

Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público

Administration committee: analysis of the possibilities of self-management in a public hospital

Ana Lúcia Abrahão¹

Abstract *This paper analyzes the possibilities for self-management through an Administration Committee in a public hospital in São Paulo State, examining this experience and identifying the collective arrangements established from the standpoint of self-managed areas. This analysis focuses on the production dynamics of subjective aspects that pass by the Administration Committee of the hospital under examination, using the daily records of the institution and simple observation as the research methods. Charting the Committee processes indicated the establishment of collective activities guided by models based on shared management experiences, where the introduction of processes assigning joint responsibility can promote a management style with room for the dynamics of singularization. This paper also comments on some elements constituting self-management movements that are apparent in the conflict triggered by hetero-management processes.*

Key words *Healthcare administration, Subjectivity, Self-management, Institutional analysis, Healthcare work process*

Resumo *O presente artigo analisa as possibilidades de autogestão no colegiado gestor de um hospital público no estado de São Paulo. O objetivo deste estudo é o de analisar essa experiência, identificando os arranjos coletivos forjados na perspectiva de espaços de autogestão. Como foco de análise, nos centramos na dinâmica de produção de subjetividades que perpassavam o colegiado gestor do hospital alvo da pesquisa. Optou-se pelo diário institucional e pela observação simples como métodos de investigação. O mapeamento dos processos no colegiado indicou a constituição de coletivos formados a partir de modelos centrados em experiências partilhadas de gestão, onde o desencadeamento de processos de co-responsabilização é capaz de promover um modo de gerenciar com espaço para a dinâmica de singularização. O artigo tece, ainda, considerações sobre alguns dos elementos que, constitutivos de movimentos de autogestão, estão presentes no conflito gerado nos processos de heterogestão.*

Palavras-chave *Gestão em saúde, Subjetividade, Autogestão, Análise institucional, Processo de trabalho em saúde*

¹ Universidade Federal Fluminense. Rua Dr. Celestino 74, Centro. 24020-091 Niterói RJ. abrahao@vm.uff.br

Introdução

Ao final da década de 60 e início da década de 70 do século XX, são identificadas reformas na condução das políticas de saúde, tanto no Brasil quanto em outros países do mundo ocidental. De um modo geral, tais propostas traziam o propósito de construir respostas às críticas ao modelo de saúde vigente, cujo modo de organização acabava por excluir grande parte da população. Aqui no Brasil, essas questões foram levantadas e discutidas ao longo dos anos 80 e 90 do mesmo século, orientando uma opção política com um formato que busca a ampliação da participação democrática da população e a garantia dos direitos de cidadania. Optou-se por organizar um sistema de saúde com características universalizantes, de cunho igualitarista e sustentado pela idéia de justiça social.

Todavia, segundo Campos¹, a reforma do sistema de saúde brasileiro tem ocorrido de forma incompleta, com uma implantação irregular e heterogênea e com questões críticas no que se refere à distribuição de recursos financeiros, à sustentabilidade política e à legitimidade sanitária. Algumas destas questões estão vinculadas às mudanças do modelo de atenção que vêm sendo realizadas em um processo de reorganização, também, da gestão nos serviços. Essa forma de organizar e gerir o sistema e os serviços traz, em sua maioria, diretrizes centradas no conhecimento do sistema público de saúde, tais como a importância da estratégia de atenção primária, o trabalho em equipe interdisciplinar, a universalidade como um direito do cidadão, os serviços articulados em redes, entre outros.

A organização do sistema público de saúde brasileiro é descentralizada e conta com uma gestão participativa nas diferentes instâncias decisórias. Segundo Campos², parte das sugestões sobre como organizar e gerir o sistema de saúde brasileiro origina-se de um “[...] discurso único - em decorrência, é pobre e reduzido - de construir “agenda”, “regulação” e “avaliação”, na suposição de que com esses conceitos estaria dada a boa “governança”. Para o mesmo autor, os termos que são empregados são em grande parte tecnocráticos e não respondem a uma gestão voltada para um sistema público, faltando elementos na constituição desta tarefa.

Podemos identificar, nesta linha, tarefas de macro e de microgestão. Na macrogestão do sistema de saúde, situam-se as questões relativas à criação de arranjos de planos regionais de gestão que ampliem a universalidade e a justiça social.

Na microgestão, nos deparamos com a relação da gestão no interior dos estabelecimentos de saúde, onde o acesso aos serviços, o acolhimento e a co-responsabilidade fazem parte do cotidiano da gestão.

Dentre os serviços e os estabelecimentos de saúde ganha destaque o hospital, quer seja pelo desenvolvimento do modelo de atenção centrado em hospitais - fruto do relatório Flexner de orientação do ensino médico que inaugura, no início do século XX, a construção de inúmeros estabelecimentos hospitalares pelo país - quer seja pelo modo de gerenciar adotado por essas organizações que ainda esbarra em um modo herdado da administração científica³. Contudo, o hospital conserva o seu lugar de predomínio sobre as ações de saúde, mantendo a reprodução de uma gestão pouco democrática e a repetição de práticas de trabalho cristalizadas que pouco possibilitam a produção de sujeitos capazes de transformar o modo de gerenciar e fazer saúde. O hospital é um estabelecimento onde ocorre a concentração das principais práticas de saúde presentes neste campo, além de ser um espaço de corporificação da experiência humana de viver a doença.

Observa-se que o campo da gestão em saúde não tem se furtado a apresentar experiências vinculadas a busca de alternativas que fazem referência tanto ao modo de gestão do sistema de saúde^{4, 5, 6, 7} como a formas de gestão que são empregadas em hospitais^{8, 9, 10, 11, 12, 13}. Pesquisas vêm sendo orientadas na busca por novas propostas de gestão democrática para os estabelecimentos de saúde. Um dos focos do presente estudo é a relação entre aspectos e características da gestão colegiada - um recente modo de orientar as organizações - e a presença de espaços de autogestão nestes coletivos.

O presente texto tem como objetivo analisar uma experiência vivida em um hospital público, identificando os arranjos coletivos forjados com a possibilidade de um espaço de autogestão. Como foco de análise, nos centramos na dinâmica de produção de subjetividades que perpassavam o colegiado gestor do hospital alvo da pesquisa.

Colegiado gestor constitui-se em um arranjo de discussão das questões que envolvem uma organização, tendo como protagonistas a direção e as chefias dos serviços, além de ser um espaço de tomada de decisão política. Uma das características do colegiado gestor é ser uma instância de negociação e pactuação coletiva no interior da organização.

Por autogestão, entendemos, neste texto, a

resultante de movimentos de coordenação de processos e de tomada de decisões no interior da organização por parte dos trabalhadores. Contudo, a autogestão pode ser um movimento presente nas instituições de saúde, mas contraditório à finalidade das organizações de saúde. Revela-se assim que, de um modo geral, o homem nunca pode estar totalmente livre de controle, já que, nesse caso, seria controlado por si mesmo.

A defesa da produção de subjetividades como uma característica a ser analisada nos espaços de gestão pode ser traduzida como ***o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva***¹⁴. Uma dinâmica processual em que há forças que estabelecem relações com outras forças e com ela mesma. Encontros de corpos que produzem processos de subjetivação; forças em relação.

Se ao observamos a dinâmica processada no interior dos estabelecimentos hospitalares, podemos identificar o encontro dos corpos envolvidos em um modo de produção, por outro lado, não raro, verificamos um movimento que, centralizador, favorece a pouca autonomia do sujeito¹⁵. Este processo acaba por ser gerador de uma organização extremamente cristalizada em acordos e pactos com baixo impacto democrático em sua estrutura.

Esta forma de organizar o trabalho centrado em práticas centralizadoras e rígidas produz subjetividades que moldam o ser de uma organização. No caso estudado, é o hospital que recebe contornos rígidos em sua estrutura. Todavia, ao mesmo tempo em que o controle dos processos - nas atividades relacionadas com assistência ou não - é, em certa medida, algo almejado por modelos de gestão propostos na área de saúde, a autonomia na prática dos profissionais é incentivada.

Para a análise, foi estudado o colegiado gestor de um hospital público na cidade de Campinas entre os anos de 2002 e 2003. A fim de acompanhar a dinâmica daquele espaço, utilizou-se como método a observação simples e o diário institucional.

O presente texto se estrutura em três itens. No primeiro item, apresentamos o método de análise do material identificado durante as reuniões do colegiado. O segundo item se articula com o material bibliográfico consultado e analisa a dinâmica do colegiado na perspectiva da produção de subjetividade e de criação de espaços autogestão e de heterogestão, observando os acordos,

decisões e as negociações naquele espaço. No terceiro item, buscamos recuperar os movimentos de autogestão e de heterogestão do colegiado, objetivando identificar como tais noções podem estar condicionadas à construção de espaços democráticos. Por fim, o texto se volta, nas considerações finais, para a exploração das possibilidades e dos limites de produção de espaços capazes de interferir na produção de subjetividades mais próximas da autonomia dos sujeitos.

O percorrer do método

Em linhas gerais, a proposta adotada pelo grupo da gestão do Hospital Campo Grande (HCG) - nome fictício - no estado de São Paulo buscava contemplar: a) o estabelecimento da relação dos vários serviços do hospital com os pacientes/familiares; b) a melhoria das condições de trabalho e a satisfação profissional dos servidores; c) a otimização da capacidade instalada no atendimento das demandas do hospital; d) o aumento da receita e a racionalização dos custos; e, e) a implantação do colegiado gestor na estrutura organizacional daquele estabelecimento. O colegiado consistia em reuniões semanais, entre as chefias dos setores do hospital e a direção, com o objetivo de debater os problemas, encontrar soluções e decidir sobre os rumos da organização. Vale ressaltar que esse espaço coletivo de tomada de decisões, no entanto, não retira da figura do diretor do hospital a responsabilidade sobre as decisões tomadas para a organização.

A dinâmica do colegiado foi alvo de investigação no período entre os anos de 2002 e 2003. O caminho metodológico empregado é de uma pesquisa aplicada, pois o desenho do objeto envolve "verdades" e interesses locais. Trata-se de uma abordagem qualitativa que, como aponta Minayo¹⁶, implica em considerar que o objeto é algo complexo, contraditório, inacabado, em permanente transformação e que traz uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas em uma fórmula numérica ou em um dado estatístico.

Adotamos como método de pesquisa a observação simples e o diário institucional. A observação simples foi empregada como aproximação inicial com o cotidiano da dinâmica do colegiado, com base em dois critérios: 1) as áreas centrais e limítrofes das decisões debatidas no coletivo; e 2) a estabilidade da equipe, depreendida a partir do tipo e período de vínculo dos profissionais na unidade de saúde. O cruzamento destes

dois critérios, portanto, serviu de base para identificar as articulações presentes naquele espaço.

O segundo método utilizado, segundo Hess e Savoye¹⁷, consiste em algo elaborado progressivamente na construção do sujeito e do objeto. É um trabalho que engloba o imaginário e o real; uma forma de analisar as relações individuais, organizacionais e institucionais. Para estes autores, 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 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 a discussão centrada no que se passa durante o ato da pesquisa, entendido este como prática social eminentemente questionadora¹⁸.

As análises das situações complexas e conflituosas ficam mais claras quando escritas. Hess e Savoye¹⁷ apontam que, quando o diário passa a ser difundido internamente na organização, este se transforma em uma ferramenta de análise e de intervenção. Os autores reconhecem que o diário é uma análise interna unilateral e que pode ser o suporte de um outro trabalho de análise reflexiva.

A intenção ao propor o diário institucional no arcabouço metodológico da investigação 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) presentes na organização.

Dessa forma, a análise foi organizada no cruzamento do diário e da observação simples. As duas dimensões agruparam em suas ações os processos de produção de subjetividades desvelados neste percurso. Nesse sentido, nos foi possível apontar caminhos no entendimento da tensão constitutiva da gestão que se expressa, dentre outros, pelos interesses políticos e econômicos envolvidos. Ao mesmo tempo, a análise do material nos ofereceu a possibilidade de refletir como as estruturas que compõe a organização são produtoras e produzidas a partir dos diferentes processos que atravessam o espaço do colegiado.

A dinâmica do colegiado como espaço de produção de subjetividades

O HCG caracteriza-se por ser um hospital geral

que oferece atenção à urgência e emergência em diversas especialidades médicas. São cerca de quatrocentos leitos de internação distribuídos em: a) clínica médica, cirúrgica, pediatria, ortopedia, neurocirurgia, CTI; b) em serviços de radiodiagnóstico, análises clínicas, radioterapia; e, c) ambulatório articulado à rede de serviços de saúde. Somam-se ainda os setores de apoio, como lavanderia, administração, nutrição, limpeza. Todos os setores possuem chefias com assento no colegiado. São cerca de quinze pessoas envolvidas no processo de decisão colegiada.

Além do colegiado da direção, foram inaugurados dispositivos com vistas a catalisar as principais questões presentes na organização. Havia reuniões paralelas nas unidades de produção com o objetivo de debater a proposta da direção e o processo de trabalho no interior do hospital. Em alguns grupos, as reuniões aconteciam com a presença de profissionais de fora da organização; em outros, a própria equipe se reunia para discutir alguma questão interna. Podemos identificar neste movimento um convite para discussão coletiva dos problemas presentes no hospital.

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 sofrimento, significou para muitos dos profissionais uma situação completamente inusitada. Ouvir o colega de trabalho falar sobre a função que este desempenha, ao mesmo tempo em que representa algo não usual, é um acontecimento vivo e capaz de revelar soluções para problemas que antes pareciam insolúveis. Nesse novo modo de se apropriar do trabalho, criam-se as condições para a produção de novos sujeitos. Em outros termos, a realização de processos de subjetivação se dá no uso que os profissionais fazem de seu próprio trabalho. No setor da emergência pediátrica, por exemplo, a prática de discutir os casos que chegavam à equipe passou a abranger todos os profissionais envolvidos no atendimento. Esse movimento promoveu a ruptura de um padrão de cuidado à saúde centrado em determinações supostamente hierárquicas. A incorporação da discussão coletiva na dinâmica daquele setor possibilitou o surgimento de uma nova maneira de fazer gestão e promoveu a criação de novos espaços de práticas que foram sendo inauguradas neste processo. Este fato resultou concretamente na redução da fila de espera na emergência pediátrica, por meio do acolhimento realizado pela equipe multiprofissional.

Entretanto, nestes espaços, é tênue essa linha

da provocação de processos de subjetivação. Atravessada por interesses (econômicos, políticos, cognitivos) e projetos contrários, ela permanece imersa na tradição de heterogestão. Segundo Lourau¹⁹, nós funcionamos em todos os lugares sob a batuta da heterogestão, sempre geridos por outrem e considerando este como um processo natural. De um modo geral, as ciências da racionalidade econômica seguem esta rota. No hospital estudado não é diferente, pois a proposta guardava características e elementos de heterogestão.

Podemos dizer que, por estarmos mergulhados em processos de heterogestão e atravessados por fluxos de interesses contraditórios, a formação de movimentos instituintes, como o do estímulo à discussão e a decisão coletiva, pode significar a criação de processos de falseamento do instituído. Por meio do falso discurso, se mantém, sem abalos, a missão e os objetivos do que estava dado antes. Eis um movimento de re-institucionalização, que se coloca no sentido de evitar o risco de dissolução do que foi construído antes da proposta de discussão coletiva inaugurada com colegiado.

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 (nível médio). Abrem-se as portas para uma produção que rompe territórios cristalizados. Dá-se uma fabricação com linhas de fuga - linhas abstratas que nos conectam com o desconhecido, operando aberturas para um campo de multiplicidades que se desviam da codificação da normatização totalizadora das linhas duras²⁰ - que, em virtude de suas potências criativas e ativas, são capazes de mudar o antigo.

Durante o colegiado gestor, se instituiu uma dinâmica de discussão que promovia a abertura para outras proposições com espaço para a declaração de autonomia dos profissionais. O hábito de discussão coletiva, antes não existente, era orientado por uma pauta que circulava por todos os serviços e era composta pela direção de acordo com as questões apontadas pelas chefias dos serviços. Durante a dinâmica de debate no coletivo, identificamos movimentos em diferentes rumos. Alguns profissionais buscavam manter a posição de espera frente às decisões que, supunham, deveriam vir da direção, estando na posição de aguardar o que era decidido. Outros se colocavam timidamente, revelando um certo receio em explorar suas idéias no debate coletivo. Um terceiro grupo de participantes buscava manter o instituído com a não participação nestes

espaços. Os três movimentos revelam que o processo dialético entre instituinte e instituído¹⁹ está presente, ou seja, há espaço para o rompimento das estruturas cristalizadas e de baixa autonomia. Além da relação “novo e antigo”, os movimentos observados podem significar que as discussões e decisões no hospital analisado não passam somente pelo espaço formal de deliberação. A dinâmica micropolítica que interfere nas práticas de gestão de uma organização se revelam, também, no cotidiano e no ato do processo de trabalho em saúde, criando uma rede de espaços de autogestão que, em diferentes sentidos, tanto pode objetivar a formação de ações centradas na promoção de um cuidado comprometido com a vida, quanto fomentar ações reveladoras de interesses, exclusivamente, privados.

Se falar em público expressando a sua opinião, deixando transparecer a sua posição, pode significar para alguns profissionais se expor demais e se transformar em um incômodo, para outros essa postura pode ser traduzida como a possibilidade de debater temas comuns de uma forma democrática e de se construir coletivamente mecanismos voltados para uma gestão participativa. Na arena constrói-se um padrão subjetivo de pactos coletivos e acordos discutidos com a representação dos diferentes profissionais. Neste processo, passa a emergir uma nova linha na gestão que penetra e se molda no que antes era considerado inabalável, como era o caso das “folgas”, território cristalizado de pactos e acordos de interesses privativos dos profissionais que passa a ser debatido no colegiado. Esses acordos, embora fossem antigos entre os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros), não configuravam uma negociação legal e nem se ampliavam a todos os profissionais. Por outro lado, a expressão destes acordos pode ser também reconhecida como um processo de construção de autogestão no cotidiano dos grupos. Contudo, por ser independente da condução da organização enquanto espaço coletivo, ou seja, constituindo arranjos meramente individuais, essa conformação comprometia a dinâmica de oferta de serviços aos usuários.

Durante o período em que fizemos a observação simples nas reuniões do colegiado, as discussões mais difíceis e permanentemente em pauta referiam-se ao processo de trabalho. O processo de trabalho foi um *analisador*, pois revelou os acordos internos de determinados grupos, como os acordos de “folga”. Segundo Lourau¹⁹, analisador é o que agita a instituição, é o que de uma só vez permite surgir uma análise, revelan-

do movimentos antes invisíveis. No caso descrito, rever o processo de trabalho não seria um analisador construído com a finalidade de identificar analisadores naturais, mas traz a potência para fazer emergir, revelar e movimentar situações que demorariam a surgir, ou não surgiriam com tanta facilidade. Havia uma prática, exercida por grande parte dos trabalhadores, de não cumprir a carga horária para a qual eles foram contratados. Revelar os acordos existentes no interior dos grupos causou muitos conflitos e dificuldades na construção de novos pactos. Agora coletivos, os compromissos assumidos convocam a participação de todos os profissionais, sem prejuízo para o paciente. Podemos dizer que este movimento é complexo e requer a recuperação da obra no trabalho¹⁵.

A recuperação da obra, do elemento criador e desejanter do trabalho, é uma preocupação com o não adoecer no processo de produção. 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. Essa experiência – o fator *paidéia*²¹ – foi vivida pelos funcionários da copa e da cozinha do hospital na recuperação do trabalho como obra, isto é, como algo do plano do desejo e não como uma atividade que, supostamente, encerraria uma valoração menor pelo coletivo do hospital. O diário resgata essa experiência de grupo, do qual participavam os funcionários da cozinha do hospital. O dispositivo grupal foi inaugurado com a proposta de democratização da gestão desse hospital. Em uma das dinâmicas de grupo realizadas, os trabalhadores do hospital foram convidados a fazer um trem que retratasse a história do funcionamento da organização. Cada um dos funcionários deveria ser um vagão e a pessoa mais velha, a locomotiva. Nessa cena, apareceu no meio do trem uma ruptura, entendida como que representando a degradação no relacionamento promovida pela queda de salário, pelo corte da assistência médica até então oferecida a esses profissionais e por outras situações que marcavam a vida profissional desses trabalhadores. Seriam as transversalidades, os fluxos atravessando e promovendo a construção de novos territórios? Lembremos que como forma de sobrevivência e na ausência de cooperação, esses territórios passam a ser construídos no individualismo, e a recuperação do trabalho como obra passa a ser algo esquecido, como vinha sendo entre os profissionais da copa e da cozinha.

Ao explorar a dimensão diacrítica e *paidéia*²¹ deste processo, é possível perceber que, a todo instante, brotam novas linhas capazes de fundar territórios com força para a promoção de autonomia do processo de trabalho, sendo capazes de criar modos de co-gestão e de autogestão, a partir do estímulo de uma prática mais democrática e participativa, sendo esta a principal função de quem opera na gestão deste processo. Isso não nos isenta nem da identificação de todo um movimento de heterogestão existente no hospital, nem da observação de que os movimentos de autogestão não são sempre orientados para uma prática mais comprometida com a finalidade da organização e com os interesses dos usuários.

O movimento de autogestão e heterogestão no colegiado

O modelo de administração centralizador e com pouco espaço para as ações democráticas imprime um modo de gerenciar aos estabelecimentos de saúde baseado fortemente na heterogestão. Nesse processo, observamos indivíduos com baixa capacidade para reconhecer os diferentes processos presentes naquele espaço. Em muitos hospitais, os processos de gestão mobilizam estruturas pouco flexíveis, fortalecendo os acordos internos entre grupos e promovendo uma política de favorecimentos e negociações veladas, capazes de inviabilizar uma assistência mais resolutiva no tratamento das doenças e uma baixa participação dos grupos na gestão dos estabelecimentos. Este era o quadro encontrado no hospital, que podia ser descrito como sendo um lugar em que o coeficiente de transversalidade¹⁴ era reduzido. Em outras palavras, nesse estabelecimento o controle sobre os significantes sociais, sobre aquilo que atravessa os grupos e instituições presentes naquele espaço – ou seja, os interesses políticos, afetivos, profissionais, etc., que operam sobre a forma e a intencionalidade de cada grupo em se posicionar diante dos diferentes problemas – eram, em alguns casos, completamente eliminados, ocasionando problemas na assistência ao usuário e aos próprios trabalhadores.

A dinâmica no colegiado possibilita o diálogo na definição de objetivos e na priorização de ações e novas práticas de atenção em saúde, bem como na declaração de contratos e compromissos a partir da singularização do sujeito ou de um grupo. Tem-se uma operacionalização do fator diacrítico – fator que atua na constituição de compromisso entre o desejo e o interesse do

sujeito ou grupo e as necessidades sociais – e do 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 coletivos¹⁵.

Provocar transformação sobre estes dois fatores, diacrítico e paidéia, implica em potencializar os espaços de discussão e de declaração de demandas, mas também de ofertas. O movimento de demanda e de oferta coloca-se na prática como a constituição de compromisso do profissional com as necessidades ofertadas pela organização e o seu próprio desejo. Uma teia, tecida com o fio da autonomia do sujeito. Neste vai-e-vem, o fator paidéia é incorporado como sendo o motor pedagógico deste processo capaz de ampliar o coeficiente de transversalidade. O conceito de transversalidade estruturado por Guattari²² 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”²². Pessoas paradas em si mesmas possuem grau de transversalidade menor e, conseqüentemente, a cegueira é maior sobre as intencionalidades presentes na instituição. Este movimento possui a potência de mobilizar forças no interior dos grupos e dos sujeitos, provocando novos processos de subjetivação e de redução de processos de heterogestão.

Instituições [...] ***não designa coisas passíveis de serem vistas, sólidas, concretas. Como tenho dito, trata-se de um conceito produzido por (e para) análises coletivas***¹⁹, circulam no estabelecimento hospital, criando padrões, parâmetros, seja qual nome se queira dar, verdades. O que estabelece a diferença entre o que é normal do que não é, do que precisa de ajuste e do que não precisa.

Neste processo, o instituinte pode ser aquilo que abala a verdade da instituição e o instituído, o espaço onde se encontra não somente a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados como normais, mas também os procedimentos habituais. 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 social²³.

A verdade fundadora enquanto instituído se apresenta como fechada. Logo, é necessário que ela falsifique todo enunciado que coloque em cheque as bases de seus fundamentos. É a relação com a instituição que decide a falsificação.

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

Neste movimento, os processos de subjetivação sofrem pequenas rupturas, isto é, fraturas capazes de promover diferentes subjetividades. Subjetividades que tanto podem impulsionar movimentos de autogestão, quanto estruturar modos de heterogestão solidificados em processos com estratégias que visam o controle dos modos e das práticas. Subjetividades que, ainda que organizadas em um movimento de autogestão, tanto podem ser capazes de construir novos modos de gestão distintos de uma prática calçada na administração científica, quanto podem reforçar interesses individuais.

Conclusão

Para que o direito a saúde no Brasil seja uma realidade, é necessário que os sujeitos presentes nos estabelecimentos de saúde sejam capazes de produzir novos arranjos na gestão, com potência para garantir uma maior participação decisória nos processos operacionais destas organizações e, por conseguinte, para transformar a realidade de acesso aos usuários aos serviços. São arranjos orientados pela produção de subjetividades; são também maneiras de se entender e de se fazer gestão.

A reforma do modelo de gestão para a área pública deveria pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação. Para Campos³, 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.

Neste artigo, demonstramos que o colegiado gestor agiu como um dispositivo mobilizador de discussão e debates coletivos em um ambiente de heterogestão, o que promoveu agires capazes de modificar a prática em alguns setores do hospital. Outros elementos constitutivos da dinâmica

do colegiado apontaram um movimento presente de autogestão, mesmo que não explicitamente e com objetivos individuais.

No colegiado, a gestão assumida como construção coletiva pode se abrir explicitamente à possibilidade de trabalhar não somente a produção de coisas, mas também de espaços genuinamente coletivos. Nessa perspectiva, a atividade produtiva ganha um novo significado e passa a se organizar de modo a promover, simultaneamente, a produção de serviços necessários ao usuário e a constituição tanto do próprio agente da produção, quanto de coletivos organizados para essa produção.

Ocorre um duplo movimento no espaço que foi pesquisado e identificado pelo diário institucional. O primeiro é o de que **a estrutura organi-**

zacional 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 pessoas⁴⁵. O segundo é o de que quando estamos imersos na heterogestão, geridos por alguém, a prática hetero/autogestão é contraditória. Portanto, é no conflito gerado e constitutivo neste plano que processos de autogestão são experimentados.

A constituição de coletivos a partir de modelos centrados em experiências partilhadas de gestão torna possível desencadear processos de coresponsabilização, promovendo um modo de gerenciar que tenha espaço para a dinâmica de singularização e, portanto, de autonomia dos sujeitos envolvidos.

Referências

1. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Rev C S Col* 2007; 12(2):301-306.
2. Campos GWS. Há pedras no meio do caminho do SUS!. *Rev C S Col* 2007; 12(2):298-298.
3. Campos GWS. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
4. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Rev C S Col* 2001; 6 (2):341-360.
5. Ibanhes LC, Heimann LS, Junqueira V, Boaretto RC, Pessoto UC, Cortizo CT, Castro IEN, Rocha JL, Kayano J, Luiz OC, Barboza R, Telesi Jr E. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3):575-584.
6. Silva LMV, Hartz ZMA, Chave SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2):355-370.
7. Paim, JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40 (Supl.):73-78.
8. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Rev C S Col* 1999; 4(2):393-403.
9. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Rev C S Col* 1999; 4(2):355-365.
10. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Rev C S Col* 1999; 4(2):305-314.
11. Azevedo CS. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Rev C S Col* 2002; 7(2):349-361.
12. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2):399-407.
13. Carneiro Junior N, Elias PE. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(5):914-920.
14. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. 3ª ed. São Paulo: Editora 34; 1992.
15. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
17. Hess R, Savoye A, organizadores. *Perspectives de l'analyse institutionnelle*. Paris: Méridiens Klincksieck; 1988.
18. Lourau R. *Le journal de recherche matériaux d'une théorie de l'implication*. Paris: Méridiens Klincksieck; 1988.
19. Lourau R. *René Lourau na UERJ. Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
20. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.
21. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
22. Guattari F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1987.
23. Hess R. *La socianalyse*. Paris: Éditions Universitaires; 1975.

Artigo apresentado em 15/02/2006

Aprovado em 02/03/2007

Versão final apresentada em 30/04/2007