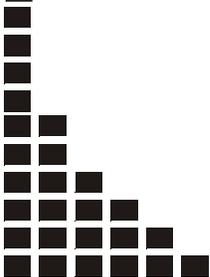
Na área cirúrgica circulam dois grandes processos dependentes: um, de grande conflito, relaciona-se aos procedimentos cirúrgicos propriamente ditos; o outro é algo bem próximo da gerência taylorista e segue na via da organização e da repartição de tarefas. (Estabelecimento 2). Segundo MATUS (1993), estaríamos diante de um quadro de problemas quase estruturados. Na teoria de MATUS (1993), autor do Planejamento Estratégico Situacional, problema quase-estruturado ou inestruturado é aquele para o qual um ou mais termos que o compõe são desconhecidos ou não conhecido com certo grau de confiança. Dentre outros fatores, a gerência desta área é delicada porque ela conjuga o poder técnico do especialista ao poder decisório sobre o aporte de instrumentos e equipamentos com alto valor econômico. Além das principais políticas de incorporação

tecnológica emergirem deste território, ele é um setor que concentra grande parte dos profissionais especializados e com um tempo de formação em torno de 08 – 09 anos.

Apesar das estratégias e, a despeito de todo poder burocrático que atravessa a gestão em saúde, é fato que esta não opera apenas por normas. Diferente da gestão em outros campos, a gestão em saúde considera e combina fatores objetivos e subjetivos no seu processo de trabalho, preocupa-se com o modelo tecnoassistencial e procura articular gestão e assistência. A gestão em saúde opera neste conjunto de projetos que se confundem com a finalidade do setor saúde.

Uma cartografia é um relato escrito que não apenas reúne elementos objetivos, como também traços políticos e subjetivos que expressam uma forma de conhecer. É a descrição de uma viagem que tolera que outro viajante dela se aproprie, para construir a sua própria cartografia, sua própria trajetória.

Se para o poeta Vinícius de Moraes, “a vida é a arte do encontro”, a gestão em saúde é, para mim, o lugar do encontro. Encontro das alegrias, do sofrimento, da dor, da paciência, do autoritarismo, da democracia, da disciplina, do cuidado, do controle, da burocracia, do poder, do prazer, da realização. Enfim, diferentes e inusitados fluxos estruturam o caos da gestão em saúde.



CONCLUSÃO

“É porque os instintos se encontram, se batem e chegam finalmente, ao término de suas batalhas, a um compromisso, que algo se produz. Este algo é o conhecimento”.

(Foucault, 1999: 16)

Estar muito guattariana, muito teórica, precisando me soltar, era o que eu ouvia do Gastão. Ele tinha razão. Passei um ano nos hospitais e na hora de escrever sobre o que tinha visto e vivido, só conseguia falar sobre a teoria. Não conseguia inventar e escrever sobre aquilo que havia encontrado e que também era conhecimento. A teoria me fascina, me deixa inebriada. A prática é algo que vivo, que sinto. Falar do que se sente, do que não se vê, é sempre difícil. Expressar aquilo que me fez diferença em um dia, em uma reunião é sempre mais fácil quando busco correspondência nos autores. Talvez seja um refúgio.

Cheguei ao fim depois de percorrer as teorias da Administração, entrar e sair do SUS, buscar na Gestão os sentidos maquínicos do trabalho em saúde para, ao término, cartografar a gerência. Durante esse tempo, o diário foi o meu principal ouvinte, mesmo que o tenha trabalhado um pouco para apresentá-lo. Ele foi, sem dúvida, a coisa mais preciosa de toda essa pesquisa. Com ele era possível falar sobre tudo – absolutamente. Era um ouvinte atento e nunca estava cansado. Mesmo quando chegava à noite, ele estava ávido para ouvir como fora o meu dia, o que tinha visto e as coisas que me chamaram a atenção. O diário é uma ferramenta bastante interessante para a investigação na área de Administração de Serviços de Saúde. É uma escrita analítica do processo de trabalho da Gestão em Saúde.

Ao tomar o conceito de Gestão como algo que se constrói e se reconstrói, inventa e refunda territórios e espaços, o diário me mostrou que novas subjetividades foram surgindo no estabelecimento 2. Processos de subjetivação emergiam com potência para operar a gerência de forma coletiva e tendo o usuário como protagonista da cena.

Gestão e Atenção são duas faces de uma mesma moeda. Como pode ser visto no estabelecimento 1, são elementos inseparáveis. É necessário combinar Gestão e Assistência para que se possa promover um modelo em que os usuários participem e a democracia faça parte do processo.

Nos dois estabelecimentos, as linhas não são contornos fixos. A própria experimentação é provocada pelos encontros com outras linhas. Linhas constitutivas de novos territórios que promovem autonomia, mas também podem ensejar formas de controle do processo de trabalho. Aí os processos de subjetivação são capturados pois a questão agora não é mais a disciplina, mas o controle que adere aos processos de subjetivação. O que é importante demarcar, aqui, é a força desses processos que ocorrem no plano gerencial. Eles podem tanto criar territórios mais criativos, como protagonizar o controle sobre os corpos de uma forma mais sutil. Uma sutileza não se expressa em objetividade, normas e ordens, mas modela subjetividades.

Ainda nos estabelecimentos escolhidos, os espaços que possibilitam a escuta, como afirma CAMPOS (2000a) – espaço intercessor entre o externo e o interno do sujeito – possuem a potência para a produção de processos de subjetivação e reduzem o coeficiente de transversalidade entre os grupos.

Podemos dizer que diferentes processos de subjetivação entram em conflito e coexistem no plano da gestão. Logo, o conhecimento da Gestão nasce do confronto diário e compromissado com a produção de saúde. “É somente nessas relações de luta e poder - na maneira como as coisas entre si, os homens entre si se odeiam, lutam, procuram dominar uns aos outros, querem exercer, uns sobre os outros, relações de poder – que compreendemos em que consiste o conhecimento.” (FOUCAULT, 1999: 23). É esse o conhecimento que faz brotar modos de Gestão, como que se construiu a partir do encontro da diretora do estabelecimento 2 com os gerentes. Esses encontros fizeram nascer jeitos de gerenciar. Lembremos o que nos diz CAMPOS (2000a) sobre o Método da Roda. Um método com fator pedagógico.

Verificamos a permanência de processos que se repetem na Gestão. Esses mecanismos agenciam-se com a glória do passado e refundam territórios, como nos fora possível perceber nos dois estabelecimentos – padrões com o mesmo ritmo do passado permanecem. São processos de subjetivação que são vistos independentemente da especificidade do cuidado em saúde. As subjetividades que permanecem sendo produzidas são como uma força que rompe barreiras e penetra no cuidado com o usuário.

As instituições no plano da gestão são potentes. Tanto as internas (profissionais), quanto as externas (sindicatos, conselhos) influenciam a gerência com fluxos que se introduzem, agenciando processos de subjetivação em andamento no estabelecimento. Neste contexto, a instituição médica e de enfermagem são as que se sobressaem no plano da Gestão. Se pensarmos que uma cura, e a outra cuida, compreenderemos que esses processos, na prática, influenciam e estabelecem elos constitutivos da produção em saúde.

Os processos de subjetivação na Gestão em Saúde têm no encontro dos corpos o seu início e o seu fim. É a partir do encontro dos corpos que se opera a Gestão e o cuidado é produzido.

Novos questionamentos brotam dessa investigação. Um estudo detalhado seria pertinente em relação à linha dos outros povos. É frutífero explorar a capacidade de produção de processos de subjetivação que provocam impacto na gerência em saúde e contribuem para a formação de linhas de fuga no plano da gestão.

O meu incômodo inicial foi traduzido neste estudo. Como os processos de subjetivação vão se constituindo em forma, as linhas delimitam um plano complexo com muitas entradas, criam e recriam territórios e se tornam capazes de articular Gestão e Cuidado, a leitura dos encontros que ocorrem neste plano é uma possibilidade de compreender a Gestão em Saúde a partir da insinuação de um novo paradigma, que tem na democracia, na análise e na pedagogia a sua constituição. Um paradigma democrático-analítico-pedagógico, com capacidade de cartografar novas paisagens na Gerência em Saúde.



***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

ABRAHÃO, A L. da S. **Reforma dos serviços de saúde: um olhar sobre o Hospital Público de Betim.** Campinas, 1999. (Dissertação de Mestrado Universidade Estadual de Campinas)

ABRAHÃO, A L. da S. **Relatório final da pesquisa: Educação Profissional: Administrando a “competência.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2000. mimeo.

ABREU, B. A. “Novas reflexões sobre a evolução da teoria administrativa: os quatro movimentos cruciais no desenvolvimento da teoria organizacional”. In: **Revista Administração Pública**, 16(4): 39-52 out/dez, 1982.

AUTHIER, M, HESS, R. **L’Analyse institutionnelle.** Paris: PUF, 1994.

BALEN, R M L V. **Sujeito e identidade em Nietzsche.** Rio de Janeiro: UAPÊ, 1999.

BARBIER, R. **Pesquisa – ação na instituição educativa.** Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional** e outras correntes. 3ª edição. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BAREMBLITT, G. **Grupo: Afirmação de um Simulacro.** São Paulo, 1994 (Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

BAREMBLITT, G. **Introdução à Esquizoanálise.** Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 1998. vol. I

BENEVIDES de B. R e PASSOS E. **Clínica e Transdisciplinaridade,** 2002. Mimeo.

BRASIL, **Constituição Brasileira.** Brasília, 1988.

CAHANLAT, J – F (coord.) **O Indivíduo na organização: dimensões esquecidas.** 3ª ed. Vol. 1, 2 e 3 São Paulo: Atlas, 1996

CAMPOS, G W.S. “O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso”. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 14:4, p. 63-70, 1998

CAMPOS, G W.S. “Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde”. In: **Agir em Saúde um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997a

- CAMPOS, G W.S. **Reforma da Reforma**: Repensando a Saúde São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G W.S. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000a.
- CAMPOS, G W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição de sujeitos, a produção de valores de uso e a democracia em instituições: o método da Roda. Campinas, 2000b (Tese de Livre Docência, Universidade Estadual de Campinas)
- CAMPOS, G W.S. **Uma clínica do sujeito**: por uma clinica reformulada e ampliada. Campinas, 1997b. mimeo.
- CAMPOS, G W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**, São Paulo: Hucitec, 1991.
- CARAPINHEIRO, G. **Saberes e Poderes no Hospital**. Porto: Ed. Afrontamento. 3ª ed. 1998
- CARDOSO Jr. H R. Foucault e Deleuze em co-participação no plano conceitual. In. RAGO, M. ORLANDI, L.B. E VEIGA NETO, A.(orgs). **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas.. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- CARVALHO S R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Campinas, 2002 (Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas)
- CARVALHO, J D. **Plano de imanência e formas de vida: uma interpretação a partir de Gilles Deleuze**. Minas Gerais, 2002 (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais)
- CASTELAR, R M, PATRICK, M, GRABOIS, V (coord.). **Gestão hospitalar um desafio para o hospital brasileiro**. Rennes: ENSP Éditeur, 1993.
- CASTORIADIS, C. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. 5ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- CECÍLIO, L C O. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em Defesa da Vida” na Santa Casa do Pará. In: CECÍLIO, L.C.O (Org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 5, p.187-234.

CECÍLIO, L C O. “Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital” In: **Ciência & Saúde Coletiva** Vol. 4 n. 2 315-330, 1999.

CECÍLIO, L C O. “Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos”. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap. 12, p.373-385.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

DAVEL, E. VERGARA, S C (org.). **Gestão com Pessoas e Subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2001.

DELEUZE, G e GUATTARI, F. **Mil Platôs** capitalismo e esquizofrenia. Vol. 1. Rio de Janeiro: editora 34, 2000.

DELEUZE, G e GUATTARI, F. **Mil Platôs** capitalismo e esquizofrenia. Vol. 3. Rio de Janeiro: editora 34, 1999.

DELEUZE, G e GUATTARI, F. **O que é a Filosofia?** São Paulo: editora 34, 1996

DELEUZE, G **Foucault**. Lisboa: Veja, 1987.

DELEUZE, G. **Empirismo e Subjetividade ensaio sobre a natureza humana segundo Hume**. São Paulo: Editora 34, 2001.

DELUIZ, N “Formação do Trabalhador em Contexto de Mudança Tecnológica”. In: **Boletim Técnico do Senac**. V 20(1), Jan./Abr., 1994, p. 14 - 25.

DELUIZ, N “Formação Profissional no Brasil: Enfoques e Perspectivas”. In: **Boletim Técnico do Senac**. V 19(1), Jan./Abr., 1993, p. 34 - 44.

DELUIZ, N. **Formação do trabalhador: produtividade e cidadania**. Rio de Janeiro: Shape, 1995.

DEMING, W E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Saraiva, 1990.

ENRIQUEZ, E. **Da Horda ao Estado: Psicanálise do vínculo social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

- ETIZIONI, A **Organizações Modernas**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1987.
- FERRAZ, C A. **Ensaio sobre reforma político** – Administrativa hospitalar análise sociológica da transição de modelos de gestão. São Paulo, 2002 (Tese de Livre Docência, Universidade de São Paulo)
- FOUCALT, M **Microfísica do Poder**. 10 ed.. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- FOUCALT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. 2º ed. Rio de Janeiro: Nau, 1999.
- FREIRE, J B. **A Saúde Coletiva Acerca-se do Hospital: O Caso do Hospital Público Regional de Betim**. Campinas, 2002 (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas)
- GUATTARI, F. **Caosmose um novo paradigma estético** 3ª ed. São Paulo: editora 34, 1992.
- GUATTARI, F “As Esquizoanálises” In: **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo, n.01, p. 47 –66, 1986.
- GUATTARI, F e ROLNIK, S. **Cartografias do Desejo**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GUATTARI, F **Revolução Molecular: Pulsações políticas do desejo**. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- GUILLIER, D. “Petite histoire de l’analyseur argent” In. **Les Cahiers de l’implication**. N° 05 hiver 1/2 Paris 8 Université Vincennes – Saint-Denis. P.9-27, 2002.
- HESS, R e SAVOYE, A (coord.). **Perspectives de l’Analyse Institutionnelle**. Paris: Méridiens Klincksieck, 1988.
- HESS, R e SAVOYE, A. **L’analyse Institutionnelle**. 2 ed. Paris: PUF, 1993.
- HESS, R. **La Socianalyse**. Paris: éditions universitaires, 1975.
- HOLANDA, A B. **Dicionário da Língua Portuguesa**, 1993
- HORTALE, V A e DUPRAT, P “O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuições à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil”. In: **Revista de Administração Pública**, FGV, 33(2): 7 –22. 1999.

JORGE, A de O. **A Gestão Hospitalar Sob a Perspectiva da Micropolítica do Trabalho Vivo**. Campinas, 2002 (Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas) Jornal Comércio de Campinas, “**Hospício de Dementes**”, 17/04/1921

KAST, F. E. & ROSENZWEIG, J. E. **Organization and management – a systems approach**. N. York: MCGraw Hill, 1970.

KISIL, M. **Educação em Administração de Saúde na América Latina: a busca de um paradigma**. São Paulo: USP, 1994.

L’ABBATE, S. A Análise Institucional e a Saúde Coletiva In. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 8 n° p. 1 265 – 274, 2003.

L’ABBATE, S. **Uma reflexão sobre o analisador dinheiro num grupo de longa duração**, Cahier d'Implication, 2001.

LEMOS, Sheila. **O processo de definição e implementação de objetivos numa organização pública de saúde: o conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital de clínicas básicas Raphael de Paula Souza**. Rio de Janeiro, 1994 (Dissertação de Mestrado, Fundação Getulio Vargas)

LOURAU, R **A Análise Institucional**. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1996.

LOURAU, R **René Lourau na UERJ. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, R. **Le Journal de Recherche Matériaux d’une théorie de l’implication**. Paris: Méridiens Klincksieck, 1988.

MACHADO, C V. **Contexto, Atores, Instituições: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro nos anos 90**. Rio de Janeiro, 1999 (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro)

MATTOS, R A de. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In MATTOS, R, A de e PINHEIRO, R **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Tomo I e II Brasília: Ipea, 1993.

MEDICI, A C. e SILVA, P. L. B. “A Administração Flexível: Uma Introdução às Novas Filosofias de Gestão”. In. **Revista de Administração Pública**. V 26 (3), Jul./Set., p 26-36. 1993

MERHY, E E “Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)”. In: **Inventando a Mudança na Saúde**, Cecílio, L.C.O. Org, 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1997b.

MERHY, E E Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In. MERHY, E. E. e ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec. 1997a

MERHY, E E O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais in **Ciência & Saúde Coletiva** Vol. 4 n. 2 305-314, 1999a

MERHY, E E **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo**. Campinas, 2000 (Tese de Livre Docência, Universidade Estadual de Campinas)

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

METCALC, F. H. e URWICK, L. Introduction. In. **FOLLETT, Mary Parker Dynamic Administration The collected papers of Mary Parker Follet**. N. York: Henry Metcalf & L. Urwick, Harper and Brothers, 1940.

MINAYO, M C de S **O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**, São Paulo: Atlas, 1995.

MOSÉ, V. Nietzsche e a Genealogia do Sujeito In. **Cadernos de Subjetividade**. N. 04. 1º e 2º semestre. PUC-SP, 1996.

MOTTA, F C. P. **O que é Burocracia**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

MOTTA, P R. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.** 5 ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

MOURA, A H, **O equipamento de Saúde Mental, suas instituições, e o Clube dos saberes.** Campinas, 2003 (Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas)

ONOKO, R O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. In. **Ciência & Saúde Coletiva.** V. 6 nº 1 197 – 208, 2001b.

ONOKO, R. **O Planejamento no Divã:** ou análise de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional (o caso do Cândido Ferreira/Campinas – SP). Campinas, 1998 (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas)

ONOKO, R. **O planejamento no labirinto:** uma viagem hermenêutica. Campinas, 2001^a (Tese de doutorado, Universidade Estadual de.Campinas)

PAHO/KELLOGG. **Program for Coordination and Support of Education in Health Care Administration in Latin América and the Caribbean.** Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud, 1979.

PAIM, J S e ALMEIDA FILHO, N de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PASCHE, D F. **Gestão e Subjetividade em Saúde.** Campinas, 2003 (Tese de doutorado, Universidade Estadual de.Campinas)

PIRES, D. **Processo de Trabalho em Saúde, no Brasil, no Contexto das Transformações atuais na Esfera do Trabalho. Estudo em Instituições Escolhidas.** Campinas, 1996 (Tese de doutorado, Universidade Estadual de.Campinas)

PLANTULLO, V L. **Teoria Geral da Administração.** Rio de Janeiro: FGV, 2001.

RAMOS, A G. A modernização em nova perspectiva: Em busca do modelo da possibilidade In. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, 17(1): 5-31, 1983.

RODRIGUES, H de B C **As subjetividades em revolta** – Institucionalismo francês e novas análises. Rio de janeiro, 1993 (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro)

RODRIGUES, H de B C, LEITÃO, M B S, BARROS, R D B (org.). **Grupos e instituições em análise**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Rosas dos Tempos, 2000.

SA, M de C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. In. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.6 n. 1, 2001

SILVA Jr. A G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. 1988

TESTA, M. **Pensar em Saúde**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

WAHRLICH, B M. de S. **Uma Análise das Teorias de Organização**, 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972.