

A gestão em saúde:

nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS*

Francini Lube Guizardi¹
Felipe de Oliveira Cavalcanti²

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O. Health management: nexuses between institutional daily routine and political participation in SUS. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.633-45, jul./set. 2010.

This is an essay on the topic of management within the field of public health. It raises questions about the challenges inherent to the construction of democratic forms of management in SUS. The path followed in this conceptual field is analyzed, emphasizing the tendency towards normative centralization that characterizes it. Starting from the reconfiguration of work within the contemporary world through the emergence of new technologies for information and communication, the authors reflect on the new institutional configurations derived from this. There is a need to rethink co-management within the scope of healthcare institutions, as a passage from practices of work organization and control to the level of interlinking in a network of activities for healthcare production.

Keywords: Healthcare management. Political participation. Sanitary reform. Democracy.

Este é um ensaio sobre o tema da gestão no campo da saúde coletiva e tem por objetivo problematizar os desafios inerentes à construção de modos democráticos de gestão do SUS. A trajetória desse campo conceitual é analisada destacando-se a tendência à centralização normativa que o caracteriza. A partir da reconfiguração do trabalho no mundo contemporâneo, com o surgimento das novas tecnologias de informação e comunicação (NTIC), os autores refletem sobre as novas configurações institucionais daí derivadas. Sinaliza-se, então, a necessidade de se repensar a cogestão, no âmbito das instituições de saúde, como passagem das práticas de organização e controle do trabalho para o plano da articulação em rede das atividades de produção de saúde.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Participação política. Reforma sanitária. Democracia.

* Texto inédito, resultado da cooperação entre os resultados de Guizardi (2008) e do projeto de qualificação de mestrado de Cavalcanti (2009).

¹ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Av. Brasil, 4365, Escola Politécnica de Saúde, sala 321. Mangueiras, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21.045-900. franciniguizardi@fiocruz.br

² Programa Médico de Família, Niterói, Rio de Janeiro.

Introdução

Durante as décadas de 1970 e 80, forjou-se no Brasil o movimento sanitário que, com a afirmação “saúde é democracia”, reivindicava o direito à saúde como “[...] expressão de um conjunto de condições saudáveis – condições de vida e de trabalho – das quais não se poderia abrir mão” (Ceccim, Ferla, 2008, p.444). A Reforma Sanitária proposta pelo movimento sanitário passava pela criação de um sistema de saúde universal, pautado pela integralidade, que procurasse enfrentar as históricas desigualdades presentes no campo da saúde.

Entretanto, como nos mostra Paim (2008), para alguns atores do movimento sanitário, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) transcendia a criação de um sistema de saúde, isto é, transcendia uma reforma setorial.

Com base na tese de que a RSB representa um projeto de reforma social, poder-se-ia considerar a hipótese de que ela foi concebida como reforma geral, tendo como horizonte utópico a revolução do modo de vida, ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como perspectiva apenas uma reforma parcial. (Paim, 2008, p.38)

Desse modo, a RSB seria um processo inconcluso e, em seu estado atual, limitado ao desenvolvimento de suas dimensões setorial e institucional, isto é, ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Partilhamos com Paim a noção de que o projeto da RSB e a luta do movimento sanitário vão além da construção de um sistema de saúde fornecedor de serviços à população, evidenciando a necessidade de uma mudança radical dos modos de vida em nossa sociedade. No entanto, discordamos do autor em sua tendência a considerar o SUS unicamente como um sistema de saúde no qual são ofertadas ações e serviços para se cuidarem dos problemas de saúde da população. Nesse sentido, consideramos que é necessário assumir o SUS como principal campo de lutas do movimento sanitário e, sobretudo, como terreno de interação e produção de sujeitos em luta por uma nova sociedade.

E isto porque a participação política na gestão do sistema de saúde não se constitui apenas como um caminho para construí-lo da melhor maneira, mas, primordialmente, como o próprio terreno onde, a partir do campo da saúde, é possível agenciar os sujeitos para a luta pelo SUS e por um outro mundo. Nesse sentido, o aprofundamento do projeto da Reforma Sanitária Brasileira passa fundamentalmente por uma radicalização democrática do cotidiano institucional do sistema de saúde. Esta nos parece ser a arena onde é possível, ao mesmo tempo, avançar na construção da institucionalidade do SUS e produzir novas formas de subjetivação que permitam alcançar a almejada revolução nos modos de vida.

Desse modo, nossa reflexão parte do movimento de remeter a gestão em saúde ao projeto da Reforma Sanitária, o que nos parece constituir a participação política no cotidiano institucional do SUS como problema teórico e político fundamental. Quanto a este ponto, cabe, portanto, interrogar como a gestão dos serviços e sistemas de saúde tem respondido ao desafio de radicalização do projeto democrático do SUS.

Uma breve retrospectiva nos mostraria os elementos que marcaram a institucionalização do SUS, em especial, os instrumentos normativos de organização da atenção. Destaquem-se, a esse respeito: as normas operacionais, a reorganização da Atenção Primária com a Estratégia de Saúde da Família e a recente perspectiva de ampliação da pactuação federativa das políticas. Esses são importantes exemplos de artifícios institucionais que responderam pela estruturação do SUS em âmbito nacional, por sua significativa capilaridade num país de proporções continentais como o Brasil, num período histórico relativamente curto.

A presença marcante de artifícios normativos, constituídos de forma centralizada, aponta qual tem sido a tendência hegemônica na gestão das políticas de saúde. Em razão dela, e não negligenciando os avanços alcançados em sua implementação, alguns indícios nos fazem questionar se os desenhos institucionais que hoje configuram o SUS respondem plenamente aos desafios de democratização das políticas do setor. Para iniciar nossa reflexão sobre esse questionamento, convidamos o leitor a deslocar

o olhar da referida arquitetura institucional, de sua configuração em âmbito nacional, e aproximar-se da realidade dos serviços de saúde, do cotidiano das instituições que concretizam (ou não) o direito formalmente assegurado.

Tomando como foco de análise a gestão do SUS no cotidiano institucional, nos cenários onde o sistema de saúde se efetiva, é marcante o fato de que estes artifícios negam ou diminuem demasiadamente a possibilidade de que a gestão possa se fazer de forma democrática, pactuada, incluindo em seus processos decisórios os diferentes atores implicados nos contextos locais. Castanheira (1990, p.222) nos ilustra algumas dessas dificuldades, entre elas “[...] os conflitos entre a necessidade institucional de estabelecer normas para o atendimento, e as necessidades mais imediatas trazidas pelos usuários”; ou, ainda, “o conflito entre os interesses de grupos de trabalhadores da unidade, e de cada trabalhador individual, com as normas da instituição, de um lado, e com as demandas dos usuários, de outro”.

Por outro lado, achamos necessário ponderar que a tendência à centralização normativa, que tem caracterizado a implementação do SUS, muitas vezes por grupos comprometidos com o ideário da Reforma Sanitária, pode ser justificada como tentativa de garantir sua efetuação num cenário histórico marcado por uma assistência pública à saúde fortemente mercantilizada, defendida por grupos de interesses vinculados ao complexo médico-industrial, que acumula grande poder de intervenção. Considerar este cenário pode auxiliar-nos a entender por que a luta por um sistema público de saúde universal e equânime foi identificada com o referencial da epidemiologia e com as correntes que tinham por objeto o planejamento e a planificação das políticas públicas, influenciadas pela produção teórica da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL). A normalização e a racionalização das práticas foi, nesta trajetória, fortemente associada com o projeto de Reforma Sanitária, como caminho impreterível para a construção de outro modelo assistencial, determinando, em consequência, as formas de gestão das políticas de saúde e as práticas institucionais do gestor.

Tais referências são aqui retomadas porque se traduzem em tecnologias de gestão em saúde que apresentam um forte viés técnico e centralizador. Não é difícil constatar que, mesmo advogando a participação popular e o planejamento ascendente, os modelos de gestão propostos no âmbito do planejamento e da programação em saúde redundaram na permanência de práticas de gestão calcadas na centralização normativa das políticas públicas e no controle do processo de trabalho nas instituições de saúde.

Por fim, um importante esclarecimento faz-se necessário em nosso esforço de reconhecer o cotidiano institucional como contexto de participação política no SUS. Este esclarecimento diz respeito justamente ao conceito de gestão com que trabalhamos, isto porque, ao propormos remeter a discussão da participação política à gestão das instituições, não assumimos, em nossa análise, a distinção entre gestão e gerência³ instituída pela NOB 96. Concordamos com Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003) que, dada a persistência de orientações centralizadoras e frente ao desafio que se impõe à gestão em “[...] propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população, desde o sistema local de saúde” (p.62), tal diferenciação torna-se secundária, uma vez que entendemos que “[...] o principal núcleo dos desafios colocados à gestão, nesse contexto, é relativo à capacidade de implementar práticas cotidianas suficientemente densas para produzir, no limite da radicalidade possível em cada situação, tensões e rupturas com a cultura instituída e com as tecnologias de gestão existentes” (p.65).

³ Na Norma Operacional Básica de 1996, a gestão é definida como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”. A gerência, por sua vez, “é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema” (Brasil, 1997, p.8).

Gestão e centralização normativa nas instituições de saúde

Ao retomarmos a discussão sobre a centralização normativa nas instituições de saúde, pretendemos enfatizar, sobretudo, a impossibilidade de total centralização do processo decisório dos modos de gestão em saúde. Nessa perspectiva, o "ato de gerir" não é jamais estritamente uma tarefa técnica (Gonçalves, Schraiber, Nemes, 1990), tampouco é uma tarefa exclusivamente determinada pelo gestor. Ainda que sob a égide de normas e instrumentos operacionais de controle, os trabalhadores configuram a assistência prestada nas escolhas que determinam as implicações de suas ações, em suas relações com os demais profissionais e com a comunidade (Merhy, 2005). Ainda, atualizam antigos modelos ou produzem a abertura para novas possibilidades, assim como também o fazem a comunidade e os usuários. Como salienta Arendt (1981), a história não tem criador porque não é criada, já que, se podemos compreender a inserção de seus agentes, não é possível jamais determinar seus autores, a não ser pelo recurso a objetos teóricos transcendentais, como a providência, a "mão invisível", o "espírito do mundo", ou o interesse de classe.

Algumas vezes pequenas, outras vezes mais aparentes, essas escolhas convertem as normas e desenhos institucionais em atos e práticas concretas. São elas que produzem realidade social. É a partir delas que as instituições de saúde adquirem "vida", é com elas que o direito à saúde ganha materialidade. São essas pequenas escolhas que tornam a concepção racionalista do sistema de saúde um modelo frágil e sempre deficitário.

[...] o denominado 'sistema de saúde' é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora. (Cecílio, Mehry, 2003, p.199)

Portanto, mesmo sendo o SUS organizado de forma centralizada, por normas, protocolos e programas, todos esses sujeitos, com suas diferentes inserções, implicações e perspectivas, são autores desse desenho institucional e de seus fluxos singulares em cada contexto, pois não se pode desconsiderar o fato de que normas e instrumentos operacionais somente existem como prática social em situação, compreendida aqui segundo a acepção que lhe confere Carlos Matus (1989). Esse aspecto coloca um grande desafio à gestão, já que a intervenção em saúde depende da construção de relações, das tecnologias leves (Merhy, 2005), da configuração de redes cooperativas, o que não pode ser respondido com a estrita normalização do processo de trabalho. Mesmo porque, a ação é, por definição, normativa, residindo nisto sua dimensão política, a qual não pode ser, de forma alguma, isolada das implicações reticulares em que se tecem as relações humanas. Essas considerações nos ajudam a perceber que os efeitos da ação humana têm como movimento primordial a tendência a espalhar-se e a repercutir-se, sem que seja possível sua objetivação ou a previsão incontestada de sua direção e de seus resultados. As consequências da ação, nesse sentido, são impossíveis de serem plenamente antecipáveis, já que, imanentes à sua efetuação, articulam-se com os demais processos que compõem a realidade como artefato humano compartilhado.

Arendt (1981), seguindo a tradição grega, diferencia os momentos que compõem a ação como *archein* e *prattein*: o começo, ato inicial que inaugura a ação como possibilidade; e a realização, a condução, o gesto de pôr em movimento, com que a ação se desdobra para além de seu princípio. Ainda que se possa identificar para o primeiro momento certo sujeito (mesmo que coletivo), a concretização da ação jamais decorre exclusivamente dele, uma vez que se articula em um plano de relações. Assim, a separação entre gestão e execução, governo e vida social, não pode ser lida a não ser como ficção, dado que jamais alguém poderá agir isoladamente ou supor responder totalmente pelo curso empreendido por suas ações, ou por aquelas que decide serem realizadas. Essa, contudo, foi a expectativa e a presunção dos modos de gestão modernos, que entendem – ou pretendem afirmar – a ação dos homens como um dentre os demais recursos de produção.

O papel do iniciador e líder, que era um *primus inter pares* [...], passou a ser o papel do governante; a interdependência original da ação [...] dividiu-se em duas funções completamente diferentes: a função de ordenar, que passou a ser prerrogativa do governante, e a função de executar, que passou a ser o dever dos súditos. [...] Contudo, a força do iniciador e líder reside apenas em sua iniciativa e nos riscos que assume, não na realização em si. No caso do governante bem-sucedido, ele pode reivindicar para si aquilo que, na verdade, é realização de muitos. [...] Através dessa reivindicação, o governante monopoliza, por assim dizer, a força daqueles sem cujo auxílio ele jamais teria realizado coisa alguma. (Arendt, 1981, p.202)

Em consequência, reportando a questão ao campo da saúde, podemos afirmar que, se de fato à gestão cabe “gerir a coordenação” dos processos de trabalho e da organização do sistema público de saúde, isso não deve representar institucionalmente a centralização do poder de decisão acerca deles. Questão esta que nos faz problematizar as formas de participação na gestão que desejamos construir no SUS.

Perspectivas democráticas e suas condições de possibilidade

Como saber o que recusar e o que afirmar em nossas práticas institucionais?

Tendo em vista as considerações prévias que fizemos sobre a centralização normativa na gestão, podemos explicitar alguns conceitos-chave para nossa reflexão. Um deles é o que definimos por capacidade normativa. Retomando a discussão feita por Canguilhem (2001), aproximamos política e capacidade normativa da ação ao defendermos que as normalizações e renormalizações que caracterizam a atividade humana não podem ser compreendidas exclusivamente desde as normas externas que a codificam, regulam ou constroem: o exercício normativo é inerente à atividade e não equivale à aplicação de leis e normas institucionais (o que não significa desconsiderar sua importância na produção de realidade social), inclusive porque estes recursos de sobre-codificação não conseguem jamais manter a ação em seus limites.

Ao entendermos a dimensão política da ação como relativa aos efeitos normativos que gera, não pretendemos sugerir a possibilidade de sociedades sem leis e normas institucionais, mas apontar o fato de que é preciso incorporar em nossas instituições, como estratégia de sua determinação, o movimento normativo da atividade em seu plano de imanência. Isto significa não a existência de normas a serem seguidas de forma estrita, mas o reconhecimento, no âmbito dos espaços institucionais, do agir como produção normativa. Implica, fundamentalmente, a necessidade de se engendram artifícios e dispositivos que promovam planos de visibilidade para os efeitos normativos da atividade e de suas sinergias, para o modo como potencializam ou constroem outras esferas de ação, bem como para as implicações de seus vetores de determinação. Em outras palavras, planos de visibilidade que exponham esse exercício normativo em sua capacidade de produzir repercussões e efeitos de realidade e em sua condição de atravessamento e ponto de emergência singular de outros movimentos de normalização.

Tal forma de colocar o problema da gestão das práticas institucionais tem por base a compreensão de que a intercessão entre política, ética e atividade humana resulta da relação dialógica com o outro, do fato de que o agir se reporta ao outro, condição de sua existência, já que não pode limitar-se a sua própria esfera de atuação. É da possibilidade dessa relação com o outro que decorre toda diferenciação e individualização. Os sentidos que adquirem as práticas institucionais são assim forjados como efeito de nossa condição humana de seres de relação. Ao afirmarmos a dimensão dialógica da produção de realidade social, seguindo as análises de Bakhtin (Brait, 2005), não pretendemos reduzir a experiência ao sentido linguístico, afinal,

nessa esfera, as relações são relações de sentido que se expressam pela linguagem e pelos signos, mas não são redutíveis a estes últimos. [...] a relação dialógica não é uma relação lingüística. Embora pressuponha uma língua, esta relação não existe dentro do sistema da

língua. E porque podemos fazer tal afirmação? Porque a emoção, o juízo de valor, a expressão são igualmente estranhos à palavra dentro da língua, e só nascem para favorecer o processo de sua utilização viva no enunciado concreto. [...] A maior parte dos comentadores de Bakhtin, [...] equivocam-se ao interpretar o dialogismo como um problema lingüístico. Para Bakhtin, ao contrário, trata-se de um problema ontológico e político. (Lazzarato, 2006, p.195)

Ao apontarmos para a dimensão política da experiência, procuramos colocar em discussão a gestão em saúde a partir das implicações normativas da atividade em sua produção dialógica de sentidos e efeitos de realidade.

Considerações sobre os modos de produção contemporâneos e suas implicações para a gestão em saúde

Trazer para o contexto da gestão em saúde as implicações normativas da atividade significa afirmar que a gestão é feita por todos, é responsabilidade ética de todos, já que, mesmo sob os maiores cerceamentos, a atividade do humano produz realidade. Isso significa pensar a realidade (institucional) necessariamente como produção compartilhada.

A transformação dos modos de produção contemporâneos apresenta-nos a radicalidade desse sentido de gestão, a impossibilidade real de concretizar em absoluto a separação entre concepção e execução no agir humano. Foram as infinitesimais e micropolíticas insurgências da atividade que redundaram na falência do ideal fordista de regulação do trabalho, a ponto de gerar o reconhecimento da urgência em requisitar essa capacidade normativa, procurando, contudo, delimitar seu escopo de intervenção à valorização do Capital. A acumulação flexível e o chamado modelo toyotista não são outra coisa que não um esforço de regulação da atividade dentro das fronteiras da organização capitalista do trabalho. Os trabalhadores são convocados à "auto-organização" das equipes e células de produção, em função de tarefas e projetos, sem que seja viabilizado o acesso concreto dessa capacidade normativa à própria configuração institucional, ou seja, à definição do sentido da produção e da instituição. Esta é uma questão fundamental à noção que adotamos de coprodução, formulada a partir do amplo debate sobre as modificações contemporâneas do capitalismo.

O ponto de partida que fundamenta o conceito de coprodução que utilizamos é a indicação de que criação social de valor e modo de produção capitalista não coincidem completamente, a despeito da força historicamente revelada pelo Capital de submeter "[...] à lógica da acumulação pela acumulação os modos de produção que lhe são estranhos" (Lazzarato, 2003, p.64). Isso é particularmente evidente no modo como o território, a comunidade, as relações sociais de vinculação passam a ser investidos diretamente como lócus da produção, em contraposição ao modelo fordista, assentado na separação forjada entre produção e reprodução social, em mecanismos que explicitam a divisão moderna entre o político, o subjetivo, o social e o econômico.

As novas articulações produtivas rompem essa diferenciação ao imporem uma passagem da lógica de reprodução à da inovação, com base na potência produtiva do trabalho imaterial. Cada vez mais intensamente, as linguagens, os afetos, os saberes e a vida se tornam imediatamente produtivos, em virtude das novas formas de composição sociotécnicas do trabalho, em grande medida assentadas nas alternativas tecnológicas de integração e comunicação em rede, disseminadas na dinâmica pós-fordista da produção, que reorganizam, em torno destas qualidades imateriais, os processos de trabalho.

Desta forma, a cooperação social revela-se força motriz da produção, com os fluxos e redes sociotécnicas que gera. De fato, as novas tecnologias de comunicação e informação (NTIC), que estão na base dessas transformações, introduzem uma inédita dinâmica de cooperação horizontal, em que se efetivam produção, circulação e acumulação de conhecimento sem constrangimentos de ordem temporal ou espacial. Redesenham, com isto, os estriamentos, as malhas e os pontos de passagem, de desvio e de adensamento dos fluxos, criando e intensificando, de forma exponencial, as linhas que tecem os territórios sociais. A importância que a internet adquiriu nas sociedades contemporâneas revela não só o distanciamento já percorrido em relação ao período fordista, mas também a abertura de possibilidades que esses arranjos produtivos portam e enunciam como indeterminação.

Deste modo, a potencialidade produtiva das redes sociais (redes de redes) extrapola e antecede os recursos tradicionais de regulação do trabalho e de ordenamento das instituições. O trabalho reticular que se configura nestas redes, a produção e difusão de saber que empreendem, têm para nós uma relevância peculiar, na medida em que intervém diretamente no governo e administração da vida. A distinção entre concepção e execução mostra-se absolutamente impertinente neste contexto, em que o trabalho produz valor ao produzir diferença, ao dar passagem à invenção e à criação. O novo resulta justamente do caráter difuso e reticular dessa cooperação, das contribuições infinitesimais, no dizer de Lazzarato (2006), que cada sujeito aporta à realidade. Na insistência da repetição, a diferença se imiscui como intrusa, já que não há, na atividade humana, a alternativa da reprodução exata, a execução perfeita, a possibilidade de estancar o tempo da ação como reificação absoluta de uma norma antecedente. Todo e qualquer sujeito difere, introduz em seu contexto a marca dessa condição ontológica, que, por certo tempo, pretendeu-se neutralizar com as técnicas administrativas de controle, com a postulação rigorosa do *best way* das práticas e movimentos.

É essencialmente desta capacidade de diferir e de colocar em sinergia tais contribuições que a inovação resulta. Não o grande invento do grande homem, mas a coprodução singela e cotidiana que a interação humana nas redes potencializa. Daí que a eficácia do processo produtivo dependa, cada vez mais intensamente, da interação e socialização que os meios técnicos ofertam como suporte e infraestrutura de comunicação e relação.

As análises dos diferentes 'momentos' do ciclo do trabalho imaterial nos permitem avançar na hipótese de que aquilo que é produtivo é o conjunto das relações sociais [...], segundo modalidades que colocam diretamente em jogo o "sentido".
[...] Essa cooperação não pode ser em nenhum caso predeterminada pelo econômico, porque se trata da própria vida da sociedade. O econômico somente pode apropriar-se das formas e produtos desta cooperação, normatizá-los e padronizá-los. Os elementos criativos, de inovação, são estritamente ligados aos valores que somente as formas de vida produzem.
(Lazzarato, 2001, p.52)

A dissolução da distinção entre tempo de trabalho e tempo de vida; a temporalidade heterogênea da criação do novo (cuja intensidade produtiva não pode ser medida pelas horas da jornada de trabalho); a dinâmica horizontal das redes, que se fortalecem na comunhão dos saberes e conhecimentos como produção compartilhada que escapa à lógica da apropriação privada da riqueza; tudo isto nos fala da solidez de nossas instituições modernas que se desmancham no ar. Enfim, transformações "éticas da constituição do tempo" (Cocco, 2001) que nos solicitam outras instituições e, em consequência, o desafio de articular outros modos de gestão, pautados pelo reconhecimento da realidade como incontornável coprodução.

Para pensar esse desafio, quanto à produção de saúde, julgamos necessário retomar a inovação que o conceito de cogestão, trabalhado por Campos (2000), nos oferece. Ao remetê-lo ao compromisso de democratização institucional, o autor nos apresenta um problema fundamental: como tornar o cotidiano institucional espaço de produção de autonomia, de produção de novos sujeitos? Como superar os efeitos do paradigma tradicional da administração, geradora de desinteresse, objetivação dos sujeitos, alienação, agir mecânico e burocracia?

Estas questões revelam-se centrais aos problemas hoje vividos, seja nas unidades de saúde, seja nos espaços de controle social no SUS. Aliás, temos por hipótese que a vitalidade dos mecanismos de controle social é diretamente condicionada pela experiência cotidiana nos serviços que materializam, de fato, a política de saúde. Não há como a representação de interesses em fóruns episódicos substituir a materialidade das relações e trocas que ocorrem nas instituições de saúde, razão pela qual situamos o problema da participação política no SUS nos modos de gestão dos serviços e sistemas.

Adotamos, nesta análise, a referência ao conceito de instituição sistematizado por Barembliitt (1992), como lógicas que regulam e estruturam práticas sociais e que podem expressar-se tanto em leis e normas, como em modos de comportamentos. Quando utilizamos o termo instituições de saúde no debate sobre a gestão, fazemos referência à conformação de determinados campos de força

que configuram efeitos particulares nos estabelecimentos, resultantes do atravessamento de diversas lógicas institucionais que requerem, para atualizar-se nas relações sociais, a legitimidade que lhes conferem tais lugares específicos.

Quando falamos na instituição médica, não é o mesmo que debatê-la em seu exercício no hospital e no domicílio do usuário. O que queremos enfatizar com essa colocação é que a dinâmica produtiva das instituições demanda certos modos de territorialização, de organização do lócus de suas práticas, sendo justamente aqui que a interseção com o tema da gestão nos interessa: a relação entre instituições e a produção de realidade social.

A trama institucional que atravessa e conforma os espaços de concretização das políticas de saúde é, nesse sentido, produção de temporalidade e espacialidade, produção do cotidiano, conforme Milton Santos (1999), já que é no lugar, compreendido como território compartilhado, que se materializam as relações de cooperação e conflito, que são a base da vida em comum. “Porque cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; e porque a contigüidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo [...]” (Santos, 1999, p.258).

Nesse sentido, as instituições são condição material da produção de determinadas permanências, posto que desempenham funções de estratificação das relações de força e estruturação dos processos sociais dentro de certo horizonte de possibilidades. Nessa malha institucional territorializada,

[...] aquilo que é aprisionado é o fora. O que é enclausurado é o virtual, a potência de transformação, o devir. As sociedades disciplinares exercem seu poder neutralizando a diferença e a repetição e sua potência de variação (a diferença que faz diferença), subordinando-a à reprodução. (Lazzarato, 2006, p.69)

Isso apenas é possível na medida em que as tecnologias de governo se assentam em delimitações territoriais de seu exercício, de desaceleração ou, mesmo, imobilidade das movimentações constituintes imanentes aos fluxos sociais. Em outras palavras, discutir as possibilidades de coprodução das instituições de saúde implica discutir o modo como suas instituições se organizam e procedem a clausura normativa dos fluxos sociais, protegendo-se de sua potência constituinte.

Novos sentidos para a cogestão das instituições de saúde

O que observamos, com as transformações atuais do trabalho, é a constituição de redes que escapam aos regimes institucionais tradicionais da modernidade. Deslocamento este que fez insurgir a potência produtiva das relações de cooperação, que não encontram abertura nos espaços institucionais, dados os dispositivos de captura que os organizam. Desta forma, ao trazer as contribuições dessas análises para o campo da saúde, percebemos que afirmar a natureza intrinsecamente social da produção de saúde implica o questionamento dos arranjos institucionais que materializam a política de saúde atualizando práticas de centralização normativa de sua gestão.

E é justamente nesse aspecto que divergimos da proposição do conceito de cogestão feito por Campos (2000), porque, embora indique uma avaliação convergente quanto à necessidade de democratização institucional, a forma como o autor articula a cogestão tende a privilegiar os trabalhadores nos processos decisórios, na medida em que “[...] a gestão de Coletivos deve incorporar os usuários, mas não com o mesmo sentido e proporção que os trabalhadores” (Campos, 2000, p.72).

Circunscrição esta que, a nosso ver, não consegue romper, de fato, com o modo operante do funcionamento institucional, em suas inércias, enclausuramentos e em seu peso gravitacional, que procura sempre conter e fixar a intensidade dos fluxos sociais, asfixiá-los com sobrecodificações e hierarquias, aspectos que o próprio autor aborda, ao falar da tendência de fechamento que as unidades de produção revelam e que justificaria, segundo ele, a função de apoio e liderança.

Em nossa perspectiva, discutir a cogestão no âmbito das instituições de saúde representa uma passagem do entendimento da gestão como organização da operação de tarefas e ações e suas distribuições no trabalho da equipe, para o plano da articulação em rede das atividades de produção

de saúde. Isso significa, necessariamente, extrapolar os limites das equipes e unidades em direção às conexões possíveis com o território produtivo em que se situam. Seria esse um novo sentido para o conceito de territorialização do sistema de saúde trabalhado pelo enfoque teórico dos Distritos Sanitários, aproximação que resgata alguns de seus objetivos, que consideramos atuais, como, por exemplo, a necessidade de se criar maior plasticidade nos mecanismos da gestão e de se efetuar uma transição de normas duras para normas brandas.

No entanto, apesar dessas convergências, o conceito de territorialização apresenta aqui uma apreensão diversa da proposta do Distrito Sanitário, pois não se trata de conhecer o território para melhor intervir, para melhor responder às suas necessidades de saúde (o que mantém as fronteiras funcionais da instituição). Ao contrário, a territorialização significa aqui a socialização das instituições de saúde nas redes sociais produtivas do território, no sentido de democratizar o poder normativo que caracteriza sua intervenção ao limite de sua transformação em malhas articuladoras destas redes, em sua potencialidade de produção de saúde.

Isso significa investir no território diretamente como campo da produção de saúde, concretizando novas articulações institucionais que não atualizem a intervenção em saúde como uma reprodução de normalizações sobrecodificadas e heterodeterminadas. Remete, portanto, ao entendimento da coprodução como socialização e democratização da constituição de artifícios institucionais, com base na potência produtiva do trabalho imaterial, em sua dependência direta dos fluxos e redes sociais que promovem a socialização dos saberes, dos dispositivos tecnológicos e organizativos. Pensar a coprodução de saúde em suas articulações com o território demanda, portanto, inovações ("sinergias produtivas", não antecipáveis, não passíveis de prescrição) que produzem, sobretudo, novas formas de ver e sentir, novos territórios existenciais.

Se a produção é hoje diretamente produção de relação social, a 'matéria-prima' do trabalho imaterial é a subjetividade e o 'ambiente ideológico' no qual esta subjetividade vive e se reproduz. A produção da subjetividade cessa, então, de ser somente um instrumento de controle social (pela reprodução das relações mercantis) e torna-se diretamente produtiva [...]. (Lazzarato, 2001, p.46)

As transformações nos modos de gestão que indicamos implicam, em decorrência, transformações nos sentidos produzidos e atribuídos às instituições de saúde, as quais seguem a direção das análises feitas por Cecílio e Merhy (2003), que nos propõem pensar o "sistema" como uma "rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços" (p.199). Leitura esta que completamos ao sugerirmos que o sistema torna-se necessariamente rede societária porque nenhum conceito ou estratégia racionalizadora da política de saúde será capaz de antever e engessar as movimentações sociais.

A cogestão das instituições seria, nessa perspectiva, a outra face da coprodução de saúde, vinculação que explicitamos por realocar a descentralização do sistema de saúde no horizonte da efetiva apropriação democrática dos processos de sua gestão. São transformações administrativas dos serviços de saúde que supomos depender da exposição dos espaços institucionais à multiplicidade normativa dos fluxos societários e de suas composições singulares. Nesse sentido, a cogestão é uma forma de ruptura da tendência de centralização e concentração do poder normativo dos processos decisórios da administração, a qual tem ocasionado ao SUS um vasto leque de dificuldades em articular desenhos institucionais adequados às especificidades locorregionais; ou melhor, que tem apresentado constrangimentos para a concretização do SUS como território público, plano de visibilidade que torna acessível aos seus sujeitos a dimensão política das práticas de saúde, ao mesmo tempo em que se efetua como contexto de expressão e materialização de sua diversidade e singularidades na produção de saúde.

A cogestão colocar-se-ia, assim, como dispositivo de redistribuição do poder nas relações sociais (objetivo do planejamento conforme Mario Testa), afirmando definitivamente a participação política como relativa às implicações decisórias da atividade (normativas, portanto), ao poder de intervir na capacidade institucional de regular a temporalidade e a intensidade constituinte da dinâmica societária. Nesse sentido, dispositivo democrático que transformaria os espaços institucionais não mais

em lócus de aprisionamento do virtual, mas em rede cooperativa em que ocorre a modulação ética das forças que o constituem (já que a vida social nos solicita permanências e territórios institucionais).

Pensar as instituições de saúde a partir dessas referências equivale a reconhecer como problema fundamental a desarticulação dos estados de dominação que as determinam. Segundo Foucault (Lazzarato, 2006), estes são resultantes da estabilização, do congelamento e do bloqueio nas instituições das relações estratégicas de poder que constituem o social. À medida que entendemos, em uma apreensão foucaultiana, o poder como “ação sobre outras ações possíveis, como capacidade de conduzir as condutas possíveis dos outros” (Lazzarato, 2006, p.250), as relações estratégicas seriam uma faceta inerente às relações humanas, o que não significa confundi-las com estruturas políticas, institucionais ou classes sociais. Seriam, em contrapartida, “jogos de poder infinitesimais, móveis, reversíveis, instáveis, que permitem aos diferentes parceiros disparar e colocar em ação estratégias para modificar as situações” (p.251). Relações que não têm, portanto, conotação negativa, já que resultam de modos de ação livres, que pressupõem a liberdade de serem revertidas, desfeitas e modificadas.

Os estados de dominação consistiriam na estabilização institucional dessas relações estratégicas, na limitação da reversibilidade e mobilidade própria das assimetrias que constituem toda relação social. Ao cristalizarem a fluidez dessas assimetrias, revelam-se como constrangimento da liberdade das relações estratégicas, o que se produz com o recurso a um conjunto de tecnologias de governo, de

[...] práticas através das quais se pode ‘constituir, definir, organizar, instrumentalizar as estratégias que os indivíduos, em sua liberdade, podem traçar, em relação uns aos outros’. O que essas técnicas regem é consigo e com os outros. Para Foucault, as técnicas de governo desempenham um papel central nas relações de poder, porque é através delas que os jogos estratégicos podem ser fechados ou abertos, e é pelo seu exercício que se cristalizam e se fixam em relações assimétricas institucionalizadas (estados de dominação), ou em relações fluidas e reversíveis, abertas à experimentação de subjetivações que escapam aos estados de dominação. (Lazzarato, 2006, p.252)

Considerações provisórias sobre a participação política no SUS

O desafio colocado para a gestão, no contexto de luta pela construção do SUS, implica a constituição de novas tecnologias de governo, novas institucionalidades abertas à reversibilidade e à mobilidade das relações estratégicas, que reconheçam e afirmem a dimensão política (normativa) da atividade, tramas institucionais em que a política possa adquirir o sentido e o efeito de pôr à prova o existente. A política em seus atravessamentos institucionais deixaria de ser, assim, a mobilização para negação (o situar-se coletivamente contra), ou para a definição identitária de elementos constantes de agregação, tornando-se uma recusa das opções dicotômicas atualizadas como possível (representantes x representados, público x privado, individual x coletivo). Seria uma abertura do plano de possibilidades (de criação de realidade) que resulta do estranhamento e do questionamento da transversalidade dos estados de dominação, da fixação das assimetrias por certas tecnologias de poder. A partir da especificidade histórica (portanto inédita) de cada situação, a política pode afirmar-se como experimentação, como prática normativa não constrangida por recursos de dominação que tornam a escolha, a possibilidade de constituir-se nessas decisões, restrita aos possíveis já determinados nestas tecnologias de governo.

Esta perspectiva decorre da compreensão da política como produção de realidade social, determinada, segundo Negri (2001), pelo poder constituinte da multiplicidade. Tal concepção aponta, sobretudo, para a necessidade de se extrapolar sua definição como resistência e defesa (de interesses), e nos coloca o problema da efetuação, nas instituições, de arranjos e dispositivos que engendrem e expressem esta produção ao invés de restringi-la. Composições estas que manteriam o principal efeito de realidade das instituições: a produção de temporalidades e espacialidades, de referências e permanências, de lugares que territorializam relações, porém resignificando o sentido de sua eficácia. Não mais a fixação hierárquica e excludente, mas o direito de todos ao pertencimento e à

diferença, que supõe necessariamente o acesso ao bem comum (conhecimentos, linguagens, serviços etc.) e a relação com o outro, em que as inevitáveis assimetrias estejam submetidas à mobilidade e reversibilidade das relações de poder estratégicas. “Instituições paradoxais, porque precisam ser móveis, falhas, excêntricas, fraturadas como os devires que irão favorecer” (Lazzarato, 2006, p.212).

Defender a política como experimentação e constituição de processos de subjetivação implica o reconhecimento de que nossa inexperiência democrática, como a denomina Freire (2005), não deixará de ser uma realidade no cotidiano das instituições de saúde, a menos que esse cotidiano se torne objeto de problematização e de construção de outros saberes que sejam reconhecidos como legítimos na esfera de determinação da política pública do setor. Como argumenta Freire (2005, p.88), “a democracia, antes de ser uma forma política, é forma de vida”. É este um atributo da vida que se deseja humana, já que “a vida não tem necessidade de assumir valores externos a ela para tornar-se política. Política ela é imediatamente em sua própria facticidade” (Agamben, 2004, p.160), pois o homem é um ser de relações, não apenas de contato. Tanto ele está *no* mundo, como *com* o mundo, sendo essa a grande peculiaridade da condição humana, sua abertura autoral à realidade, que se efetiva em sua multiplicidade, criticidade e temporalidade (Freire, 2005). Poderíamos tirar o “r” que tem limitado a política à resistência em sentido estrito, de reatividade e contraposição, passando a defini-la, então, como existência, constituição de ser social que expõe a luta política em suas implicações ontológicas.

O desafio de construção de novos dispositivos institucionais e saberes como recursos de cogestão do sistema de saúde talvez possa, nesse movimento reflexivo, encontrar uma importante ressonância, que não se tornará presente no processo de efetivação do SUS se não nos dispusermos a questionar a produção concreta (portanto local) das políticas e intervenções públicas. O problema da radicalização do projeto democrático do SUS passa, então, pelo exercício da potência de criação que constitui o humano; pela capacidade de tecer participações como possibilidade de produzir o novo, e não apenas como controle da execução e fiscalização das normas instituídas. Formas de participação que nos solicitam outras composições institucionais, outras tecnologias de governo que tenham, por compromisso, a integração e coordenação das singularidades, a articulação dos fluxos sociais de modo a potencializar a constituição de novos horizontes éticos.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

- AGAMBEN, G. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.
- ARENDET, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BRAIT, B. **Bakhtin: conceitos-chave**. São Paulo: Contexto, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **NOBSUS 96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, G. Meio e normas do homem no trabalho. **Pro-Posições**, v.12, n.2/3, p.38-52, 2001.

CASTANHEIRA, E.R.L. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.222-33.

CAVALCANTI, F.L. **Democracia e autoritarismo no campo da saúde**: interrogando as contribuições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2009. Projeto de qualificação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saude**, v.6,n.3, p.444-56, 2008.

CECÍLIO, L.C.O.; MEHRY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco, 2003. p.197-210.

COCCO, G.M. Introdução. In: LAZZARATO, M.; NEGRI, A. (Orgs.). **Trabalho imaterial**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p.7-24.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 2007.

FERLA, A.A.; CECIM, R.B.; PELEGRINI, M.L.M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, 2003. p.61-88.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 28.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GONÇALVES, R.B.M.; SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.37-63.

GUIZARDI, F.L. **Do controle social à gestão participativa**: perspectivas (pós-soberanas) da participação política no SUS. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

LAZZARATO, M. **As revoluções do capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. Trabalho e capital na produção dos conhecimentos: uma leitura através da obra de Gabriel Tarde. In: COCCO, G.; GALVÃO, A.P.; SILVA, G. (Orgs.). **Capitalismo cognitivo**: trabalho, redes e inovação. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p.61-82.

_____. O ciclo da produção imaterial. In: LAZZARATO, M.; NEGRI, A. (Orgs.). **Trabalho imaterial**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p.43-54.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. Trabalho imaterial e subjetividade. In: _____. (Orgs.). **Trabalho imaterial**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p.25-43.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.107-49.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2005.

NEGRI, A.; HARDT, M. **Império**. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: espaço e tempo: razão e emoção. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O. La gestión en salud: nexos entre lo cotidiano institucional y la participación política en el Sistema Único de Salud (SUS). **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.633-45, jul./set. 2010.

Este es un ensayo sobre el tema de la gestión en el campo de la salud colectiva y tiene por objeto cuestionar los desafíos inherentes a la construcción de modos democráticos de gestión del SUS. La trayectoria de este campo conceptual se analiza destacando la tendencia a la centralización normativa que lo caracteriza. A partir de la nueva configuración del trabajo en el mundo contemporáneo con el surgimiento de nuevas tecnologías de información y comunicación (NTIC), los autores reflexionan sobre las nuevas configuraciones institucionales de ellas derivadas. Se señala pues la necesidad de repensar la cogestión, en el ámbito de las instituciones de salud, como pasaje de las prácticas de organización y control del trabajo hacia el plan de articulación en red de las actividades de producción de salud.

Palabras clave: Gestión en salud. Participación política. Reforma sanitaria. Democracia.

Recebido em 16/09/2009. Aprovado em 23/02/2009.

