

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**Rodrigo Prado da Costa**

**ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS: A PRODUÇÃO TEÓRICA DOMINANTE NO  
CAMPO DA SAÚDE COLETIVA**

**Porto Alegre  
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**Rodrigo Prado da Costa**

**ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS: A PRODUÇÃO TEÓRICA DOMINANTE NO  
CAMPO DA SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ceci Misoczky

**Porto Alegre**  
**2019**

### CIP - Catalogação na Publicação

Prado da Costa, Rodrigo  
Organização de serviços: a produção teórica  
dominante no campo da Saúde Coletiva / Rodrigo Prado  
da Costa. -- 2019.  
171 f.  
Orientador: Maria Ceci Misoczky.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa  
de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre,  
BR-RS, 2019.

1. Gestão em Saúde. 2. Saúde Coletiva. 3. Teorias  
Organizacionais. I. Misoczky, Maria Ceci, orient. II.  
Titulo.

# **ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS: A PRODUÇÃO TEÓRICA DOMINANTE NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Porto Alegre, 17 de setembro de 2019.

---

Profa. Dra. Maria Ceci Misoczky

Orientadora

PPGA - UFRGS

---

Prof. Dr. Guilherme Dornelas Câmara

PPGA - UFRGS

---

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

PPGA - UFRGS

---

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

PPGCOL - UFRGS

## RESUMO

Esta Dissertação tem como objetivo analisar as principais abordagens sobre o tema da Gestão em Saúde no campo da Saúde Coletiva. Para tanto, foi realizada uma pesquisa através da Plataforma Sucupira, ferramenta do Sistema Nacional de Pós-Graduação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Conforme dados disponibilizados pela Plataforma, havia, no momento da pesquisa, 35 Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Mestrado e Doutorado Acadêmicos. Para análise, busquei informações nos sítios eletrônicos desses Programas através de súmulas e ementas de disciplinas que disponibilizassem as referências utilizadas. O objetivo dessa busca foi identificar os principais autores de referência sobre o tema da Gestão em Saúde, no campo da Saúde Coletiva, e quais seus principais textos utilizados como referência. Somente 16 Programas disponibilizam essas informações em seus sítios eletrônicos e em todas as referências utilizadas são citados três principais autores: Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. Para a análise das proposições dos autores, foram utilizadas as categorias “interdiscursividade” e “intertextualidade”, desenvolvidas por Bakhtin na obra *Marxismo e filosofia da linguagem*. Compreendendo, a partir desse referencial, que todo texto carrega consigo um discurso dotado de sentido, busquei identificar como é produzido o discurso sobre Gestão em Saúde e qual o sentido que ele assume nas proposições dos autores analisados. Apesar das diferentes abordagens dos autores sobre o tema da Gestão em Saúde e de suas críticas à gestão sob a racionalidade gerencial, identificou-se que a interdiscursividade e a intertextualidade travadas pelos autores com referenciais que afirmam valores de classe (capitalista), resultam na incorporação desses valores para suas proposições, ainda que isso não seja nítido em seus discursos. Sem contextualizar as proposições de seus referenciais nos textos originais, os autores não evidenciam o sentido ideológico que é incorporado em seus textos e que são traduzidos e apresentados sob outra roupagem, como se fossem reestruturadores das relações de produção do trabalho. Face à articulação de proposições teóricas contraditórias, o resultado prático é a idealização das relações de produção no capitalismo e a sobrevalorização da possibilidade dos trabalhadores transporem as relações institucionais nas quais estão imersos. Sobretudo, as críticas feitas ao campo disciplinar da Administração são limitadas, porque seus modelos de gestão não ultrapassam os limites da ordem estabelecida pelo capital. A reflexão sobre esses autores permitiu evidenciar que seus modelos de Gestão em Saúde não superam o discurso gerencialista, mas o ressignificam, porque traduzem para suas proposições conceitos de referenciais que defendem a lógica de mercado em todas as dimensões da vida associada, ainda que com a intenção de reorganização dos processos de trabalho.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Saúde Coletiva. Teorias Organizacionais.

## ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the main approaches on the topic of health management in the field of collective health. To do so, a survey was conducted through the Sucupira platform, tool of the National Post-graduation system of coordination for the improvement of higher education personnel (CAPES). According to data provided by the platform, there were, at the time of the research, 91 Post-Graduation programs in collective health and, of this total, 35 would correspond to graduate programs in academic masters and doctorate. For analysis, I sought information on the electronic sites of these 35 programs by means of subjects and courses that made available the references used. The objective of this search was to identify the main reference authors on the theme of health management in the field of public health and what its main texts used as a reference. Only 16 programs offer this information and in all references used are cited three main authors: Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. For the analysis of the authors' propositions, the categories "interdiscursivity" and "intertextuality" were used, developed by Bakhtin in the *Marxism and the Philosophy of Language*. Understanding, from this referential, that every text carries with it a discourse endowed with meaning, I sought to identify how the discourse is produced on health management and the meaning that it assumes in the propositions of the authors analyzed. Despite the different approaches of the authors on the topic of health management and their criticism of management under managerial rationality, It was identified that interdiscursiveness and intertextuality fought by the authors with referential that affirm class values (capitalist), result in the incorporation of these values into their propositions, even if this is not clear in their discourses. Without contextualizing the propositions of their references in the original texts, the authors do not evidence the ideological meaning that is incorporated in their texts and that are translated and presented under another perspective, as if they were restructurers of the work production relations. In view of the articulation of contradictory theoretical propositions, the practical result is the idealization of the production relations in capitalism and the overvaluation of the possibility of workers to transpose the institutional relations in which they are immersed. Above all, the criticisms made to the disciplinary field of the administration are limited, because their management models do not exceed the limits of the order established by the capital. The reflection on these authors revealed that their health management models do not overcome the managerial discourse, but they resignify it, because they translate to their propositions concepts of referential that advocate market logic in all dimensions of life associated, even with the intention of reorganizing the work processes.

**Key words:** Health management. Collective Health. Organizational Theories.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama do processo de trabalho.....	56
Figura 2 - Intercessão no processo de trabalho em saúde.....	61
Figura 3 - Diagrama do Projeto Terapêutico Individual.....	67
Figura 4 - Processo de Produção Social.....	107
Figura 5 - Taxonomia da Ação Social Intencional e Reflexiva.....	108
Figura 6 - Organograma das Unidades de Produção.....	138

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Informações dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva discriminados por universidade, nível do programa, disciplinas e autores de referência - 2018.....	15
Quadro 2 – Síntese da análise sobre as proposições dos autores .....	39
Quadro 3- A intertextualidade nas proposições de Gestão em Saúde de Merhy.....	44
Quadro 4 – Dispositivos de mudanças que podem atuar sobre os campos e os focos em estabelecimentos de saúde .....	68
Quadro 5 - Bases sociais da participação .....	80
Quadro 6 – Funções positivas da participação por dimensões específicas.....	81
Quadro 7 – Síntese das proposições de Merhy sobre Gestão em Saúde, discriminado por principais conceitos, referencial teórico, significado conceitual nas proposições dos textos originais do referencial teórico, e o significado dos conceitos nas proposições de Merhy.....	86
Quadro 8 - A intertextualidade nas proposições de Gestão em Saúde de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio .....	90
Quadro 9 – Síntese das proposições de Cecílio sobre Gestão em Saúde, discriminado por principais conceitos, referencial teórico, significado conceitual nas proposições dos textos originais do referencial teórico, e o significado dos conceitos nas proposições de Cecílio ...	123
Quadro 10 – A intertextualidade nas proposições de Gestão em Saúde de Gastão Wagner de Sousa Campos .....	127
Quadro 11 - Síntese das proposições de Campos sobre o tema da Gestão em Saúde, discriminadas por principais conceitos, referencial teórico, significado conceitual nas proposições dos textos originais do referencial teórico, e significado dos conceitos nas proposições de Campos .....	150

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES**

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIS - Ações Integradas em Saúde

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BM - Banco Mundial

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CENDES/UCV - Centro de Estudos de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina

CNE/MEC - Conselho Nacional de Educação

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

COPAIS - Coletivo Paulista de Investigação em Saúde

CPPS - Centro Pan-Americano de Planificação de Saúde

DAB/MS - Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

DAB/SBC- Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo

DAD - Departamento de Apoio à Descentralização

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

ERSA - Escritórios Regionais de Saúde

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FLACSO - Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais

FMI - Fundo Monetário Internacional

GAG - Grupo de Apoio à Gestão

GTZ - Sociedade Alemã de Cooperação Técnica

ILPES - Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social

LAPA/Unicamp - Laboratório de Planejamento e Administração da Universidade de Campinas

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OEA - Organização dos Estados Americanos

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OPAS/ALESP - Organização Pan-Americana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PP&G - Política, Planejamento e Gestão em Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SES - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

TAC - Teoria da Ação Comunicativa

TGA - Teoria Geral de Administração

TPS - Teoria da Produção Social

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

UFF - Universidade Federal Fluminense

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

UFMT - Universidade Federal do Mato Grosso

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UFPR - Universidade Federal do Paraná

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense

Unesp - Universidade Estadual Paulista

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UNIFOR - Universidade de Fortaleza

URSS - União das Repúblicas Socialista Soviéticas

ZOPP - Método de Planejamento de Projeto Orientado pelos Objetivos

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DA GESTÃO EM SAÚDE NA SAÚDE COLETIVA.....</b>	<b>20</b>
<b>2 A FILOSOFIA MARXISTA DA LINGUAGEM DE BAKHTIN COMO INSPIRAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA A ANÁLISE.....</b>	<b>32</b>
<b>3 EMERSON ELIAS MERHY E SUAS PROPOSIÇÕES SOBRE GESTÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>41</b>
<b>4 LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO E SUAS PROPOSIÇÕES SOBRE GESTÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>89</b>
<b>5 GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS E SUAS PROPOSIÇÕES SOBRE GESTÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>125</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>153</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>166</b>

## INTRODUÇÃO

Início este trabalho contando brevemente o caminho trilhado para a construção do meu objeto de pesquisa. A proposta desta Dissertação parte do meu interesse sobre o tema da saúde que vem desde minha Graduação em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e do exercício de minhas atividades profissionais na área da saúde. Durante quase toda minha Graduação fui bolsista de iniciação científica no Grupo de Pesquisa Organização e Práxis Libertadora<sup>1</sup>. Desde o início, dentre os mais variados trabalhos de pesquisa do Grupo em que participei, fui inserido em um projeto relacionado ao tema da saúde que despertou o interesse pela área, principalmente no que diz respeito à interface com os Estudos Organizacionais. Como fruto desse interesse, desenvolvi alguns trabalhos que me instigaram a realizar uma apreensão crítica sobre o tema. Destaco minha monografia, publicada em 2015, intitulada *Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca*<sup>2</sup>, na qual retomo a categoria “dilema preventivista” cunhada por Arouca, em sua Tese de Doutorado, escrita em 1975, para refletir sobre sua atualização. A categoria cunhada por Arouca (1975) permitiu evidenciar que a Promoção da Saúde não foge à contradição fundamental da Medicina, que transforma a saúde, um valor de uso, em valor de troca, através do cuidado médico, e, ao contrário de ser uma inovação para o campo da saúde, a Promoção da Saúde é uma atualização do discurso preventivista, configurando, assim, o dilema promocionista.

Quando ingressei no Mestrado em Administração, na área de Estudos Organizacionais, expressei à minha orientadora, Profa. Maria Ceci Misoczky, meu desejo em continuar estudando o tema da saúde na perspectiva adotada pelo Grupo, que inclui a crítica à economia política. Nesse sentido, desde o início do Mestrado, dois momentos foram importantes para uma aproximação com os referências teóricos utilizados pelo Grupo e a construção do meu objeto de pesquisa. Primeiro, através da participação, como estudante, em uma disciplina criada especificamente para os estudos do Grupo e denominada *Abordagens para o Estudo da Produção Social de Organizações e Políticas*. Segundo, através do estudo sistematizado do livro *O Capital* de Marx (2013). A partir desses dois momentos, seguiu-se o estudo da ontologia do ser social de Lukács (2012).

---

<sup>1</sup> Página do Grupo de Pesquisa Organização e Práxis Libertadora: <https://www.ufrgs.br/organizacaoepraxislibertadora/>.

<sup>2</sup> Destaco também artigo publicado na Revista Saúde em Debate. Ver: COSTA, R. P. DA; MISOCZKY, M. C.; ABDALA, P.R. Z. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. Saúde em Debate, v. 42, p. 990-1001, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811916>>.

Adotando uma postura influenciada por essas fundamentações, dirigi meu interesse de estudo para o tema da Gestão em Saúde, dando enfoque às abordagens dominantes no campo da Saúde Coletiva. O interesse por esse tema se justifica porque, na área disciplinar da Administração, as vertentes dominantes dos Estudos Organizacionais produzem estudos para quem gerencia, disseminando a naturalização das relações de dominação e legitimando a celebração do mercado para todas as esferas da vida humana associada. Em contraposição a isso, busco identificar como esse tema é tratado no campo da Saúde Coletiva, já que ela nasce em um contexto de crítica à saúde como mercadoria, conforme será descrito ao longo do texto. Quando apresentei meu interesse de estudo à orientadora, minha intenção era realizar um estudo de campo sobre o tema. Todavia, tendo em vista a ausência de formação anterior nessa temática, compreendemos a necessidade de uma familiarização com os trabalhos mais relevantes produzidos no campo disciplinar da Saúde Coletiva em sua interface com a Gestão em Saúde. Assim, em fevereiro de 2018, como processo de orientação, foi criada uma disciplina denominada Estudos Individualizados, para um estudo dirigido e sistematizado dessa temática. O objetivo foi propiciar o conhecimento e aprofundamento analítico da produção acadêmica sobre Gestão em Saúde que influencia a formação e a prática. Para isso, tomamos como referência um estudo exploratório dos principais Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, no Brasil, correspondentes a Mestrado Acadêmico e/ou Doutorado Acadêmico.

A pesquisa foi realizada através da Plataforma Sucupira (BRASIL, 2018), ferramenta do Sistema Nacional de Pós-Graduação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por ser a ferramenta de análise dos cursos reconhecidos e autorizados a operar pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Conforme dados disponibilizados pela Plataforma, havia, no momento da pesquisa, 91 Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e, desse total, 35 correspondiam a Mestrado Acadêmico e Doutorado Acadêmico. Os demais Programas de Pós-Graduação correspondiam a Mestrado Profissional, e, por essa razão, não foram analisados neste trabalho. Para análise, busquei informações nos sítios eletrônicos desses 35 Programas através de súmulas e ementas de disciplinas que disponibilizassem as referências utilizadas. O objetivo dessa busca foi identificar os principais autores de referência sobre o tema da Gestão em Saúde, no campo da Saúde Coletiva, e quais seus principais textos utilizados como referência. Somente 16 Programas disponibilizam essas informações em seus sítios eletrônicos e em todas as

referências utilizadas são citados três principais autores: **Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio.**

No Quadro 1, estão discriminadas as informações coletadas sobre os 16 Programas de Pós-Graduação. Nele, estão descritas as universidades que disponibilizam as informações em suas ementas, o nível do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e/ou Doutorado), o título das disciplinas que utilizam como referência os três autores, e quais deles são predominantes em cada Programa. Cabe ressaltar que os autores destacados no Quadro 1 estão baseados nas referências de cada ementa disponibilizada pelas universidades, ou seja, embora haja predominância de um ou mais dos autores aqui abordados, não significa que os demais não estejam presentes em alguma referência dentro dos Programas, visto que muitos dos textos abordados foram produzidos em conjunto por esses autores. Destaco, ainda, que a maioria das disciplinas dos Programas não são intituladas como “Gestão em Saúde”, no todo ou em parte, conforme pode ser observado no Quadro 1. Por essa razão, li todas as súmulas e ementas das disciplinas desses 16 Programas que disponibilizam essas informações em seus sítios eletrônicos, o que permitiu identificar em seus conteúdos o tema da Gestão em Saúde. Além disso, nos títulos das disciplinas desses Programas se observa alguns conceitos que são fundamentais nas proposições dos autores e que serão retomados posteriormente na apresentação e análise.

**Quadro 1 – Informações dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva discriminados por universidade, nível do programa, disciplinas e autores de referência - 2018**

<b>Universidades</b>	<b>Nível do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva</b>	<b>Disciplinas</b>	<b>Principal(is) autor(es) de referência nas disciplinas</b>
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	Mestrado	<i>Política, Planejamento e Gestão em Saúde</i>	Gastão Wagner de Souza Campos
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)	Mestrado	<i>Política, Planejamento e Gestão em Saúde</i>	Gastão Wagner de Souza Campos
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	Mestrado	<i>Tópicos especiais em Política, Planejamento e Administração em Saúde</i>	Gastão Wagner de Souza Campos
Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)	Mestrado	<i>Gestão do cuidado integral à saúde</i>	Gastão Wagner de Souza Campos
Universidade Estadual Paulista (Unesp)	Mestrado/Doutorado	<i>Administração em Saúde</i> <i>Sistema de Saúde no Brasil</i>	Emerson Elias Merhy Gastão Wagner de Souza Campos
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	Mestrado	<i>Ciência e Saúde Coletiva</i> <i>Gestão do trabalho em saúde</i>	Gastão Wagner de Souza Campos
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Mestrado/Doutorado	<i>Fundamentos em Saúde Pública</i>	Gastão Wagner de Souza Campos
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	Mestrado	<i>Planejamento e Gestão em Saúde</i>	Emerson Elias Merhy Gastão Wagner de Souza Campos Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Mestrado/Doutorado	<i>Planejamento e Avaliação de Serviços, Programas e Sistemas de Saúde.</i> <i>Planejamento, Programação e Gestão em Saúde.</i> <i>Seminário de Controvérsias em Saúde Pública</i>	Emerson Elias Merhy Gastão Wagner de Souza Campos Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	Mestrado/Doutorado	<i>Política, Planejamento e Gestão em Saúde.</i>	Emerson Elias Merhy Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

		<i>Teoria das Organizações e Gestão em Saúde.</i>	
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	Mestrado	<i>Planejamento e Gestão em Saúde. Recursos Humanos em Saúde, Organização do Trabalho e Qualidade de Vida. Tópicos Especiais em Planejamento e Gestão em Saúde.</i>	Gastão Wagner de Souza Campos
Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)	Mestrado/Doutorado	<i>Estado, Políticas Sociais e de Saúde. Planejamento em Saúde. Ciência e Saúde Coletiva: conceitos, teorias e métodos.</i>	Gastão Wagner de Souza Campos Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Mestrado	<i>Saúde e sociedade</i>	Gastão Wagner de Sousa Campos
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Mestrado/Doutorado	<i>Políticas e Economia da Saúde Atenção Integral à Saúde</i>	Emerson Elias Merhy Gastão Wagner de Souza Campos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Mestrado	<i>Estudos genealógicos e cartográficos: desafios para o conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva Perspectiva Institucional às Intervenções em Saúde Coletiva</i>	Emerson Elias Merhy Gastão Wagner de Souza Campos
Universidade Federal Fluminense (UFF)	Mestrado	<i>Cuidado em Saúde: teoria e práxis</i>	Emerson Elias Merhy Gastão Wagner de Souza Campos

		<i>Avaliação em Saúde sob a ótica da integralidade</i>  <i>Micropolítica do Processo de Trabalho e o Cuidado em Saúde</i>  <i>Planejamento, Educação e Avaliação em Saúde</i>	Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
--	--	---	---------------------------------

Fonte: elaborado pelo autor.

Para a seleção das referências, foi criada uma planilha contendo todos os textos dos autores utilizados nas disciplinas dos Programas. Após, foram selecionados aqueles textos que constam em mais de uma disciplina, possibilitando um recorte dos principais textos por autor. A partir disso, definiu-se como objetivo geral do trabalho: **analisar as abordagens dominantes sobre Gestão em Saúde no campo da Saúde Coletiva**. Os objetivos específicos são: identificar as principais proposições dos autores selecionados; sistematizar as teorias e autores de referência que embasam suas proposições; e, analisar a intertextualidade entre esses trabalhos produzidos no campo da Saúde Coletiva com os textos de referência.

Para a análise das proposições dos autores sobre Gestão em Saúde, adoto como inspiração a proposição teórico-metodológica de análise de discurso proposta pela filosofia marxista da linguagem, conforme desenvolvida por Bakhtin (2006). Para o autor, toda refração ideológica do ser é acompanhada de uma refração ideológica verbal. Logo, tudo que é dito, expresso e enunciado, constitui um produto ideológico. Compreendida em sua totalidade viva e concreta, a língua tem a propriedade de ser dialógica e pressupõe relações de sentido estabelecidas entre enunciados, ou seja, entre discursos. Isso implica que, na constituição do discurso, o enunciador inevitavelmente carrega consigo o sentido do discurso de outrem, já que seu discurso está sempre atravessado e ocupado pelo discurso alheio. Assim, em sua constituição dialógica, o texto manifesta o pensamento, o sentido e o significado do discurso que é produzido por um autor. Por isso, Bakhtin (2006) afirma que em um discurso há uma relação interdiscursiva com outros autores que, dotada de sentido, reflete e refrata ideologicamente a realidade. Disso, compreende-se que em qualquer texto há um intertexto que parte de um contexto mais amplo e se constitui em um elo, em uma cadeia contínua e inesgotável de sentidos. Dessa forma, neste trabalho são adotados como categorias a “interdiscursividade” e a “intertextualidade” desenvolvidas por Bakhtin (2006), com o objetivo de identificar, através do estudo dos textos dos autores do meu recorte analítico, o sentido que a Gestão em Saúde assume em suas proposições.

No primeiro capítulo, apresento uma breve contextualização da Saúde Coletiva e a interface com a Gestão em Saúde, retomando os diferentes momentos históricos de seu surgimento. No segundo capítulo, apresento os elementos da filosofia marxista da linguagem em Bakhtin (2006) que foram inspiração para a análise. No terceiro capítulo, apresento e analiso as proposições de Emerson Elias Merhy. Cabe destacar, contudo, que esse capítulo é mais extenso que os demais pelo fato de que, na intertextualidade de Merhy com seus

referenciais, identifica-se que suas proposições sobre Gestão em Saúde incorporam o sentido ideológico gerencial, apesar das críticas do autor a essa racionalidade. Nesse sentido, para a análise de suas proposições, apresento brevemente o contexto histórico de surgimento do gerencialismo e de sua operacionalização como ideologia complementar do neoliberalismo. Essa contextualização também se faz necessária porque é retomada na análise intertextual das proposições dos demais autores. No quarto, apresento e analiso as proposições de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio; e no quinto, as de Gastão Wagner de Sousa Campos. Por fim, seguem as conclusões.

## 1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DA GESTÃO EM SAÚDE NA SAÚDE COLETIVA

A origem da Saúde Coletiva é situada por Nunes (1994) em três momentos, apresentados na sequência. O **primeiro momento** é marcado pelo projeto preventivista latino-americano e tem suas origens na segunda metade da década de 1950, quando foi diagnosticada a crise da Medicina Curativa, que tinha como principal viés a abordagem biologicista, tanto na teoria, quanto na prática (NUNES, 1994). As reformas defendidas pelo projeto preventivista apareceram estritamente vinculadas a um projeto pedagógico, e não à reforma direta nas práticas médicas. Ao realizar uma crítica à biologização da Medicina, baseada em práticas individuais e centradas no hospital, o projeto preventivista propôs a inclusão, nos cursos de Graduação em Medicina, de disciplinas e temas associados à epidemiologia, administração de serviços de saúde, ciências da conduta e bioestatística. Através desse conjunto, pretendia introduzir uma visão mais ampla do indivíduo no ensino e na prática médica que, numa concepção de Medicina Integral, apareceu, na versão latino-americana, como ênfase na Medicina de Família Integrada (NUNES, 1994).

As discussões em torno do projeto preventivista, que se apresentava como uma alternativa à Medicina Curativa ganharam visibilidade e foram bem recebidas como uma exigência do próprio sistema capitalista em um contexto de reestruturação econômica e política do Pós-Guerra (NUNES, 1994). Na América Latina, foi implantando um modo de acumulação baseado na substituição de importações. Na atenção à saúde, esse período demarcou um conjunto de políticas públicas voltadas à progressiva consolidação da atenção médica individualizada que, nos países latino-americanos, teve como expressão a forte presença da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na introdução de modelos de saúde sob um viés marcadamente economicista (NUNES, 1994). Nesse cenário é que a Medicina Preventiva se converteu e se consolidou como um movimento para a reestruturação dos modelos de saúde que se estendeu até o início dos anos 1970.

Concomitantemente, nesse período se verifica o aparecimento de um conjunto de trabalhos acadêmicos que estabeleceram uma contundente crítica às formulações do projeto preventivista, tendo como destaque a Tese de Sérgio Arouca, escrita em 1975, denominada *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Na Tese, Arouca (1975) estudou a articulação do cuidado médico e o modo de produção capitalista, evidenciando a contradição fundamental da Medicina: ter como objeto valores

vitais transformados em valores de troca pela dinâmica do modo de produção capitalista que, no entanto, para os seres humanos são valores de uso. Essa apreensão possibilitou ao autor a construção da categoria “dilema preventivista”, evidenciando que a Medicina Preventiva não escapou à contradição da própria Medicina. Portanto, mesmo se apresentando como um projeto de mudança nos cursos de Medicina e da prática médica, a introdução das medidas preventivistas ao cuidado médico ficou limitada a uma leitura liberal da Medicina, constituindo-se, então, em um espaço conservador e funcional ao capitalismo (AROUCA, 1975).

Para Nunes (1994), a crítica de Arouca (1975) possibilitou a ampliação de discussões que vinham acontecendo nos próprios Departamentos de Medicina Preventiva, em algumas Faculdades de Medicina no Brasil, assumindo a Medicina Social como objeto e análise das práticas e dos conhecimentos da saúde naquele contexto. No plano nacional, existia uma intensa discussão entre aqueles que pautavam suas análises nos pressupostos da Medicina Social de corrente europeia, através de práticas individuais e coletivas da atuação médica, aqueles que tratavam a Medicina Social sob o ponto de vista crítico ao modelo preventivista e liberal e que a tomavam conceitualmente como:

[...] uma tentativa de redefinir a posição e o lugar dos objetos dentro da Medicina, de fazer demarcações conceituais, colocar em questão os quadros teóricos, enfim, trata-se de um movimento a nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o psicossocial. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação estas relações, tenta estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais (AROUCA, 1975, p. 142).

Afirmava-se, assim, o **segundo momento** da análise de Nunes (1994), o da Medicina Social. O horizonte vislumbrado era o de instaurar novas práticas, tendo em conta que a “[...] visibilidade social que a problemática da saúde adquire nesse período se deve, em grande parte, aos movimentos sociais populares, tanto o operário como o universitário” (NUNES, 1994, p. 9). No ano de 1970, havia uma forte recessão econômica nos países da América Latina, com agravamento do processo inflacionário, aumento da dívida externa e elevados níveis de desemprego, desembocando em uma crise generalizada na saúde. Esse contexto, segundo Nunes (1994), possibilitou a redefinição, no âmbito da formação universitária, de cursos que formassem mestres e doutores com base no conceito de Medicina Social. Na segunda metade da década de 1970, foram criados os primeiros cursos de Pós-Graduação *strictu sensu* visando preparar profissionais que atuassem na rede básica de serviços de saúde

com formação teórica e crítica política (NUNES, 1994). Além de cursos de Pós-Graduação, foram criadas em 1976 e 1978, respectivamente, duas organizações - o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)<sup>3</sup> –, como “[...] espaços de resistência e análise crítica da situação da saúde e das políticas sanitárias” (NUNES, 1994, p. 10).

Conforme Nunes (1994), a construção de uma área denominada Saúde Coletiva, no ano de 1978, tem como marco dois momentos importantes que se consolidaram na criação da ABRASCO: o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado na Bahia; e a Reunião Sub-Regional da Organização Pan-Americana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto/SP - ambas com o objetivo de redefinir a formação de pessoal para o campo da saúde. Esse conjunto de fatores estruturais e conjunturais marcou o início do **terceiro momento** da análise de Nunes (1994): a criação da Saúde Coletiva no Brasil.

Mais do que ser conformada pelo somatório dos diversos programas das instituições formadoras que carregavam seus referenciais preventivistas, de Medicina Social e de Saúde Pública, a Saúde Coletiva passa a se estruturar como um campo de saber e prática. O acúmulo de experiências e o exercício crítico e político estão nas bases dessa ideia que vai se fortalecendo na medida em que encontra nas práticas teóricas o solo que a fundamenta. Assim, vejo a Saúde Coletiva como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica (NUNES, 1994, p. 12).

Nesse sentido, conforme Escorel (1999, p. 29), foram ampliados os horizontes conceituais sobre o tema da saúde e algumas práticas foram recompostas a partir de investigações que se tornaram objetos de pesquisa do campo da Saúde Coletiva:

Essa teoria social da Medicina tinha como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Esse conjunto de conceitos, a partir da abordagem marxista da problemática da saúde, iria constituir uma nova teoria na qual, ao contrário do que ocorre no discurso preventivista, o social não é mitificado, reduzido ou simplificado, e sim investigado, principalmente em seus aspectos econômicos e de processo de trabalho, na procura da determinação dos fenômenos. Como conceitos estratégicos, a abordagem médico-social adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, buscando, a partir dessa prática, uma transformação social.

Buscando um relacionamento entre a prática política e a produção de conhecimento, as universidades se tornaram um campo privilegiado de atuação, momento que Escorel (1999, p. 30) destaca o início da organização do movimento sanitário: “Sua organização transcenderia seu objeto específico, ao envolver-se nas lutas mais gerais naquele momento - a

---

<sup>3</sup> Desde 2011, com a incorporação de novos cursos de graduação em Saúde Coletiva, a entidade mudou seu nome para Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2018).

democratização do País e o fortalecimento das organizações da sociedade civil”. Em plena ditadura civil-militar, o movimento sanitário representou um pensamento e uma proposta de transformação contra-hegemônica do sistema de saúde vigente, “[...] caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra de serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço” (SCOREL, 1999, p. 51). Conforme Escorel (1999, p. 65), o movimento sanitário se articulou e se associou à luta mais geral da sociedade brasileira pela democracia, definindo algumas medidas:

[...] que, entre outros efeitos, detivessem o empresariamento da Medicina e transformassem os atos médicos em bem social gratuito; que criassem um Sistema Único de Saúde, sob total responsabilidade do Estado; que delegassem ao Estado a tarefa de planejar e executar a política de saúde; que estabelecessem mecanismos eficazes de financiamento desse sistema, devendo este ser organizado de forma descentralizada, permitindo uma autêntica participação democrática da população e alcançando também maior eficácia.

A articulação do movimento sanitário é caracterizada por Escorel (1999) em três vertentes. A primeira, composta pelos movimentos estudantis setoriais que introduziram análises e propostas transformadoras para a saúde, além da constituição do CEBES, que para Escorel (1999, p. 67) foi “[...] a pedra fundamental do movimento sanitário, [...] de representação na sociedade, de estudo e de articulação com outros movimentos sociais”. A segunda, constituída pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica, que se distingue da vertente anterior por sua atuação política nas relações de trabalho. Conforme Escorel (1999, p. 69), esse período foi caracterizado pelo impasse entre a ideologia liberal e a ideologia assalariada trabalhista “[...] a ponto de constituir um movimento para a conquista dos instrumentos de luta dos trabalhadores: os sindicatos”. Porém, ainda que articuladas, Escorel (1999, p. 109) destaca a terceira vertente, visto que constituiu o marco teórico do movimento sanitário:

Destaca-se aqui, portanto, o papel que desempenharam, não só na origem do movimento através da transformação do pensamento preventivista em médico-social, mas também em sua difusão e seu desenvolvimento. Durante esse período, o movimento sanitário se fez visível através do movimento médico; mas o segmento voltado para a formação de recursos humanos e a pesquisa – a “Academia”, como é conhecido – foi o que deu consistência teórica às análises assumidas pelo conjunto do movimento e empunhadas como bandeiras de transformação. Distingue-se essa vertente da constituída pelo CEBES e pelo movimento estudantil porque, nesta última, o trabalho maior era o da difusão da ideologia e da organização dos profissionais ao redor de entidades, ao passo que, na arena da Academia, construía-se a ideologia, o ideário, o conhecimento, que sustentaram as propostas políticas. Nela, elaborou-se, ampliou-se e reproduziu-se o conhecimento e formaram-se os intelectuais orgânicos da proposta.

Entre 1975 e 1979, se expandiu a aplicação da abordagem teórica da Medicina Social à análise dos problemas de saúde, ampliando o objeto de estudo e diversificando os temas pesquisados no campo da saúde (SCOREL, 1999). A partir da década de 1980, essas articulações fizeram parte do processo de coalizão sócio-política que se expressou em importantes momentos de luta pela redemocratização e pela ampliação dos direitos sociais, por exemplo, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986 (SCOREL, 1999). Conforme Scorel (1999, p. 65), o entendimento sobre saúde, que se expressou no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, teve quatro grandes reconhecimentos:

[...] a saúde é um direito universal e inalienável do homem; de que são as condições de caráter socioeconômico as que viabilizam a preservação da saúde; de que as ações médicas detêm responsabilidade parcial porém intransferível na promoção da saúde; e, de que diante do caráter social desse direito cabe à coletividade e ao Estado a sua efetiva implementação.

Os principais desdobramentos da Conferência foi a constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e a conformação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde:

A primeira, de composição paritária governo/sociedade civil, realizou um trabalho eminentemente técnico, com poucas repercussões políticas. Já a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que se fez representar intensamente no processo constituinte visando à aprovação da proposta da VIII CNS, obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário (SCOREL, 1999, p. 193).

Desde esses desdobramentos, Paim e Almeida Filho (1998, p. 310) ressaltam o aumento considerável de estudiosos no campo da Saúde Coletiva que, de uma maneira geral, definem como:

[...] um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Este contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. [...] Esta área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial.

Nunes (1994) e Paim e Almeida Filho (1998) compreendem que, ao longo da história da Saúde Coletiva, muitas têm sido as tentativas de sua definição, principalmente sobre as formas de tratar o coletivo, o social e o público. Não há, no entanto, para os autores, uma delimitação do campo, mas uma disputa constante sobre sua concepção diante de diferentes perspectivas teóricas. A introdução do planejamento em saúde, como instrumento de Gestão em Saúde, corroborou nesse sentido. Conforme Giovanella (1991), a primeira proposta de planejamento social surgiu na União das Repúblicas Socialista Soviéticas (URSS), em 1918,

na forma de um Plano Setorial. O primeiro Plano Quinquenal, de 1928 a 1932, instituiu a propriedade social dos meios de produção em substituição às práticas de mercado e como instrumento de alocação de recursos e distribuição de produtos. Devido à rápida industrialização e crescimento da produção agrícola, o planejamento passou a ser utilizado como instrumento de organização da economia socialista do bloco soviético. No âmbito das economias dos países capitalistas, o planejamento econômico e social só foi introduzido após a crise econômica mundial de 1930, quando John Maynard Keynes propôs uma maior intervenção do Estado na economia, através do planejamento estatal. Como resultado, as formulações de Keynes foram assumidas para a reestruturação econômica da Europa, no Pós-Guerra, nos países participantes do Programa de Recuperação do Plano Marshall, além de também terem sido assumidas em contraposição às formulações de planejamento econômico do bloco socialista.

Na América Latina, Giovanella (1991, p. 29) aponta que o planejamento foi introduzido na década de 1940, por influência da Organização das Nações Unidas (ONU), através de um conjunto de proposições econômicas para os países subdesenvolvidos:

Aqui, o planejamento é entendido enquanto instrumento para o desenvolvimento, e desenvolvimento significa crescimento do produto nacional, aceleração do ritmo de crescimento econômico. Desenvolvimento significa industrialização, modernização, e a racionalidade do cálculo econômico e do planejamento as acompanha.

A noção de planejamento, nessa perspectiva, passou a ser amplamente difundida pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), organização internacional ligada à ONU, “[...] enquanto método de seleção e alternativas que otimiza a relação entre os objetivos e instrumentos com o propósito de crescimento, pois dentro das teorias desenvolvimentistas, entende-se ser o crescimento a solução para o subdesenvolvimento” (GIOVANELLA, 1991, p. 29). Além disso, o planejamento para a América Latina também foi ampliado para os setores sociais, tendo sido introduzido, na saúde, através da carta de Punta del Este (GIOVANELLA, 1991). Em 1961, em reunião capitaneada pelos Estados Unidos, através da Organização dos Estados Americanos (OEA), reuniram-se, em Punta del Este, no Uruguai, Ministros dos Estados Americanos, com exceção de Cuba, para a constituição do Programa Aliança para o Progresso. Com clara oposição ao avanço do socialismo na América Latina e como parte da política econômica exterior dos EUA, a Aliança para o Progresso enfatizou um conjunto de medidas econômicas que deveria ser implementado no continente, afirmando que os problemas sociais dos países subdesenvolvidos impediam o desenvolvimento da região (ALIANZA..., 1961). Na Carta, há um conjunto de objetivos que deveriam ser adotados pelos

países. Mais especificamente, no Capítulo 2, intitulado *Programas Nacionais de Desenvolvimento*, foram descritas as ações para a saúde com o principal objetivo de reestruturação da organização dos serviços através de políticas de planejamento para o setor (ALIANZA..., 1961, p. 19). Para o alcance das metas, ficou acordado que o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o governo dos EUA forneceriam os aportes financeiros para implementação dos projetos (ALIANZA..., 1961). Nesse cenário, segundo Giovanella (1991, p. 31), a OPAS passou a ser a responsável pela avaliação das metas e implementação do planejamento na saúde:

A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS – fica encarregada de avaliar os projetos elaborados, objetivando o alcance dessas metas, e de ser a fiadora destes frente às agências financiadoras. Cabia ainda à OPAS a função de assessorar os países na elaboração de seus planos e de promover a formulação de procedimentos para o planejamento de saúde, pois faltava um método para a elaboração dos planos.

Até aquele momento, a OPAS trabalhava em projetos isolados e seus técnicos desconheciam técnicas de planejamento, “[...] não havendo um método que permitisse formular planos globais de saúde” (GIOVANELLA, 1991, p. 31). Logo após a reunião de Punta Del Este, o diretor da OPAS, na época, Abraham Horwitz, dirigiu-se a Caracas para contato com Jorge Ahumada que, na época, era o Diretor do Centro de Estudos de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES/UCV), para a elaboração de um método de planejamento em saúde. “[...] Ahumada estivera interessado em saber se o método de planificação econômica podia ser aplicado a uma área social e, por isso, solicitara a Mario Testa, que era médico, que realizasse um trabalho nesse sentido” (GIOVANELLA, 1991, p. 31).

Como resultado, em 1965, o CENDES–UCV e a OPAS lançaram o método de planejamento em saúde denominado CENDES/OPAS, tomando como modelo o planejamento econômico:

Para a elaboração do método Cendes/OPAS é realizada uma transposição rígida do planejamento econômico normativo, de linha cepalina, para a saúde, resultando num método de planejamento de saúde onde a realidade deve funcionar enquanto norma e cujo objetivo é otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação custo/benefício. Nesse método, a formulação do plano é iniciada com a realização de um diagnóstico: dos planos e de seus condicionantes, dos recursos, com sua forma de organização (instrumentação) e rendimento correspondentes, e da alocação dos recursos aos danos. A partir desse diagnóstico, é feita uma seleção de prioridades e proposta uma nova organização de recursos, relacionando-os, então, os instrumentos normalizados aos danos priorizados, com o intuito de alcançar maior eficácia e eficiência nas ações de saúde. Esta proposta é tecnocrática, onde o planejador,

baseado em seus conhecimentos técnicos “neutros”, faz o plano e estabelece prioridades. É um método normativo e economicista, onde a norma – o deve ser – tem como fundamento principal a relação custo-benefício (GIOVANELLA, 1991, p. 31-32).

Segundo Giovanella (1991), antes da divulgação do método, a OPAS promove com o Instituto Latino Americano de Planificação Econômica e Social (ILPES) a formação de funcionários de órgãos de saúde em diversos países da América Latina para operacionalização do método na região. Em 1968, para atuar com o ILPES, foi criado o Centro Pan-Americano de Planificação de Saúde (CPPS), “[...] intensificando a capacitação de funcionários de alto nível e divulgando amplamente o método” (GIOVANELLA, 1991, p. 33). Entretanto, a implementação do método CENDES/OPAS foi dificultada pela excessiva centralização na operacionalização e decisão governamental: “[...] ao não considerarem a variabilidade e complexidade da realidade, os conflitos e diferentes interesses não dão conta dessa realidade, tornando-se pouco úteis para a intervenção” (GIOVANELLA, 1991, p. 34). Em 1973, a OPAS assumiu publicamente o fracasso do método, colocando-o em desuso. Apesar disso, Giovanella (1991) aponta que o método CENDES/OPAS provocou uma ampla discussão sobre planejamento em saúde, possibilitando novos métodos de planejamento que foram operacionalizados como instrumento de Gestão em Saúde, e que foram implementados de maneiras diferentes nos países sul-americanos.

Na América Latina, em 1975, foi divulgado pelo CPPS/OPAS o documento *Formulación de Políticas Públicas*<sup>4</sup> com o objetivo de “[...] colaborar com conceitos e orientações sobre a formulação de política de saúde, no marco do atual enfoque do processo de planejamento, resultados ambos da experiência dos últimos anos sobre a matéria” (OPAS/CPPS, 1975, p. 3, tradução nossa). No documento, o sistema de saúde foi concebido a partir de três componentes: político, técnico-administrativo e técnico-operacional. Conforme Rocha (1992, p. 216), “[...] o documento representou um novo paradigma para explicar o setor saúde, a sociedade e as relações entre ambos. Aqui é reconhecida uma esfera especial do social – a política – que não se confunde com o mundo natural e requer meios específicos para o seu estudo”. No documento, a política é definida como “[...] processos sociais que conduzem à tomada e execução de decisões através das quais se adota ou se aloca de forma autoritária valores para toda a sociedade” (OPAS/CPPS, 1975, p. 5, tradução nossa). A forma

---

<sup>4</sup> No documento são destacados os seguintes membros que compuseram o CPPS: Raúl Vargas (Diretor), Carlyle Guerra de Macedo (Chefe da Divisão de Treinamento), Américo Migliónico (Oficial de Investigação), Néstor Rodríguez (integrante da Divisão de Treinamento), Juan Carlos Veronelli (consultor pela OPAS) e Mario Testa (consultor pela OPAS).

autoritária se “[...] refere ao uso do poder que tem a autoridade política para decidir e fazer com que suas decisões sejam acatadas pela sociedade, que pode ser pelo consenso” (OPAS/CPPS, 1975, p. 6, tradução nossa). Ou seja, sob essa definição, o exercício do poder político ficaria a cargo do nível institucional, entendido como monopólio do Estado, através do qual se realizariam as decisões políticas. Em contrapartida, conforme expresso no documento (OPAS/CPPS, 1975, p. 11, tradução nossa), a sociedade teria participação indireta através de demandas dirigidas ao poder institucional, mas sem poder de decisão política:

Os indivíduos e grupos sociais recorrem através de insatisfações sociais, transformando-as em demandas políticas, que são levadas, através de diversos canais, ao poder formal para seu processamento. Tais demandas podem se referir a qualquer aspecto do todo social que seja de interesse para a satisfação dos membros do sistema. [...] A satisfação é, pois, uma condição importante para seu apoio, embora não seja a única e nem sempre a mais importante. Outros fatores, tais como a identidade ideológica, podem gerar manifestações de apoio (e sua ausência as de oposição) não explicáveis pelas satisfações ou insatisfações atuais, e, inclusive, em contradição com elas. A pesar disso, manter níveis de satisfação aceitáveis é essencial para a persistência do sistema, do regime e da autoridade e suas decisões. Isso conduz a necessidade de um nível apropriado de eficácia e eficiência, que permitam ao sistema maximizar o nível de satisfação em uma situação determinada.

Nesse sentido, novos conteúdos para análises e estudos foram incorporados ao planejamento em saúde como demandas, apoios ou rejeições, conflitos, centros de poder, grupos de interesses, produtos políticos, etc. Segundo Rocha (1992, p. 216), a principal característica do documento é que o planejamento partiria de uma “[...] imagem-objetivo pretendida para um dado projeto social, determinado por valores que o orientam, e que não pode ser submetido a tratamentos metodológicos complexos”. Além disso, esse método não pretendia interpretar a realidade para obter a explicação dos agentes sociais, porém fazer uma “[...] avaliação do cenário social para desenvolver a melhor estratégia no sentido de obter a viabilidade das propostas do setor” (ROCHA, 1992, p. 216).

No Brasil, Paim e Teixeira (2006) apresentam um balanço sobre o desenvolvimento teórico-conceitual, a partir do trabalho de Levcovitz et al. (2002), sistematizando o estado da arte da produção sobre o tema da Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&G), realizada no período de 1974 a 2005. Segundo Paim e Teixeira (2006, p. 74), “[...] em função do vínculo orgânico entre a constituição do campo científico da Saúde Coletiva, o movimento de democratização da saúde e a proposta da Reforma Sanitária Brasileira, a área temática PP&G deve ser analisada nessa perspectiva histórica”. Conforme Paim e Teixeira (2006, p. 74), isso não significa que as produções anteriores a esse período não tenham sido importantes, mas a grande maioria “[...] centrava-se na administração sanitária, incluindo,

posteriormente, a programação em saúde. Planejamento e política eram temas menos contemplados, limitados às questões de orçamento, organização e legislação sanitária”. A partir da crítica realizada pela Medicina Social, na década de 1970, da criação do CEBES e da ABRASCO, e da militância do movimento sanitário, Paim e Teixeira (2006, p. 75) identificam a criação das condições necessárias para a produção científica em PP&G:

Com o desenvolvimento das atividades do Cebes e com a organização da Abrasco tais articulações se fizeram mais orgânicas. O texto “Pelo Direito Universal à Saúde”, difundido durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ilustra esta organicidade diante da importância que teve para aquele evento histórico. Todavia, essa visibilidade política ofuscou os esforços para a consolidação da política de saúde enquanto disciplina acadêmica, voltada para a produção científica e atenta ao rigor teórico e metodológico. Tal consolidação passou a ser percebida com a produção de Dissertações e Teses dos programas de Pós-Graduação e mediante os primeiros levantamentos e sistematizações publicadas a partir da segunda metade da década de 90. Desse modo, tornavam-se visíveis não só os estudos mais amplos sobre Estado e políticas públicas, mas também pesquisas focalizadas em implementação de políticas nas organizações.

Em estudo sobre a produção da PP&G em saúde, Levcovitz et al. (2002) apresentam um balanço do período de 1974 a 2000, sistematizando a investigação em cinco fases, destacando os principais temas abordados em cada uma. A primeira fase (1974 - 1979) é marcada pela consolidação do Movimento Sanitário e a reflexão crítica com proposições sobre as relações Estado-sociedade, sistema de proteção social, política social e saúde. A segunda fase (1980 – 1986) é caracterizada pelo processo político de redemocratização e a maior possibilidade de intervenção social. Nela, Levcovitz et al. (2002, p. 39) argumentam que a temática principal da PP&G é a extensão da cobertura dos serviços de saúde, tendo nas produções teóricas a discussão em torno da “[...] reforma do setor pensada pelo viés do planejamento, do investimento político, da organização do trabalho em saúde e das experiências internacionais”. Na terceira fase (1987 – 1990), avança a política de consolidação jurídico-legal e social. O resultado é a aprovação, em 1988, da Constituição e a inclusão da Seguridade Social no texto constitucional, na qual está inserida a Saúde como direito. Na produção teórica, são elaborados os temas do planejamento, da gestão setorial e da organização do sistema de saúde. A quarta fase (1990 – 1998) tem como principal característica as disputas em torno da implementação da Reforma Sanitária em cada esfera do governo. A produção teórica é marcada por uma expansão dos cursos de Pós-Graduação em gestão, pelo próprio contexto neoliberal da Reforma Gerencial do Aparelho de Estado, tratando de temas como financiamento, demanda de serviços e modelos assistenciais de saúde. Na quinta fase (1999 – 2000) é implementado o conjunto de normativas para regulamentação dos serviços de saúde, do financiamento, para o setor e dos modelos de

gestão organizacional. Na discussão teórica, é ampliado o debate da gestão na formação de recursos humanos com a formação profissional.

Paim e Teixeira (2006, p. 75) ainda acrescentam uma sexta fase na produção de PP&G, entre 2001 e 2005:

A produção científica sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Sanitária se manteve, com destaque para recursos humanos, controle social, informações de saúde, descentralização, integralidade e equidade. Destacou-se também a expansão da economia da saúde com a realização de estudos sobre a chamada “saúde suplementar”, financiamento, alocação de recursos e relação público-privado. Ou seja, a segmentação do sistema de serviços de saúde no Brasil entre o sistema público de saúde (SUS) e o mercado expressou-se, quantitativamente, na produção de PP&G.

Segundo os autores, essa fase amplia o debate sobre planejamento e Gestão em Saúde, tendo como traço característico “[...] a diversificação das abordagens e, especialmente, o desdobramento dos estudos teóricos conceituais em propostas tecnológicas” (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 78). Na produção científica em PP&G, observa-se, atualmente, uma maior atuação por parte da ABRASCO com uma Comissão de Política, Planejamento e Gestão (ABRASCO, 2018). Segundo consta em seu sítio eletrônico, na década de 1980, a ABRASCO possuía uma Comissão de Política e Planejamento que no final de 1990 passou a incorporar o tema da gestão, que ganhara impulso pelo contexto de Reforma do Aparelho de Estado (ABRASCO, 2018). Em dezembro de 2001, por iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) e da OPAS, ocorre a refundação dessa Comissão, reunindo pesquisadores, gestores e alunos de Pós-Graduação para definição de uma agenda de pesquisa em gestão.

A Comissão imaginada à época foi definida como uma iniciativa de caráter eminentemente acadêmico com o objetivo imediato de promover ampla discussão visando identificar as questões teóricas e metodológicas mais relevantes para o desenvolvimento da investigação na área. Ela também deveria se envolver na busca de estratégias de fortalecimento dos grupos de pesquisa em Política, Planejamento e Gestão, tendo em vista a necessidade de melhorar e consolidar os fluxos de financiamento de atividades no âmbito da Saúde Coletiva. Também caberia a esta nova Comissão da Abrasco estimular a aproximação entre os centros de produção científica/acadêmica e os Gestores do SUS, num esforço comum de aprimoramento do sistema de saúde brasileiro (ABRASCO, 2018).

A Comissão possui convênio com o Ministério da Saúde, através da Secretaria Executiva, abrangendo sete sub-projetos: auxílio na constituição e funcionamento da Rede de Apoio à Gestão do SUS; qualificação à gestão descentralizada; avaliação do SUS; regionalização do SUS; levantamento da produção realizada na área de políticas de saúde, planejamento e gestão no Brasil no período de 1999 a 2005; assessoria no processo de

acompanhamento e avaliação do Plano Nacional de Saúde; criação de um periódico científico na área de Gestão e Políticas de Saúde (ABRASCO, 2018). Em 2010 lançou o primeiro volume da revista Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Além disso, foram realizados três Congressos sobre o tema (2010, 2013 e 2017), sendo que, no último, o conjunto de pesquisas teve como objetivo a realização de “[...] análise de experiências na implementação de políticas, a avaliação dos processos de planejamento e gestão e das práticas de atenção, somadas aos estudos sobre a gestão do trabalho no SUS e às iniciativas de educação na saúde [...]” (ABRASCO, 2017, p. 1).

A partir dessa breve contextualização do tema da Gestão em Saúde na Saúde Coletiva, passo à apresentação da inspiração teórico-metodológica para a análise das proposições sobre gestão em saúde de Emerson Elias Merhy, Luiz Carlos Oliveira Cecílio e Gastão Wagner de Souza Campos.

## 2 A FILOSOFIA MARXISTA DA LINGUAGEM DE BAKHTIN COMO INSPIRAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA A ANÁLISE

Compreendendo que todo texto carrega consigo um discurso dotado de sentido, verifica-se a necessidade de identificar como é produzido o discurso sobre Gestão em Saúde e qual o sentido que ele assume nas proposições dos autores analisados. Para isso, adota-se a proposição de Bakhtin (2006) sobre a interdiscursividade. Para ele, qualquer texto tem um intertexto, parte de um contexto mais amplo e se constitui em um elo, em uma cadeia contínua e inesgotável de sentidos. Sendo assim, o sentido de um discurso só pode ser buscado no interdiscurso (BAKHTIN, 2006). Com esta inspiração, se adota as categorias “interdiscursividade” e “intertextualidade”, desenvolvidas por Bakhtin na obra *Marxismo e filosofia da linguagem*. Para apreender o significado dessas categorias, faz-se necessário apresentar como Bakhtin (2006) constrói sua filosofia da linguagem. Após uma breve apresentação sobre Bakhtin, são apresentados sucintamente os principais elementos de análise de sua proposição sobre a filosofia marxista da linguagem, destacando as categorias que são utilizadas na análise.

Mikhail Mikhailovich Bakhtin nasceu em 1895, na cidade de Orel, na Rússia (FIORIN, 2017). Formado em estudos literários, atuou como professor até 1929, ano em que foi preso e condenado a cinco anos de exílio no Cazaquistão. De 1936 a 1945 se dedicou a produções e ensaios sobre sua teoria do romance, apresentando em 1940 a Tese de doutoramento intitulada *Rabelais e a cultura popular* (FIORIN, 2017). Devido à Segunda Guerra Mundial, só conseguiu defendê-la em 1946 e, depois de muitas idas e vindas, em 1952 foi-lhe negado o título de Doutor, devido à inclinação política de sua produção. Ainda assim, em 1965, conseguiu publicar sua Tese, possibilitando que seu nome circulasse novamente no meio acadêmico. Voltou a atuar como professor de literatura no Pós-Guerra, tendo se aposentado em 1969. Em 1975 faleceu em Moscou. Segundo Fiorin (2017), ainda que a trajetória de Bakhtin tenha sido marcada pelo ostracismo, pelo exílio e pela marginalidade dos círculos acadêmicos de grande prestígio, teve ao longo de sua vida uma intensa atividade de reflexão e escrita crítica, sendo um dos grandes pensadores do século XX.

De acordo com Faraco (2009), quem se aproxima do pensamento de Bakhtin e de seus pares se depara com uma persistente incógnita a respeito da autoria de certos textos, porque muitas de suas obras foram originalmente publicadas sob o nome de Valentin Voloshinov e de Pavel Medevdev. A partir de 1970 essa questão da autoria foi posta a prova pelo fato de que

entre 1963 e 1965 algumas obras de Bakhtin haviam sido novamente publicadas na Rússia, circulando novamente seu nome no meio acadêmico. Naquela conjuntura, conforme Faraco (2009), o linguista Viatcheslav Ivanov afirmou que o livro *Marxismo e filosofia da linguagem* tinha sido escrito originalmente por Bakhtin e não por Voloshinov, bem como outros textos e artigos publicados sob a assinatura de Medvedev, trazendo aos estudos bakhtinianos uma generalizada confusão quanto à autoria desses textos.

Conforme apontam Faraco (2009) e Fiorin (2017), isso ocorreu, principalmente, porque o contexto em que Bakhtin escreveu foi marcado pelas tensões da Segunda Guerra Mundial e, por razões políticas, muitas de suas obras só puderam ser publicadas no nome de outros autores. Além disso, porque o próprio Bakhtin não se preocupava com a autoria de suas obras, entendendo ser mais importante a divulgação e circulação de ideias que eram produzidas em conjunto com seus pares. Durante dez anos (1919 a 1929), Bakhtin, Medvedev e Voloshinov se encontraram regularmente em um grupo de estudos para aprofundar e partilhar ideias, possibilitando a publicação do conjunto de suas obras no que ficou denominado como Círculo de Bakhtin. Ainda que o grupo não se autodenominasse dessa maneira, foi assim batizado posteriormente pelos estudiosos devido à presença marcante de Bakhtin, tendo em conta que de todos os integrantes do Grupo foi ele quem produziu a obra de maior envergadura sobre filosofia da linguagem. Além disso, outro fator que Faraco (2009) e Fiorin (2017) apontam como um empecilho à publicação autoral dos textos de Bakhtin é que eles não vieram a público na ordem em que foram escritos. Isso refletiu durante muitos anos em dificuldades na apreensão da filosofia de Bakhtin, ocasionando inúmeros entendimentos equivocados de seus conceitos, que acabaram distorcendo o pensamento original do autor. Acrescentando isso, boa parte dos textos de Bakhtin é constituída de manuscritos inacabados, alguns apenas rascunhos, dificultando ainda mais a apreensão de seu pensamento (FARACO, 2009).

Para este trabalho, tendo em vista o debate relativo à autoria dos textos, reconheço Bakhtin como o autor da obra *Marxismo e filosofia da linguagem*, já que a edição que utilizo assim o trata. Ressalta-se, também, que a escolha dessa obra como referência principal para apresentação dos conceitos de Bakhtin se dá de acordo com a orientação dos principais estudiosos<sup>5</sup> sobre o autor, que a consideram o fio condutor de sua filosofia.

---

<sup>5</sup> Refiro-me, por exemplo, dentre outros autores, aos textos de Adail Sobral, Beth Brait, Carlos Alberto Faraco e José Luiz Fiorin presentes em Brait (2014).

Em *Marxismo e filosofia da linguagem*, Bakhtin (2006) começa a explanação introduzindo ao leitor que as bases da teoria marxista da criação ideológica – englobando os estudos do conhecimento científico, da literatura, da religião, da moral, etc. – estão estritamente relacionadas à abordagem da filosofia da linguagem<sup>6</sup>. Conforme Bakhtin (2006, p. 29), “[...] tudo que é ideológico possui significado e remete a algo situado fora de si mesmo. Em outros termos, tudo que é ideológico é um signo. Sem signos não existe ideologia”. Assim como todo corpo físico, um produto ideológico faz parte de uma realidade, seja ela natural ou social; seja como instrumento de produção ou de consumo. A especificidade do signo é que ele não existe apenas como parte de uma realidade, mas também reflete e refrata outra, podendo ou não distorcer essa realidade que lhe é exterior. Para Bakhtin (2006), um corpo físico por si próprio não significa nada, coincidindo inteiramente com sua própria natureza e não se tratando, nesse caso, de um produto ideológico. Conforme Bakhtin (2006, p. 30), “[...] ao lado dos fenômenos naturais, do material tecnológico e dos artigos de consumo, existe um universo particular – o universo dos signos”. Por isso, Bakhtin (2006, p. 31) afirma que, no domínio dos signos, todo universo da criação ideológica possui valor semiótico:

Cada signo ideológico é não apenas um reflexo, uma sombra da realidade, mas também um fragmento material dessa realidade. Todo fenômeno que funciona como signo ideológico tem uma encarnação material, seja como som, como massa física, como cor, como movimento do corpo ou como outra coisa qualquer. Nesse sentido, a realidade do signo é totalmente objetiva e, portanto, passível de um estudo metodologicamente unitário e objetivo. Um signo é um fenômeno do mundo exterior. O próprio signo e todos os seus efeitos (todas as ações, reações e novos signos que ele gera no meio social circundante) aparecem na experiência exterior.

---

<sup>6</sup> Cabe ressaltar que em *Marxismo e filosofia da linguagem*, Bakhtin inicia sua análise partindo da premissa de que uma das principais tarefas do marxismo seria a construção de uma psicologia verdadeiramente objetiva, fundamentada sob uma filosofia sociológica em contraposição à psicologia subjetiva que é formada sob o campo da filosofia idealista. A partir dessa crítica, desenvolve sua proposição sobre a filosofia marxista da linguagem. Como o objetivo deste trabalho é apreender como método de análise os conceitos de interdiscursividade e intertextualidade, a partir da filosofia da linguagem, não apresentarei a análise de Bakhtin (2006) sobre a psicologia. Todavia, compreendendo a importância dessa crítica na obra do autor, apresento sucintamente o argumento central de seu desenvolvimento. Conforme Bakhtin (2006), a consciência constitui um fato sócio-ideológico que, por essa razão, não pode e nem deve ser explicada por métodos fisiológicos ou biológicos como pretendem as ciências naturais, porque os processos que determinam o conteúdo do psiquismo não se desenvolvem no interior do campo fechado do indivíduo como se se tratasse de uma coisa ou de um processo natural, mas fora dele, em constante interação com o exterior que é social. Segundo Bakhtin (2006), o indivíduo - enquanto detentor dos conteúdos de sua consciência, de seus pensamentos e de seus desejos - se apresenta para o mundo como um fenômeno puramente sócio-ideológico. Para o autor, o psiquismo é o objeto de uma análise ideológica, depreendendo, portanto, uma interpretação sócio-ideológica. A partir disso, Bakhtin (2006) introduz sua análise sobre a filosofia da linguagem utilizando categorias marxistas.

A identificação do ideológico com o semiótico é crucial na análise de Bakhtin (2006), porque permite afirmar que a ideologia é ato material e social<sup>7</sup>, ou seja, seu suporte é a realidade prática dos seres humanos. Nesse sentido, identifica que a comunicação semiótica é fator condicionante do desenvolvimento da consciência, tendo a linguagem como o objeto que expressa de maneira mais completa o sentido ideológico. De acordo com Bakhtin (2006), o real se apresenta para nós semioticamente, ou seja, linguisticamente. Assim, compreende que a linguagem é o signo ideológico da comunicação semiótica – sempre resultante das relações sociais. Identificando, então, que todo signo é de natureza social, o fio condutor dos estudos de Bakhtin (2006) é traçar as relações entre linguagem e sociedade sob a dialética do signo. Sobretudo, busca compreender como a linguagem determina a consciência e de que maneira a ideologia determina a linguagem. Assim, partindo do entendimento de que o ser refletido no signo não apenas nele se reflete, mas também se refrata, Bakhtin (2006) identifica que o que determina essa refração do ser no signo é o confronto de interesses sociais no limite de uma só e mesma comunidade semiótica: a luta de classes. De acordo com Bakhtin (2006, p. 46), o signo se torna a arena onde se desenvolve a luta de classes, já que em todo signo são confrontados índices de valores contraditórios:

A classe dominante tende a conferir ao signo ideológico um caráter intangível e acima das diferenças de classe, a fim de abafar ou de ocultar a luta dos índices sociais de valor que aí se trava, a fim de tornar o signo monovalente. Na realidade, todo signo ideológico vivo tem, como Jano, duas faces. Toda crítica viva pode tornar-se elogio, toda verdade viva não pode deixar de parecer para alguns a maior das mentiras. Esta dialética interna do signo não se revela inteiramente a não ser nas épocas de crise social e de comoção revolucionária. Nas condições habituais da vida social, esta contradição oculta em todo signo ideológico não se mostra à descoberta porque, na ideologia dominante estabelecida, o signo ideológico é sempre um pouco reacionário e tenta, por assim dizer, estabilizar o estágio anterior da corrente dialética da evolução social e valorizar a verdade de ontem como sendo válida hoje em dia. Donde o caráter refratário e deformador do signo ideológico nos limites da ideologia dominante. É assim que se apresenta o problema da relação entre infraestrutura e as superestruturas.

---

<sup>7</sup>Aqui reside a principal crítica de Bakhtin (2006) à psicologia subjetiva e a filosofia idealista, porque essas, ao contrário da abordagem marxista, afirmam que a ideologia é produto da consciência, dissociando-a da realidade material. Nas palavras de Bakhtin (2006, p. 32): “[...] apesar de suas profundas diferenças metodológicas, a filosofia idealista e o psicologismo em matéria de cultura cometem, ambos, o mesmo erro fundamental. Situando a ideologia na consciência, eles transformam o estudo das ideologias em estudos da consciência e de suas leis: pouco importa que isso seja feito em termos transcendentais ou em termos empírico-psicológicos. Esse erro não só é responsável por uma confusão metodológica acerca da inter-relação entre domínios diferentes do conhecimento, como também por uma distorção da realidade estudada. A criação ideológica – ato material e social – é introduzida à força no quadro da consciência individual. Esta, por sua vez, é privada de qualquer suporte na realidade. Torna-se tudo ou nada. Para o idealismo ela tornou-se tudo: situada em algum lugar acima da existência e determinando-a. De fato, na teoria idealista, essa soberana do universo é a mera hipótese de um vínculo abstrato entre as formas e as categorias mais gerais da criação ideológica. Para o positivismo psicologista, ao contrário, a consciência se reduz a nada: simples conglomerado de reações psicofisiológicas fortuitas que, por milagre, resulta numa criação ideológica significativa e unificada”.

Aqui reside a centralidade da análise de Bakhtin (2006). Como toda refração ideológica do ser é acompanhada de uma refração ideológica verbal, ele elabora as bases da filosofia da linguagem enquanto filosofia do signo ideológico. O autor critica todo tipo de análise que toma a língua como se fosse um sistema sincrônico abstrato<sup>8</sup>, afirmando que o estudo da filosofia da linguagem passa necessariamente pela compreensão de que toda interação verbal ocorre em uma esfera única de relação social organizada e contextualizada. A linguagem está sempre relacionada a um processo de interação entre um falante e um interlocutor e, por isso, é dinâmica e socialmente compartilhada. Logo, tudo que é dito, expresso e enunciado, constitui um produto ideológico. Para a elaboração de uma análise sociológica da filosofia da linguagem, se debruça sobre aquilo que considera o elemento central de constituição da linguagem: a palavra, identificando-a como o objeto que exerce a função, por excelência, de signo. De acordo com Bakhtin (2006, p. 40), a característica essencial da palavra é sua ubiquidade social, visto que penetra em todas as relações sociais e se manifesta através da interação verbal:

Tanto é verdade que a palavra penetra literalmente em todas as relações entre os indivíduos, nas relações de colaboração, nas de base ideológica, nos encontros fortuitos da vida cotidiana, nas relações de caráter político, etc. As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. É, portanto, claro que a palavra será sempre o *indicador* mais sensível de todas as transformações sociais, mesmo daquelas que apenas despontam, que ainda não tomaram forma, que ainda não abriram caminho para sistemas ideológicos estruturados e bem formados. A palavra constitui o meio no qual se produzem lentas acumulações quantitativas de mudanças que ainda não tiveram tempo de adquirir uma nova qualidade ideológica, que ainda não tiveram tempo de engendrar uma forma ideológica nova e acabada. A palavra é capaz de registrar as fases transitórias mais íntimas, mais efêmeras das mudanças sociais.

A palavra, então, veicula de maneira privilegiada a ideologia. Sendo a ideologia uma superestrutura, nela estão refletidas as transformações sociais que são transmitidas pela língua. Por isso, afirma que a língua é constituída pelo fenômeno social da interação verbal que se realiza através da enunciação (BAKHTIN, 2006). Em Bakhtin (2006), a enunciação é

---

<sup>8</sup> A respeito disso, a crítica de Bakhtin (2006, p. 71) é direcionada às duas principais correntes metodológicas da filosofia da linguagem de sua época, que foram por ele denominadas como “subjetivismo idealista” e “objetivismo abstrato”. Conforme Bakhtin (2006), o subjetivismo idealista toma como fundamento da língua os atos de fala como exclusivos da criação individual. Nessa concepção, as leis da criação linguística são formuladas a partir das leis da psicologia individual, reduzindo todo ato criativo ao psiquismo subjetivo. O objetivismo abstrato toma como centro organizador de todos os atos de fala da língua o sistema linguístico baseado nas formas fonéticas, gramaticais e lexicais da língua. “Enquanto que, para a primeira orientação, a língua constitui um fluxo ininterrupto de atos de fala, onde nada permanece estável, nada conserva sua identidade, para a segunda orientação a língua é um arco-íris imóvel que domina este fluxo” (BAKHTIN, 2006, p. 77). Para análise dessa crítica em Bakhtin (2006), ver capítulos 4 e 5, respectivamente.

sempre situada em uma dimensão discursiva contextualizada social e historicamente. A língua, em sua totalidade viva e concreta, tem a propriedade de ser dialógica, ou seja, é produto da interação de indivíduos socialmente organizados. Segundo Bakhtin (2006, p. 126), as relações dialógicas não estão circunscritas estreitamente às relações de diálogo face a face, que é apenas uma forma composicional, mas compreendem toda comunicação verbal de qualquer tipo:

O livro, isto é, o ato de fala impresso, constitui igualmente um elemento da comunicação verbal. Ele é objeto de discussões ativas sob a forma de diálogo e, além disso, é feito para ser apreendido de maneira ativa, para ser estudadas a fundo, comentadas e criticadas no quadro do discurso interior, sem contar as reações impressas, institucionalizadas, que se encontram nas diferentes esferas da comunicação verbal (críticas, resenhas, que exercem influência sobre os trabalhos posteriores, etc.). Além disso, o ato de fala sob a forma de livro é sempre orientado em função de intervenções anteriores na mesma esfera de atividade, tanto as do próprio autor como a de outros autores: ele decorre, portanto da situação particular de um problema científico ou de um estilo de produção literária. Assim, o discurso escrito é de certa maneira integrante de uma discussão ideológica em grande escala: ele responde a alguma coisa, refuta, confirma, antecipa as respostas e objeções potenciais, procura apoio, etc.

O dialogismo, então, pressupõe relações de sentido estabelecidas entre enunciados, ou seja, entre discursos. Isso implica que, na constituição do discurso, o enunciador inevitavelmente carrega consigo o sentido do discurso de outrem, já que seu discurso está sempre atravessado e ocupado pelo discurso alheio. Disso, depreende-se que, na dialogização interna da palavra, ela é sempre perpassada pela palavra do outro. No discurso, portanto, estão sempre presentes ecos de outros discursos que expressam valores sociais diferentes, que tanto podem refutá-lo quanto afirmá-lo no conjunto das relações dialógicas. Ainda que no dialogismo a circulação das vozes sociais não se expresse nitidamente no fio do discurso, Bakhtin (2006) ressalta que não existe neutralidade discursiva, porque identifica que em todo discurso há sempre uma intenção dotada de sentido que está inserida, inevitavelmente, em uma dimensão política que se apresenta como expressão de uma situação histórica concreta que deu origem à enunciação. Bakhtin (2006) compreende, então, que o texto é o objeto de investigação privilegiado para apreensão do sentido de um discurso, porque é nele que se expressa e se materializa a intenção discursiva de seu autor. Assim, o texto sempre manifesta – em sua constituição dialógica - o pensamento, o sentido e o significado do discurso que é produzido por um autor (BAKHTIN, 2006). Disso, compreende-se que em qualquer texto há um intertexto<sup>9</sup> que parte de um contexto mais amplo e se constitui em um elo, em uma cadeia

---

<sup>9</sup>Fiorin (2017) enfatiza que o termo “intertextualidade” não aparece em nenhuma obra de Bakhtin. Esse vocábulo é introduzido ao pensamento bakhtiniano por Julia Kristeva – filósofa e semiótica que introduziu o

contínua e inesgotável de sentidos. Por isso afirma que o sentido de um discurso só pode ser buscado no interdiscurso. Portanto, em um discurso há sempre uma relação interdiscursiva com outros autores que, dotada de sentido, reflete e refrata ideologicamente a realidade a partir do contexto discursivo de quem o enuncia (BAKHTIN, 2006).

Retomando o que foi descrito inicialmente, neste trabalho são adotados como categorias a “interdiscursividade” e a “intertextualidade” desenvolvidas por Bakhtin (2006). Compreendendo, a partir de Bakhtin (2006), que o texto é o objeto de análise que permite apreender o sentido do discurso de quem o enuncia, o que só pode ser buscado no interdiscurso, busco identificar - através do estudo dos textos dos autores do meu recorte analítico - o sentido que a Gestão em Saúde assume em suas proposições. Mais especificamente, busco apreender de que maneira os autores dialogam com seus referenciais teóricos, a partir da identificação e apropriação dos conceitos que foram utilizados. Dessa maneira, através do estudo de seus textos, busco percorrer o caminho de construção dos autores na elaboração de suas proposições, identificando, através da intertextualidade, quais são seus referenciais teóricos e quais os conceitos utilizados em suas proposições sobre Gestão em Saúde, revelando, então, o sentido que ela assume. Cabe ressaltar, contudo, que Bakhtin (2006) não operacionaliza essas categorias da mesma maneira que são realizadas na análise deste trabalho. Em sua obra, como já foi exposto, há um conjunto de outras categorias que compõem sua análise teórico-metodológica sobre a filosofia da linguagem, mas que não serão aqui aprofundadas, porque compreendo que as categorias que utilizo fornecem os elementos necessários para análise dos objetivos propostos neste trabalho.

Dito isto, a análise é realizada a partir de revisão bibliográfica, selecionando os principais textos dos autores, conforme constam nas disciplinas dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Selecionados os textos, faço uma leitura interpretativa sistematizando as principais proposições sobre Gestão em Saúde, seguindo como critério a ordem cronológica em que foram escritos. Nessa etapa, é aplicada a análise intertextual mediante identificação e apropriação dos conceitos que foram utilizados pelos autores a partir

---

pensamento de Bakhtin ao público francês em obra publica em 1967, na revista *Critique*. Kristeva vai chamar de texto aquilo que em Bakhtin (2006) é o enunciado, designando por intertextualidade a noção de dialogismo. Assim, qualquer relação dialógica é denominada por ela como intertextualidade (FIORIN, 2017). Mesmo assim, a compreensão de que em qualquer texto há um intertexto se justifica a partir da própria exposição da obra de Bakhtin (2006), ao afirmar que o texto é a manifestação do enunciado, dotado de realidade imediata, manifestando o sentido enunciativo. Disso, deixo claro que não compartilho da mesma concepção estreita de enunciado e texto como é apreendido por Kristeva, mas ao contrário, que há relações dialógicas entre enunciados e entre textos.

de seus referenciais. O estudo dos autores de referência não só é necessário para apreender os conceitos abordados, mas também visa identificar se foram utilizados mantendo o significado original, conforme foram desenvolvidos em seus textos, ou se foram traduzidos para expressar os valores de cada autor. Ainda nesta etapa, são apresentados os conceitos conforme foram utilizados nas proposições dos autores, ou seja, mantendo o significado, conforme descritos em seus textos. Após a sistematização e descrição de suas proposições, retomo os conceitos apresentando o significado original conforme foram desenvolvidos nas proposições dos textos originais de seus referenciais teóricos, seguido de sua descrição e análise. Dessa maneira, é possível analisar como se realiza a interdiscursividade dos autores com seus referenciais teóricos a partir da identificação de como os conceitos foram apropriados e utilizados em suas proposições sobre Gestão em Saúde. Além disso, compreendendo que todo discurso está inserido em uma situação histórica concreta (BAKHTIN, 2006), a forma como se dá a apreensão do significado dos conceitos pelos autores em suas análises permite identificar o sentido que a Gestão em Saúde assume em suas proposições e as possíveis implicações para o campo da Saúde Coletiva.

Ao final da análise de cada autor, é apresentado um quadro síntese, conforme modelo do Quadro 2, discriminado por: principais conceitos abordados nas proposições sobre Gestão em Saúde; o referencial teórico correspondente ao conceito; o significado do conceito, conforme foi desenvolvido nas proposições originais dos referenciais teóricos; e, o conceito nas proposições dos autores.

**Quadro 2 – Síntese da análise sobre as proposições dos autores**

<b>Síntese das proposições sobre Gestão em Saúde</b>			
(descrição)			
<b>Principais conceitos</b>	<b>Referencial Teórico</b>	<b>Proposições nos textos originais do referencial teórico</b>	<b>Proposições do autor</b>
(descrição)	(descrição)	(descrição)	(descrição)

Fonte: produzido pelo autor.

Começo o estudo fazendo uma leitura sistemática dos textos de Emerson Elias Merhy, devido à quantidade de textos em que ele é citado ao longo de minhas leituras e por uma sequência de desenvolvimento de proposições sobre a Gestão em Saúde. Na sequência, realizo a análise sobre Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, porque além de ter em Merhy uma de suas referências, atuou diretamente com esse autor em projetos através do Laboratório de Planejamento e Administração da Universidade de Campinas (LAPA/Unicamp). Por fim, analiso a produção de Gastão Wagner de Sousa Campos, com maior expressividade em quase

todos os Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, conforme o Quadro 1. Além do fato de que é o autor com maior número de publicações dedicadas ao tema da Gestão em Saúde ao longo dos últimos anos, tendo sido também o Presidente da ABRASCO de 2015 a 2018.

### 3 EMERSON ELIAS MERHY E SUAS PROPOSIÇÕES SOBRE GESTÃO EM SAÚDE

Emerson Elias Merhy<sup>10</sup> é graduado em Medicina e doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, tendo sido livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde nessa Universidade até o ano 2000. Até 2017 foi professor da Pós-Graduação em Saúde Coletiva na UFRGS. Atualmente é Professor Titular de Saúde Coletiva da UFRJ na qual coordena a linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Além disso, é uma das referências nacionais sobre processos de Avaliação da Produção do Cuidado e Trabalho em Saúde.

O tema da Gestão em Saúde é abordado por Emerson Elias Merhy em um conjunto de textos produzidos ao longo dos anos, tendo como característica principal a proposição do que seria um novo método a partir do desenvolvimento de ferramentas gerenciais para a ação dos gestores nos serviços de saúde. Seguindo a cronologia de suas publicações, observa-se que o tema da Gestão em Saúde aparece melhor desenvolvido, pela primeira vez, em um texto produzido em 1994 e intitulado *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo technoassistencial 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 de ações de saúde)*. Esse texto é um dos capítulos do livro *Inventando a mudança na saúde*, também lançado em 1994 em uma coletânea produzida em parceria com Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Gastão Wagner de Sousa Campos. Nesse texto, Merhy (1994) relata a experiência vivenciada junto à Secretaria Municipal de Ipatinga, em Minas Gerais, quando colocou em prática seu modelo de Gestão em Saúde. Em outro texto que será abordado mais adiante, Merhy (1997, p.131) destaca a importância que a experiência vivenciada em Ipatinga teve para suas elaborações teóricas posteriores, possibilitando o desenvolvimento de suas proposições:

Em 1994, tentando analisar e compreender a experiência vivida junto à rede de serviços públicos de saúde do Município de Ipatinga, em Minas Gerais – na qual pretendíamos alterar a lógica da relação dos serviços com os usuários intervindo na porta do sistema – produzimos um material analítico que, apesar de já ter em esboço algumas das interrogações que nos levaram à construção deste texto, ainda mostrava uma baixa elaboração da complexa dinâmica que o processo micropolítico em saúde configura; e, com isto, não permitia uma compreensão suficiente sobre o que vivenciamos. Pois, não tínhamos então uma visão mais clara sobre a dinâmica do trabalho vivo em ato, no interior do processo de trabalho em saúde. Em outro material, mais teórico, tomamos como centro de nossa reflexão exatamente esta temática apontada acima. Neste material, procuramos demonstrar alguns aspectos

---

<sup>10</sup> As informações sobre o autor foram retiradas do currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1302025007008899>.

básicos do trabalho vivo em ato, ao fabricar ações de saúde individuais e/ou coletiva, no que se refere ao seu desdobramento tecnológico no espaço da gestão, tanto na sua dobra ao nível do processo produtivo, quanto na das relações institucionais, tentando com isso entender e mostrar a importância deste elemento na análise e compreensão das várias propostas que vêm sendo geradas no interior dos distintos experimentos do SUS, e ainda quanto às suas capacidades de gerarem dispositivos (analisadores) modificadores dos processos de trabalho em saúde<sup>11</sup>.

O segundo material teórico a que faz referência é um texto escrito em 1997 e intitulado *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde*, publicado originalmente no livro *Agir em Saúde: um desafio para o público*. Em 2013, esse texto foi reeditado e atualizado para compor outro livro e, por isso, é a versão utilizada como referência neste trabalho. Por essa razão, sempre que houver citação referente a esse texto apresentarei o ano original de sua publicação entre colchetes. Nesse texto, o autor apresenta os principais conceitos utilizados em sua análise sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, tratada com centralidade no que denominou como “caixa de ferramentas” para os gestores no que seria um novo modelo de atenção à saúde. Esse texto inaugurou, de fato, as proposições teóricas do autor, servindo como base em publicações posteriores, principalmente no livro lançado em 2002.

A esse respeito, dentre o conjunto de textos escritos por esse autor sobre o tema da Gestão em Saúde, o livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, escrito em 2002, é a principal referência teórica do autor utilizada nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. No livro, Merhy (2002) faz uma compilação de alguns de seus textos que apresentam de maneira geral suas principais reflexões teóricas. Na apresentação, destaca a importância que essa obra teve para ele e informa que boa parte da compilação é resultado da defesa de sua livre docência, realizada em 2000 na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e intitulada *Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo* (MERHY, 2002, p. 11). Ainda na apresentação do livro, Merhy (2002, p. 11, grifo nosso) destaca que todos os textos presentes nessa obra estão vinculados à mesma perspectiva: “[...] refletir sobre o modo cotidiano de se produzir saúde em nossa sociedade, tomando como referencial a cartografia da **micropolítica do trabalho vivo** em ato [...]”. Para Merhy (2002, p. 12), esse referencial reforça a possibilidade de pensar que “[...] tanto a Gestão em Saúde, como campo de tecnologias, é fundamental para a discussão atual da reestruturação produtiva,

---

<sup>11</sup> Tendo em vista que desde 2016, no Brasil, está vigente o novo acordo ortográfico, optou-se por manter a ortografia original dos textos originais dos autores analisados nesta Dissertação. Assim, nenhuma das citações utilizadas sofreu quaisquer modificações ortográficas.

quanto à produção do cuidado, como marcadora das situações institucionais sobre as quais faço minhas elaborações”.

Devido à importância dada pelo autor a esse livro e sua marcada presença nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, farei uso dessa obra como principal referência em minhas análises, apresentando a partir dela as proposições de Merhy. No livro, chamam atenção as constantes citações de outros dois textos produzidos por ele anteriormente que, segundo Merhy (2002), compõem a construção de suas proposições sobre a micropolítica do trabalho vivo e a Gestão em Saúde. Como no livro há uma síntese de suas proposições, retomarei esses dois textos para uma maior explicitação dos conceitos abordados, conforme a ordem em que foram utilizados pelo próprio autor no livro. O primeiro texto foi aquele mencionado há pouco, escrito em 1997 e atualizado em 2013. Esse texto foi amplamente citado em todos os capítulos do livro. O segundo, também foi escrito em 1997 e se intitula *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*. Nele também estão presentes o desenvolvimento sobre a micropolítica do trabalho vivo e a construção do modelo proposto, porém de uma forma mais sucinta e sistematizada.

Cabe destacar, ainda, que não foi fácil identificar os principais referenciais teóricos que embasam suas proposições, visto que em quase todo o livro não há citações de quais autores utiliza para sua elaboração, dificultando muitas vezes a apreensão de seus significados. Isso fica evidente na própria manifestação de Merhy (2002, p. 13), quando afirma que não há preocupação em expor exaustivamente o conjunto das teorias que utilizou em suas reflexões, “[...] em particular aos pensamentos de Karl Marx, Antonio Gramsci, Carlos Matus, Miguel Benasayag e Felix Guattari. Em uma grande salada que faço dos mesmos. Fato de total responsabilidade minha”. Essa dificuldade foi em parte resolvida com a utilização dos outros dois textos nos quais há algumas citações sobre suas referências teóricas, mas, ainda assim, é uma característica marcante a omissão dos autores de referência e dos conceitos a eles correspondentes. Nesse sentido, fiz um esforço para identificar os principais autores que Merhy utiliza em sua elaboração para a análise intertextual, momento em que farei uma análise mais detalhada sobre esses conceitos após a apresentação de suas proposições. No Quadro 3 estão sistematizados os principais textos de Merhy que tratam do tema da Gestão em Saúde, seguindo a ordem cronológica de suas publicações. Além disso,

constam os principais conceitos utilizados correspondendo aos referenciais teóricos e aos textos de origem de onde foram apreendidos. O Quadro 3 serve de guia para minhas análises.

**Quadro 3 – A intertextualidade nas proposições de Gestão em Saúde de Merhy**

<b>Principais textos de Merhy que tratam do tema da Gestão em Saúde</b>	<b>Principais conceitos</b>	<b>Referenciais teóricos e textos originais</b>
<p><i>Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial 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 de ações de saúde).</i> (1994)</p> <p><i>O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo).</i> (1997)</p> <p><i>Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde.</i> (1997 e reeditado em 2013)</p> <p><i>Saúde: a cartografia do trabalho vivo.</i> (2002)</p>	Trabalho	Karl Marx <i>O Capital</i>
	Intercessão	Gilles Deleuze <i>Conversações: 1972 - 1990</i>
	Micropolítica	Felix Guattari <i>As três ecologias</i> <i>Caosmose: um novo paradigma estético</i>  Felix Guattari e Sueli Rolnik <i>Micropolítica: cartografias do desejo</i>
	Ruídos	Fernando Flores <i>Inventando la empresa del siglo XXI</i>
	Caixa de ferramentas	Gilles Deleuze <i>Os intelectuais e o poder</i>
	Gestão e Participação	Paulo Roberto Motta <i>Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente</i>

Fonte: elaborado pelo autor.

Na apresentação do livro *Inventando a mudança na saúde*, em que consta como um dos capítulos o primeiro texto de Merry (1994) sobre o tema da gestão, Campos, Cecílio e Merhy relatam que os textos que compõem essa publicação foram resultado de suas parcerias profissionais e que os textos poderiam ser caracterizados como um “[...] manifesto do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da Unicamp, no qual estão expostas as concepções teórico-metodológicas básicas que norteiam a intervenção do conjunto dos seus técnicos no nível das instituições” (CECÍLIO, 1994, p. 9-10). Além disso, ressaltam que, como parte de suas atividades de militância sócio-política, o livro reúne “[...] um conjunto de investigações em torno de modelos de gestão comprometidos com a mudança da

Administração Pública, na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira” (CECÍLIO, 1994, p. 11).

Merhy (1994) faz uma breve análise sobre a prestação de serviços da rede de saúde, no Brasil, apontando que tanto a rede pública quanto a rede privada estavam subordinadas à lógica do modelo liberal-privatista. Após a crítica a esse modelo, faz alguns apontamentos que seriam indispensáveis para a elaboração de um modelo centrado nas necessidades dos usuários e na construção do trabalhador coletivo de saúde. Apresenta, ainda, como suas proposições foram colocadas em prática a partir da experiência do município de Ipatinga, considerado um primeiro avanço para a concretização do que denomina como modelo usuário-centrado.

Merhy (1994) inicia o texto afirmando que, naquele momento, a rede de serviços de saúde, pública e privada, estava subordinada às características do modelo liberal-privatista.

Nele, o usuário – individual e/ou coletivo – deve se tornar um mero objeto depositário de problemas de saúde que só poderão ser reconhecidos pelos saberes que o modelo legitimar, sejam eles vindo da clínica ou da epidemiologia – e, o chamado universo das necessidades de saúde torna-se uma propriedade exclusiva de alguns trabalhadores de saúde, de acordo com a concepção médico hegemônico. O que define não só uma determinada forma de enquadrar o que são e o que não são necessidades, mas também uma determinada maneira de abordá-los, de tratá-los, de procurar solucioná-los (MERHY, 1994, p. 118).

Esse modelo, conforme Merhy (1994, p. 118), é responsável pela construção de uma determinada postura dos trabalhadores de saúde, “[...] capitaneados pelo estilo médico-centrado, que procura tratar o usuário, ou qualquer outro – inclusive os próprios trabalhadores – de uma maneira impessoal, objetivisante e descompromissada”.

O modelo liberal-privatista, ao coisificar a relação trabalhador-usuário, reduz o universo das necessidades e dos saberes a ele referente a um processo sempre previsível e estruturado, tratando os agentes deste processo como não sujeitos e sim como meros cumpridores de rituais. E um ritual nada interessante para ambos, principalmente para o usuário, inclusive empobrecendo a própria visão de problemas e necessidades ao não tratá-las na universalidade que elas se comportam (MERHY, 1994, p. 119).

Assim, “[...] tomam os procedimentos e atos terapêuticos como eficientes em si, dentro de um estilo de abordagem dos usuários tomados pela frieza, aparentemente científica, de um investigador que procura com sua lupa uma agulha no palheiro” (MERHY, 1994, p. 121). Merhy (1994, p. 121- 122) entende que “[...] a relação trabalhador-usuário acaba sendo geradora de não-acolhimento, não-vínculo, não-responsabilidade, não-autonomia.

Burocratiza-se e despreza-se o outro como sujeito”. Em contraposição, propõe um modelo que possibilite modificar a forma de gerir e trabalhar em saúde:

Para isto seria necessário reconstruir a ideia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e procurando uma configuração do trabalhador coletivo, e construir um processo que publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto dos atores, realmente interessados na saúde, em particular os usuários (MERHY, 1994, p. 119).

Para Merhy (1994, p. 124), a principal mudança passa pela construção de um vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários no interior dos serviços de saúde, gerando compromissos diante do cuidado à saúde:

É no cotidiano dos nossos trabalhos e na coletivização da gestão dos nossos serviços, a fim de resolver os problemas que identificamos no dia-a-dia, que iremos somar nesta direção, construindo um outro proceder em saúde que se orienta pela construção de um vínculo entre o usuário e os trabalhadores na busca da garantia do acesso dos usuários às ações de saúde, oferta de múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas de saúde, necessidade de acolhimento humanizado dos usuários aos serviços, busca da máxima resolutividade que as ações em saúde possibilitam, impactação dos quadros de morbi-mortalidade a partir da associação mais ampla possível de todas as ações de saúde disponíveis - tecnologicamente, individuais e coletivas – que podemos utilizar no combate do conjunto dos problemas de saúde.

Nesse texto, o autor não aprofunda a concepção sobre tecnologia, o que faz em outros dois textos que serão apresentados mais adiante. Mas aqui, já esboça uma ampliação sobre o entendimento de que a tecnologia não fica subsumida aos equipamentos, apontando que “[...] em saúde, a tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos” (MERHY, 1994, p. 124). Para Merhy (1994, p. 125), essas tecnologias são classificadas como sendo do tipo “*soft* (leve), isto é, estão muito mais em nossas sabedorias, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidades, etc., do que em equipamentos [...] apesar de dependerem destas de alguma maneira, mas secundariamente”.

Assim, advogamos que, além de reivindicarmos e lutarmos para a solução dos problemas estruturados, devemos iniciar já, de posse de todas as tecnologias *softs* possíveis, aliadas àquelas outras de que já dispomos, à construção de um cotidiano nas nossas instituições de saúde que se expressa em uma nova relação de compromisso entre usuários e trabalhadores de saúde e na constituição de uma nova forma de gerir o processo institucional (MERHY, 1994, p. 125).

Nesse sentido, o autor passa para os apontamentos da experiência junto à rede pública de saúde do município de Ipatinga no período de 1992 a 1994, quando, atuando como

consultor pelo LAPA/Unicamp, realizou atividades em conjunto com a equipe dirigente para reorganizar o processo de trabalho em saúde.

Ipatinga está localizado no interior de Minas Gerais e pertencente à Região Metropolitana do Vale do Aço. No início da década de 1990, período da experiência analisada, o município tinha em torno de 200 mil habitantes. Em 1989, sob nova gestão, a Prefeitura ampliou a rede pública de serviços de saúde, passando de 30 mil consultas por ano para mais de 250 mil (MERHY, 1994). Devido ao aumento expressivo de consultas e à complexidade do atendimento à população, em 1991 a Secretaria de Saúde de Ipatinga contou com o apoio da OPAS como parte de um projeto que auxiliava na organização de um modelo assistencial para alguns municípios brasileiros (MERHY, 1994). Na rede de saúde pública de Ipatinga foi iniciado um trabalho de envolvimento do conjunto das equipes das unidades de saúde para repensar as prioridades assistenciais e o seu processo de trabalho. O modelo proposto era orientado por uma estratégia de intervenção em grupos específicos de risco através de uma modelagem programática que sinalizava seus problemas de saúde em um sistema de informação montado pela própria Secretaria de Saúde de Ipatinga, a fim de orientar quais seriam os objetos das ações de saúde.

Nos vários seminários que o conjunto dos trabalhadores realizaram, com apoio da OPAS-BRASIL e com a participação do nível central da Secretaria e de um grupo de coordenadores das unidades de saúde, ainda muito embrionariamente em formação, foi se apontando como necessidade a reorganização do processo de trabalho no interior do serviço, pois o modelo que se estava seguindo não estava conseguindo, efetivamente, realizar esta tarefa. Além do mais, estes seminários/oficinas de trabalho começavam a apontar como um novo problema a formação de filas dos usuários, em busca de uma ação de saúde (MERHY, 1994, p. 128).

Devido a várias dificuldades na implantação do modelo, principalmente na reorganização dos processos de trabalho nas equipes de saúde, a OPAS e a Secretaria de Saúde solicitaram, em 1992, auxílio do LAPA/Unicamp. Segundo Merhy (1994), para iniciar a intervenção institucional, o LAPA/Unicamp tomou como base um conjunto de diretrizes que tinham por objetivo construir uma nova forma de trabalhar em saúde, tendo em vista as várias opções tecnológicas que o setor saúde tinha à disposição dos indivíduos e do coletivo.

Dentro desta perspectiva, elegeu-se como fundamental a aquisição de uma visão mais clara do significado do processo de trabalho em saúde em nosso contexto sócio-político, seus desenhos tecno-assistenciais e as suas relações com as possíveis estruturas de necessidades que o setor saúde pode comportar, procurando entender suas determinações e as possibilidades de mudanças a partir da construção de uma íntima relação (cumplicidade), entre os trabalhadores de saúde e os usuários das ações de saúde, em uma perspectiva governamental pautada pela construção de uma ação pública no campo democrático-popular. Assim, procurou-se eleger como

estratégico a modelagem de um processo de ação nas instituições de saúde, do município de Ipatinga, que procurasse forjar um sujeito coletivo – no âmbito local-regional e no interior das instituições públicas de saúde – portador de uma capacidade de formulação, decisão e execução no campo da política pública de saúde, e que apontasse para a construção de um modelo tecno-assistencial dirigido pela permanente defesa da vida (MERHY, 1994, p. 128).

Conforme Merhy (1994, p. 129), a diretriz adotada para a construção do sujeito coletivo foi formada a partir de três marcos:

- Co-gestão política das ações de saúde a partir da participação paritária entre governo, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde, nos Conselhos Municipal e Locais, tomando como referência a disputa social que há entre os diferentes modelos de organização da assistência à saúde, que se polarizam entre as que advogam a saúde como um patrimônio público e as que dizem que ela é um problema privado, do indivíduo, e que se desdobram em diferentes maneiras de contemplar os direitos sociais e o acesso dos cidadãos aos diferentes tipos de benefícios que as ações de saúde comportam;
- Organização de colegiados de gestão nas instituições que permitissem que os trabalhadores coletivos, dentro das estratégias governamentais de defesa dos direitos dos cidadãos e da vida, construíssem um processo cotidiano de gestão dos serviços;
- Tomada dos ruídos do cotidiano, do ponto de vista dos problemas que acontecem em torno das diretrizes básicas do modelo tecno-assistencial em defesa da vida, como matéria-prima para reorganizar o processo de trabalho em saúde.

No início da experiência, o primeiro passo foi eleger como prioridade a construção de uma nova estrutura de direção no interior da Secretaria Municipal de Saúde, a partir da crítica à centralização do processo político-institucional. A crítica mais contundente era à estrutura verticalizada na tomada de decisão. Em contrapartida, foi proposta a organização de um colegiado de gestão como diretriz básica para os processos decisórios, integrando os trabalhadores e gerando compromisso e responsabilização: “[...] Foi assim que adquiriu sentido a busca de uma nova maneira de se gerir o cotidiano das unidades, baseada no exercício da autonomia das equipes locais, para a construção de uma nova forma de se trabalhar em saúde” (MERHY, 1994, p. 130). Segundo Merhy (1994, p. 130), o problema guia dessa construção foi a humanização da relação instituição/usuário e a garantia do acesso e do acolhimento global da rede:

Esta humanização passa pela construção de um processo de gestão do trabalho, que permite fazer o exercício da autonomia do trabalhador, sob o enfoque do controle público, viabilizado a partir de um contrato entre os interessados. Isto é, o trabalhador coletivo de saúde, o gestor governamental e os usuários articulam-se em arenas institucionais que se transformam em espaços públicos de gestão que permitem tratar, de um modo coletivo, os diferentes interesses em jogo: os colegiados de gestão das unidades e de coordenadores e os Conselhos Locais de saúde.

Na construção dos colegiados de gestão das unidades de saúde, os coordenadores das unidades foram os elementos catalisadores para estimular os trabalhadores a formular, a partir

das diretrizes básicas do governo, o projeto para cada unidade, orientando a ação cotidiana dos trabalhadores em cada uma delas.

Assim, tornou-se uma questão central a construção da motivação do trabalhador e a própria constituição do trabalhador como um indivíduo-sujeito. Ou seja, tornou-se problema real da gestão cotidiana das unidades a transformação das relações de trabalho, de forma que cada um desempenhasse o seu trabalho autonomamente, dentro de um projeto coletivo, controlando o seu processo de trabalho, seus produtos e resultados, transformando-se em agente e sujeito deste processo; porém, dentro de um contrato público, pautando-se pela defesa da vida do usuário, como o principal objetivo estratégico (MERHY, 1994, p. 130).

O que chama atenção na elaboração desse modelo é que a principal crítica era à excessiva centralização das decisões no nível da direção das instituições de saúde, impedindo a formação do trabalhador coletivo de saúde. Em contrapartida, a proposta do colegiado de gestão abriria possibilidades para uma participação conjunta dos trabalhadores na formulação e execução das ações. Porém, denota-se que a participação no colegiado ficou restrita aos dirigentes das unidades de saúde, e não ao conjunto dos trabalhadores e seus representantes, conforme destacado por Merhy (1994). Nesse sentido, observa-se que a principal função que os dirigentes tinham, no colegiado de gestão, era influenciar e motivar os trabalhadores a desenvolver suas ações cotidianas de acordo com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Para dar início à construção do colegiado de gestão, foi criado o “Fórum dos Coordenadores, o Colegiado de Coordenadores, para gerir a rede de serviços da própria Secretaria” (MERHY, 1994, p. 131). Através de oficinas de trabalho, o Colegiado realizou diagnósticos para identificar as dificuldades de operacionalização das diretrizes da Secretaria, tomando como ponto de reflexão o processo de trabalho na rede de saúde como um todo (MERHY, 1994). Para dar suporte ao Colegiado de Coordenadores, em 1993 foi criado o Grupo de Apoio à Gestão (GAG) que contava com três pessoas da equipe central do projeto e tinha o papel de “[...] contribuir na criação do processo de construção das autonomias gerenciais locais” (MERHY, 1994, p. 132). Realizado o diagnóstico das unidades de saúde, os coordenadores das unidades, com apoio do LAPA/Unicamp e do GAG, executaram um projeto de ação, a partir de um documento escrito em conjunto, para a construção do colegiado de gestão e do trabalhador coletivo de saúde.

Nesse documento, o referencial utilizado foi o modelo de saúde proposto pela Secretaria municipal, que tinha como principais pontos: acesso e acolhimento dos usuários na rede de saúde; criação do vínculo entre trabalhador de saúde e usuário; realização de ações

resolutivas com resultados geradores de efetividade e satisfação; e, contribuição das ações de saúde para gerar autonomia ao usuário do sistema e ao trabalhador da saúde na gestão autônoma dos serviços prestados (MERHY, 1994). A partir disso, a estratégia principal de ação, segundo Merhy (1994, p. 136), foi identificar os “ruídos” no cotidiano das unidades de saúde para que os trabalhadores pudessem modificar seus processos de trabalho:

O cotidiano é uma ótima matéria-prima para se trabalhar a realidade e criar o novo. [...] Devemos, então, começar o nosso processo problematizando o cotidiano, escutando os ruídos que os problemas colocados pelos diferentes atores em peleja apresentam, conforme os projetos em disputa e o nosso recorte da realidade. E além de montarmos possíveis redes explicativas para entendê-los, perguntar sobre o modo de – no cotidiano – sermos trabalhadores e faladores (portadores de linguagens sobre o mundo). O que fazemos? Como é o processo de trabalho? Por quê? Para quê? Quais produtos e resultados realizamos? Com que interesse? Como é a rede de produtores e consumidores em que estamos inseridos?

Ocupando uma posição central nessa articulação, os dirigentes de cada unidade de saúde deveriam estimular os trabalhadores a dar respostas aos problemas de saúde dos usuários em suas áreas de abrangência, criando soluções alternativas aos problemas que se apresentavam nos serviços como forma de se responsabilizar.

Criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras que nós nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. É ter relação e integrar-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo (MERHY, 1994, p. 138).

Para gerar as ações resolutivas foram propostas discussões setoriais nas unidades, delimitando-as por áreas de atenção à saúde, de maneira a identificar as unidades produtivas e como se daria o novo processo de trabalho em cada uma delas: “[...] temos que responder como se formam as teias de produtores e consumidores. Como dividir a unidade de saúde em setores de produção e de acordo com uma gestão compartilhada, que respondam pelo acesso com acolhimento, pelo vínculo e pela resolutividade” (MERHY, 1994, p. 140). Dessa maneira, cada indivíduo, ao se apropriar do seu trabalho, tornando-se “responsável pelo produto final e pelos resultados, torna-se agente e sujeito” (MERHY, 1994, p. 140).

Conforme Merhy (1994, p. 144), montado o projeto de ação e a preparação dos coordenadores das unidades junto ao GAG, iniciou um processo de elaboração de oficinas de formação em cada unidade de saúde, problematizando o acesso e o acolhimento dos usuários:

Dentro disto, retomamos uma discussão sobre a visão estratégica das atividades contidas no trabalho em saúde. A partir daquela ideia de que os próprios

trabalhadores são os portadores de saberes eficazes e os criadores das várias opções tecnológicas, e que os mesmos podem ser os intercessores para mediar a conquista da autonomia, ao exercerem a sua própria, coletiva e individualmente na gestão do trabalho em saúde. [...] Voltamos a problematizar, dentro destas conclusões, que se deveria tomar como *intercessores-coadjuvantes* as problemáticas do acesso, do acolhimento e do vínculo, em função da conquista de resultados claros para o conjunto das ações de saúde, *os termos-guias*, ou seja, a resolutividade e o aumento do grau de autonomia dos usuários.

As oficinas, em cada unidade, trabalharam com seis parâmetros compostos por: “[...] gestão autônoma e colegiada, acesso, acolhimento, vínculo, resolutividade das ações de saúde e aumento do coeficiente de autonomia dos sujeitos” (MERHY, 1994, p. 145). Esses parâmetros serviram para a construção dos “contratos públicos” entre os trabalhadores e os usuários, e como indicadores “[...] que no seu conjunto medissem a qualidade de intervenção no campo da saúde, com a montagem de indicadores de processo, produtos e resultados e de satisfação da clientela” (MERHY, 1994, p. 145). A montagem de indicadores foi essencial para a gestão dos processos de trabalho, instrumentalizando os dirigentes para mensurar a implementação do modelo. Conforme Merhy (1994, p. 146), foi criada uma planilha de avaliação da qualidade dos serviços que serviu como instrumento de gestão dos dados fornecidos pelos indicadores e foi transformada, posteriormente, em um “Sistema de Informação” centrado nas equipes das unidades, como o “[...] lugar de geração e gestão dos dados”.

A mensuração dos dados em um sistema de informações exige a definição dos parâmetros sob uma mesma classificação, funcionando como uma categoria para a coleta de dados. Isso exigiu, portanto, que o significado de autonomia e de satisfação, como parâmetros, fosse categorizado:

Avaliamos, por exemplo, que a autonomia não é igual para todas as pessoas; há graus diferentes e nem todos podem atingir o mesmo tipo de coeficiente de autonomia. Mas como é importante considerá-la como o nosso fim e o nosso meio, [...] é fundamental criarmos indicadores deste parâmetro para alguns casos bem definidos e que possam colocar, para dentro da equipe, um debate aprofundado sobre o sentido de seu trabalho em relação a esta questão. [...] Quanto ao significado que teria para o grupo a noção de autonomia de gestão de equipes, por unidade, o grupo propôs tratá-la – para a criação dos indicadores – tanto como atividade de administrar recursos, quanto a própria capacidade de se ser sujeito gestor (MERHY, 1994, p. 147).

Nesse ponto, evidencia-se que a definição de Merhy (1994) sobre autonomia ficou limitada e transformada em um indicador para a coleta de dados em um sistema de informações. A autonomia, nessa concepção, não é igual para todos e pode ser classificada por coeficientes de autonomia. Além disso, observa-se que a partir desse ponto do texto,

Merhy (1994) deixa de usar a expressão usuários de saúde, passando a tratá-los como clientes que consomem produtos resultantes dos processos de trabalho.

Por isso, advogamos a ideia de que a área é responsável pelo conjunto dos modelos de atenção à saúde para aquele grupo, desde o acolhimento até o aumento do coeficiente de autonomia dos usuários, e que isto deve estar expresso em compromissos que o grupo assume publicamente dentro da unidade de saúde e com o conjunto dos atores interessados em seu trabalho. Por isso, achamos vantajoso poder organizar o trabalho do grupo com autonomia, mas dentro de um compromisso público, respondendo por ele conforme os parâmetros definidos pelo modelo, explicitando a responsabilidade de cada profissional dentro do grupo pelo desempenho qualitativo do mesmo. Procurando-se adscrever uma clientela por profissional, na medida do possível, pode-se ajudar muito na constituição de uma prática de acolhimento, não só na porta da unidade, mas, também, nos consultórios, nas salas de enfermagem, entre outros, facilitando inclusive a criação do vínculo para o usuário que estiver apto e interessado (MERHY, 1994, p. 149).

Na sequência, a satisfação foi vista do ponto de vista do cliente, quando foi aplicado um instrumento de avaliação criado para o projeto e intitulado “satisfatômetro” (MERHY, 1994, p. 157). Esse instrumento deveria ser utilizado pelos membros dos Conselhos Locais de Saúde para discutir com os trabalhadores o atendimento oferecido em cada uma das unidades (Anexo A).

Assim, sugerimos que sejam usadas perguntas que explorem o modo como o usuário vem sentindo o acesso, o acolhimento, o vínculo (como responsabilidade, compromisso e confiabilidade) e sua autonomia em relação ao serviço. Deve-se aplicar, periodicamente, este instrumento para que seus resultados sejam analisados sempre que necessário nas reuniões entre usuários e trabalhadores. Lembramos que uma rede de petição e compromissos é uma rede de produtores e clientes e que expressa expectativas dos mesmos, podendo ser um bom material para medir a qualidade dos serviços propostos e, para tanto, vale aquela ideia de que o cliente, senão sempre, tem muita razão quando reclama (MERHY, 1994, p. 157).

O resultado obtido, a partir do “satisfatômetro”, indicaria o grau de qualidade do acolhimento nas unidades de saúde, verificando se as ações dos trabalhadores estavam gerando resultados em relação à expectativa dos clientes (MERHY, 1994). A partir desses parâmetros, foram criados três grupos de coordenadores que montaram indicadores que deveriam ser utilizados na coleta de dados das unidades, resultando no perfil de toda a rede de saúde da Secretaria Municipal de Ipatinga.

O relato de Merhy (1994) sobre essa experiência do LAPA/Unicamp na Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga termina com a elaboração do instrumento de avaliação de satisfação dos clientes (“satisfatômetro”) e com os indicadores para a coleta de dados nas unidades. No conjunto das referências utilizadas sobre esse autor neste trabalho, não foram encontradas avaliações sobre a implementação desses instrumentos, nem o reflexo que o Colegiado de Gestão teve. Denota-se, contudo, que nesse texto inicial, Merhy (1994) apenas

esboça alguns conceitos que serão abordados posteriormente em sua obra, mais precisamente no livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Porém, ainda que não estejam expressos seus referenciais teóricos nesse texto, observa-se que a proposição de forjar um sujeito coletivo inserido em uma perspectiva de cogestão colegiada não escapa à perspectiva de tratamento do usuário e do trabalhador de saúde como clientes, conforme descrito por Merhy (1994). Ainda que o autor faça uma crítica à lógica do modelo liberal-privatista, em sua proposição estão presentes elementos que remetem a essa lógica: a perspectiva clientelista e a elaboração de um instrumento de satisfação dos clientes (satisfatômetro) como se fosse uma pesquisa de mercado. Essa percepção conceitual-ideológica ficará mais evidente na análise dos outros textos do autor.

No livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, Merhy (2002, p. 15) destaca que seu objetivo é propor uma “[...] reestruturação produtiva para o setor saúde” e contribuir “[...] com a criação de um novo modo de produzir saúde, em particular, no dia-a-dia dos serviços”. Para isso, aborda a transformação das relações de produção do sistema capitalista a partir de Marx, no livro *O Capital*, ressaltando que a partir da produção da mais-valia relativa, a indústria moderna realizou uma revolução na manufatura e nos demais modos de produção da sociedade. Ressalta-se que a **primeira intertextualidade**, nesse texto, prima pela utilização da categoria **trabalho** em **Marx (2013)** para embasar sua análise sobre o processo produtivo capitalista e a captura do trabalho vivo pelo capital. Conforme Merhy (2002, p. 20), o propósito é evidenciar que o modo de produção capitalista é “[...] prisioneiro das inovações tecnológicas, para resolver o ciclo de acumulação do capital”, e que esse constante processo, denominado de “[...] transição tecnológica, imprime alterações significativas no parcelamento dos processos de trabalho, no perfil da qualificação dos trabalhadores, no mercado da força de trabalho, nos processos de troca, entre outros”.

Segundo Merhy (2002), as análises de Marx (2013) sobre a constante transição tecnológica articulada à reestruturação produtiva do capital passaram a ser constantes em seus textos, possibilitando a outros estudiosos de sua época uma maior explicitação dessas relações no interior dos processos sociais. Com o avanço do capital e o aprimoramento das tecnologias de ponta, Merhy (2002) aponta que o conjunto das análises sobre essa temática foi realizado em torno de processos que se deram no plano das indústrias, evidenciando as modificações dos processos de trabalho a partir dos procedimentos produtivos e do ciclo de acumulação do capital. No campo da saúde, principalmente no Brasil, aponta que foram poucos os estudiosos

que se dedicaram a esse tema. Dentre os trabalhos que considera importantes, Merhy (2002) destaca a Tese de Denise Pires (1996)<sup>12</sup> por ter realizado uma análise da reestruturação produtiva na saúde a partir da introdução de tecnologias de ponta.

Segundo Merhy (2002), ainda que a autora tenha evidenciado importantes mudanças na saúde a partir da introdução de tecnologias de ponta, suas análises trataram o processo de produção da saúde como se fosse idêntico aos processos de produção das indústrias, o que para ele é uma incoerência, porque ambos são distintos devido a suas próprias características. Para Merhy (2002, p. 27), o engessamento dessa concepção de Pires (1996) marca uma “cegueira paradigmática” para o campo da saúde, não permitindo evidenciar que “[...] a reestruturação produtiva não passa exclusivamente pela entrada de equipamentos tecnológicos nos serviços de saúde”, mas essencialmente “[...] pela própria modelagem da gestão do cuidado em saúde”, possibilitando operar, então, sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos. Merhy (2002, p. 29) compreende que a análise sobre a reestruturação produtiva em saúde deve implicar em uma substancial mudança na própria composição da força de trabalho, “[...] mapeada pelos novos territórios de tecnologias não-equipamentos”, apontando uma nova proposição para o campo.

Por não imaginar que a reestruturação produtiva é algo mais intenso e que está estrategicamente articulada a novos territórios tecnológicos não materiais, a autora não consegue evidenciar que as alterações mais significativas, em seu campo de investigação, não são as articuladas por remodelagem da própria medicina tecnológica e sua base profissional – o médico especialista e seus equipamentos tecnológicos – mas, pelo contrário, devem estar ocorrendo no terreno das tecnologias não-equipamentos, o território das tecnologias leves e leve-duras, e que se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las (MERHY, 2002, p. 29-30).

Nesse sentido, Merhy (2002, p. 36) destaca que seu foco principal de estudo é “[...] o campo dos processos produtivos em saúde, no momento do ato de cuidar, e sua organização no interior dos estabelecimentos, em sua dimensão organizacional”.

[...] o centro deste trabalho é pensar o agir no âmbito das organizações de saúde, particularmente nos processos produtivos dos atos de saúde, como lugar de transição tecnológica para um novo patamar produtivo. 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. Nessa disputa, põe-se em xeque um certo “saber-fazer” em organizações, cujas missões são definidas por serem lugares de construção de

---

<sup>12</sup> Tese intitulada *Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas* (PIRES, 1996).

uma determinada política social setorial (saúde), lugares de produção e lugares de trabalho em saúde, buscando-se certos modos de operar em situações organizacionais que põem em jogo o que já se produziu de tecnologias gestoras para governar serviços de saúde e processos produtivos (MERHY, 2002, p. 37-38).

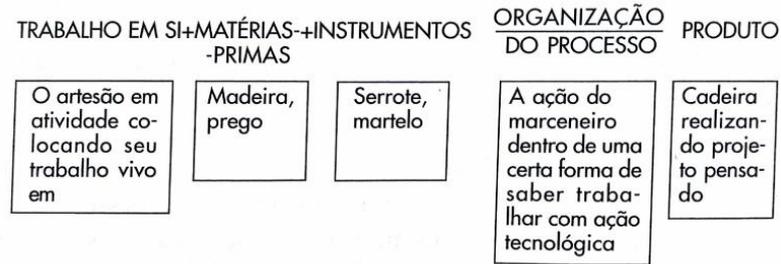
Conforme Merhy (2002, p. 38), a finalidade do seu estudo é aprofundar conceitos necessários para a compreensão do tema da reestruturação produtiva e da transição tecnológica em saúde “[...] reconhecendo a necessidade de uma construção teórica que dê conta da singularidade dos processos produtivos do setor, que a teoria mais geral utilizada para a análise desses processos, apesar de sua efetiva contribuição, não tem sido suficiente”. Além de “[...] construir uma caixa de ferramentas para os gestores de organizações de saúde que lhes permitam fazer frente, de modo anti-hegemônico, aos atuais modelos de atenção à saúde na sua disputa cotidiana em cada estabelecimento” (MERHY, 2002, p. 38). O tema da “caixa de ferramentas” será desenvolvido mais adiante. Merhy (2002, p. 40) entende que um dos esforços teóricos mais necessários na disputa da transição tecnológica em saúde é “[...] o que aponta na direção de uma revisão da teoria do trabalho em saúde, em particular dos temas das tecnologias em saúde que conformam o ato de cuidar e o da gestão dos processos produtivos, no nível dos estabelecimentos”.

Com a perspectiva de aprofundar sua compreensão sobre a teoria do trabalho na saúde, Merhy (2002) parte da análise sobre o agir humano no ato produtivo, utilizando os conceitos de trabalho morto e trabalho vivo, desenvolvidos por Marx (2013). Nessa análise, retoma as elaborações presentes em Merhy (2013) [1997]. Entretanto, cabe ressaltar que aborda esses conceitos de forma superficial, sem expor o desenvolvimento de Marx (2013) sobre o conceito de trabalho<sup>13</sup>. Quando Merhy (2013, p. 29) [1997] utiliza os conceitos de trabalho vivo e trabalho morto, sua preocupação é compreender a “mecânica do processo de trabalho humano”, do “trabalho em geral”, como referência para uma análise do “trabalho na saúde”. O autor inicia sua reflexão utilizando como exemplo o processo de produção de uma cadeira por um artesão-marceneiro, a partir do diagrama da Figura 1.

---

<sup>13</sup>A análise superficial dos conceitos é observada na própria afirmação do autor: “[...] estaremos nos apropriando de muitos conceitos formados pela corrente marxista, que tem elaborado mais ‘finamente’ uma compreensão sobre o sentido e a ‘mecânica’ do trabalho humano sem, entretanto, termos a pretensão de expor plenamente sua teoria e muito menos de esgotarmos o debate com essa corrente. Iremos, dentro de certo pragmatismo, tirar proveito de uma parte do conhecimento gerado por este pensamento neste campo de estudo” (MERHY, 2013, p. 29-30) [1997]. Após a apresentação das proposições de Merhy, retomo o desenvolvimento de Marx sobre a categoria trabalho.

**Figura 1 – Diagrama do processo de trabalho**



Fonte: Merhy (2013, p. 33)[1997].

Conforme Merhy (2013) [1997], nesse exemplo estão presentes todos os componentes necessários para sua análise: o trabalho do marceneiro, o conjunto dos elementos que são as matérias-primas, e o conjunto dos instrumentos ou ferramentas de trabalho para a construção da cadeira. Para que haja a produção da cadeira é fundamental que todos os componentes estejam articulados em um modo de organização por parte do marceneiro, possibilitando a realização de seu projeto através de seu saber tecnológico.

E este modo de organizá-los se constitui em certa sabedoria que o artesão possui, como qualificação, para juntar todos estes componentes e com seus atos “vivos”, permitir a realização de um produto: uma cadeira. Isto é, não basta ele só ter pensado antes o projeto sobre a cadeira, ele tem que ter um certo “saber tecnológico, um certo modo de saber fazer, para juntar os três componentes anteriores e transformá-los em um produto específico, aquela cadeira pensada [...]” (MERHY, 2013, p. 32) [1997].

O trabalho morto, nesse processo, se encontra em todos aqueles produtos meios que estão nele envolvidos, ou seja, como ferramentas ou matérias-primas (como martelo e madeira, por exemplo) que são resultado de um processo de trabalho humano anteriormente realizado (MERHY, 2013) [1997]. O trabalho morto é incorporado pelo trabalho vivo do marceneiro, que é o trabalho que permite a produção da cadeira. No processo de produção da cadeira podem ocorrer dois momentos distintos: quando ela é produzida para uso do próprio marceneiro, ou quando a produção visa a troca da cadeira por outro artefato produzido por outro trabalhador (MERHY, 2013) [1997].

Conforme Merhy (2013, p. 35) [1997], quando a cadeira é produzida, no primeiro momento para o próprio marceneiro, ela tem um valor de uso, dada sua utilidade privada para seu produtor, porque “[...] seu consumo pode satisfazer uma necessidade sentida pelo marceneiro”.

A cadeira tem neste caso um valor, à medida que vai sendo consumida pelo próprio trabalhador, e na sua produção o trabalhador poderá ir “desenhando” a cadeira do

jeito que lhe interessar e em busca de muitas funcionalidades que ela possa ter para ele. Usará o trabalho morto contido na sua técnica, nos seus instrumentos de trabalho, a partir da ação do trabalho vivo em ato, como componentes de uma “caixa de ferramentas” (que contém o conjunto de suas tecnologias como trabalhador da marcenaria) para elaborar cadeiras específicas, para si, que ele supõe serem úteis no seu espaço privado, mesmo que usada por outra pessoa dentro de sua casa (a do marceneiro). O trabalho vivo, nesta situação, sofre uma “captura” de sua autonomia por parte do que está dado, instituído, como, por exemplo, ter de produzir cadeira e não outra coisa qualquer, ou mesmo ter de satisfazer necessidades dadas de sentar, mas mesmo assim ele poderá exercer um poder instituinte grande sobre “que” cadeira estará “desejando” aquele seu produtor/consumidor (MERHY, 2013, p. 35-36) [1997].

No segundo caso, a cadeira é produzida como valor de troca, pois o marceneiro tem como finalidade trocá-la por outro produto qualquer, por exemplo, o dinheiro. Nesse caso, o que vai mediar a relação de troca é o mercado para acesso do produtor a outros produtos. Segundo Merhy (2013) [1997], a mediação do mercado regula as relações de troca entre os produtores, não permitindo que sejam exercidas a autonomia e o autogoverno, como no primeiro caso, porque o trabalho vivo é comandado em parte pelo trabalho morto (instrumentos e matérias-primas) e também pelo modo como se definem, no mercado, as necessidades a serem satisfeitas pelos consumidores.

Porém, para Merhy (2013, p. 41) [1997], o processo de trabalho em saúde não corresponde, em sua totalidade, as mesmas formas do processo do trabalho geral, conforme desenvolvido por Marx (2013):

No caso do marceneiro, a interseção não se dá entre ele e o consumidor de modo direto e imediato, mas mediado pelo mercado e pelos distintos produtos, expressos representativamente em seus valores de troca e de uso. Na saúde, ele se dá de modo imediato, tudo ao mesmo tempo. E, neste sentido, é importante nos debruçarmos um pouco mais delicadamente sobre este típico processo de trabalho, o de saúde, e refletirmos um pouco mais sobre o conjunto destas questões e o modo como ele é operado, tanto do ponto de vista da produção material de produtos, bens simbólicos – como o é a saúde, além de tentar entender que, enfim, falar em satisfazer necessidades e realizar finalidades coloca-nos, inevitavelmente, diante de uma discussão no campo da subjetividade humana.

Para desenvolver o tema da dinâmica do trabalho vivo no interior das organizações produtivas, Merhy (2013) [1997] usa como exemplo a comparação entre uma fábrica de automóveis e um centro de saúde. Para Merhy (2013, p. 45) [1997], desde a experiência taylorista “[...] as organizações capitalistas sempre tiveram que conviver com a existência de um certo autogoverno do trabalhador no processo de trabalho e aprenderam a domesticá-lo e mesmo otimizá-lo, para caminhar para processos de organização do trabalho, [...] como o que ocorreu com as automobilísticas”.

Com isso queremos dizer que as “revoluções no mundo tecnológico da produção” não se fazem só com a entrada em cena de novas máquinas, mas também de novos modos de gerir as organizações, a fim de garantir a “captura” do trabalho vivo em ato na produção, permitindo que os autogovernos tenham que ser “coerentes” com a natureza do processo produtivo capitalista. Além de estarmos sugerindo que quanto mais intensiva a exploração direta do trabalho vivo na linha de produção, há a necessidade de se ampliar a capacidade de “captura” deste por estratégias organizacionais localizadas nos processos de gestão do equipamento institucional, devido à ação do trabalho vivo no duplo espaço da gestão: de um lado a dobra da gestão no espaço do processo de trabalho, de outro lado a dobra no espaço da gestão organizacional do estabelecimento produtivo (MERHY, 2013, p. 46) [1997].

Merhy (2013, p. 47) [1997] afirma que organizações desse tipo agem “[...] na busca permanente de um processo bem estruturado na sua linha de produção final, e que para ser atingida desenvolve uma frente de trabalho cujo objetivo final é controlar e viabilizar a ‘captura’ do trabalho vivo naquele processo, estruturando-o”. Nesse sentido, critica as correntes da Teoria Geral de Administração (TGA), apontando que desde a Escola Científica, desenvolvida por Taylor, há uma tentativa permanente de captura do trabalho vivo:

Taylor soube perceber esta situação e, a partir de então, acabou por propor a conformação de uma certa tecnologia para operar estes contextos organizacionais produtivos, mostrando como é possível atuar tecnologicamente no espaço de gestão do processo de trabalho, no interior dos estabelecimentos produtivos, e que acabam constituindo-se em poderosos meios de produção, que mais tarde se constituem em um dos lugares privilegiados da discussão do trabalho vivo nas organizações, as muitas perspectivas que apontam para a mudança dos processos de trabalho (MERHY, 2013, p 45) [1997].

Em nota de rodapé, Merhy (2013, p. 50) [1997] cita como exemplo a hegemonia sobre o tema da gestão em torno da Qualidade Total, afirmando que “[...] no imaginário da sociedade é considerada como a gestão estratégica das instituições”. Nos textos de Merhy (1997; 2002; 2013) não são encontradas análises sobre a TGA, apenas esse tipo de menção, sem evidenciar sua compreensão em torno desse tema. Porém, mesmo sem se debruçar sobre isso, compreende que as diferentes abordagens que compõem a TGA “[...] foram e são produzidas com a finalidade de construir modos de ações, os quais visam uma gestão organizacional ‘capturadora’ do trabalho vivo produtor de produtos finais e a sua direcionalidade, a fim de provocar mudanças” (MERHY, 2013, p. 49) [1997].

Após, argumenta que na saúde os processos produtivos são diferentes “[...] por causa de sua natureza muito menos estruturada e do fato de que, no interior destas práticas, está-se permanentemente diante da constituição de um espaço intercessor trabalhador-usuário que dá factibilidade ao trabalho vivo em ato [...]” (MERHY, 2013, p. 46) [1997]. Ao travar uma discussão sobre a subjetividade, Merhy (2013, p. 49) [1997] afirma que “[...] qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho, encontra, como desafio, mexer com cabeças

e interesses, e suas formas de representação que atuam como forças molecularmente no interior dos processos micropolíticos”.

Assim, em um centro de saúde, diferentemente da fábrica que analisamos, não é possível obter-se estratégias plenamente competentes que consigam “capturar” plenamente o trabalho vivo, realizador imediato de bens finais, e que ocorre tanto ao nível da prática médica, quanto ao de qualquer outra prática de saúde. A “captura” global do autogoverno nas práticas de saúde não é só muito difícil e restrita, mas impossível pela própria natureza tecnológica deste trabalho. [...] Nos serviços de saúde, o trabalho vivo em ato, produtor de bens finais, intervém permanentemente na dupla dimensão (dobra) da gestão: é ação sobre o processo de definição micropolítico da política e é ação operadora da produção de bens (MERHY, 2013, p. 50-51) [1997].

O autor classifica as tecnologias<sup>14</sup> envolvidas no trabalho em saúde como leves, leve-duras e duras. As **leves** são os saberes caracterizados pela sua centralidade nas relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, e gestão como forma de governar processos de trabalho. As **leve-duras** são saberes que operam no processo de trabalho em saúde como, por exemplo, a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia. As **duras** são compostas pelas tecnologias do tipo máquinas, estruturas organizacionais e normas. Com essa divisão, a tecnologia em saúde “[...] permite expor a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo morto, e vice-versa, no interior dos distintos modelos technoassistenciais em saúde, e até mesmo a configuração tecnológica de um certo processo produtivo em saúde, um modo de produzir o cuidado” (MERHY, 2002, p. 50). Nesse sentido, para compreender os modelos assistenciais e tecnológicos em saúde, Merhy (2002, p. 50-51) toma como eixo analítico o processo de efetivação da tecnologia leve e como se dá sua articulação com as outras:

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde se expressa como processo de produção de relações interseçoras em uma de suas dimensões-chave, que é o encontro com o usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde como sua intencionalidade, e, portanto, o que pode, com seu interesse particular, “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena, do trabalho em saúde. É neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos interseçores, as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras.

---

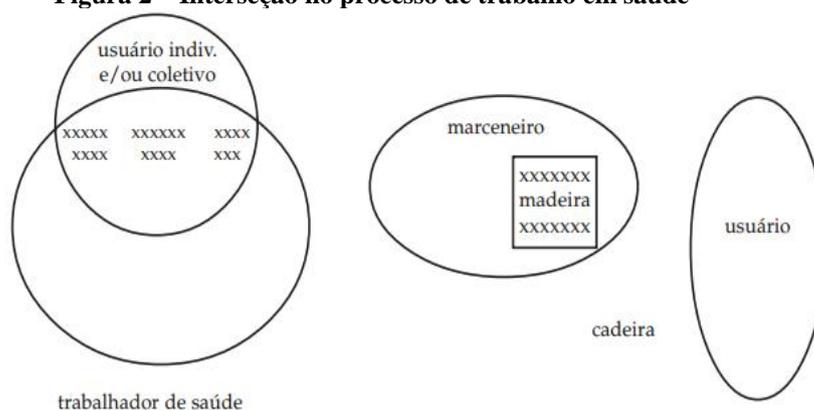
<sup>14</sup> Merhy (2002) menciona brevemente que o tema da tecnologia em saúde é inspirado nos trabalhos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, porém não evidencia quais trabalhos desse autor serviram de inspiração para suas proposições. Como o objetivo deste trabalho é identificar os conceitos utilizados por Merhy em suas proposições, não apresentarei o conceito desenvolvido por Mendes Gonçalves. Mesmo assim, cabe registrar que uma das principais contribuições de Mendes Gonçalves sobre o tema da tecnologia e dos processos de trabalho em saúde estão registradas no livro *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo* (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Merhy (2002, p. 51) entende que a tecnologia leve serve como “[...] mecanismo analisador estratégico dos modelos de atenção em saúde” com potencialidade para expor “[...] as falhas do mundo do trabalho em saúde, como o ‘jogo’ dos sentidos e sem sentidos das práticas de saúde”.

O sentido desse interrogar deve ser o de repensar as lógicas das intencionalidades, que permita caminhar para a “publicização” do espaço da gestão do processo de trabalho em saúde no qual elas se efetivam, pondo em jogo a possibilidade de incorporação de um outro campo de tecnologias, que é o que se articula com os processos de “governar” estabelecimentos (como organizações), e nos quais se faz presente o encontro do trabalho vivo em ato com os distintos agentes, com seus projetos e com seus métodos, referentes ao diferentes espaços da gestão (MERHY, 2002, p. 52).

Para isso, Merhy (2002, p. 57) analisa a relação de produção e consumo no que denomina como “processos intercessores”. Aqui reside a **segunda intertextualidade** em Merhy (2002), utilizando o conceito de **intercessão** de **Gilles Deleuze (1992)**. Segundo Merhy (2013, p. 38) [1997], em suas proposições, o conceito “[...] está sendo utilizado em sentido semelhante ao de Deleuze (1992), quando este discorre sobre a intercessão que ele e Guattari constituíram quando produziram o livro ‘Antiédipo’ - não como uma somatória de um com o outro e produto de quatro mãos -, mas como um ‘inter’”. O conceito serve, então, para designar “[...] o que se produz nas relações entre ‘sujeitos’, no espaço de suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo [...]” (MERHY, 2013, p. 38) [1997]. “O espaço intercessor é assim um lugar que revela esta disputa das distintas forças instituintes, como necessidades, e o modo como socialmente um dado processo instituído a captura ou é invadido pelas mesmas” (MERHY, 1997, p.132). A imagem dessa relação é semelhante à construção de um espaço comum de interseção entre dois conjuntos, não ocorrendo apenas na saúde, mas em qualquer produção de trabalho em ato (MERHY, 1997). A fim de ilustrar essa interseção, Merhy (1997) retoma seu exemplo da produção da cadeira pelo marceneiro, conforme a Figura 2.

**Figura 2 – Interseção no processo de trabalho em saúde**



Fonte: Merhy (1997, p. 133).

Por meio dessa figura, o autor expressa que no processo de trabalho, como o de um marceneiro que produz uma cadeira, o usuário é externo ao processo, pois o momento de interseção se dá com a madeira que é o objeto mediador da relação completamente contida no espaço do trabalhador, se expressando como uma “interseção objetal”. Assim, a produção e o consumo do objeto ocorrem em momentos distintos da relação entre produtor e consumidor. No processo de trabalho em saúde, no entanto, produção e consumo ocorrem ao mesmo tempo, no próprio ato da assistência à saúde dos sujeitos, entre o trabalhador e o usuário, como uma “intercessão partilhada” (MERHY, 1997, p. 132). A ideia de “intercessão partilhada” lembra muito a conhecida noção de “encontro de serviços” que será retomada mais adiante. Segundo Merhy (1997, p. 132), na “intercessão partilhada” os agentes produtores e consumidores são, ao mesmo tempo, “[...] portadores de necessidades macro e micropoliticamente constituídas”, bem como são instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído, no qual estão vinculados o trabalho vivo e o trabalho morto. Para Merhy (2002, p. 59), essa intercessão é atravessada por distintas lógicas que se apresentam como necessidades para o processo em ato, disputando como forças instituintes suas instituições:

[...] no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho; e que no seu interior há uma busca de realização de um produto/finalidade. Como, por exemplo, a saúde que é um valor de uso para o usuário, que a representa como algo útil por lhe permitir estar no mundo e poder vivê-lo, de modo autodeterminado, e dentro do seu universo de representações, do que isso possa significar, e que é assimilado como

um processo distinto pelos agentes envolvidos, mas que, no entanto, poderá até mesmo coincidir.

Conforme Merhy (2002, p. 61), o processo de trabalho, na micropolítica, “[...] deve ser entendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes”, desde aquelas que se apresentam nos modos de produção, “[...] fixadas como trabalho morto e mesmo operando como trabalho vivo em ato”, até aquelas que “[...] se apresentam nos processos imaginários e desejantes que são constituídos pelos sujeitos em ação”. Assim, “[...] na micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre atravessado por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar”. Destaca-se a **terceira intertextualidade** no texto de Merhy (2002) ao introduzir o tema da **micropolítica**, desenvolvido em **Guattari (1993)** e em **Guattari e Rolnik (1996)**. Todavia, nos textos de Merhy, não é apresentado o significado conceitual de micropolítica, sendo apenas mencionado quais foram seus referenciais teóricos.

Para Merhy (2002, p. 61), a “[...] criatividade do trabalhador em ação, numa dimensão pública e coletiva”, deve ser explorada para inventar novos processos de trabalho, possibilitando “[...] momentos em que se abrem fissuras nos processos instituídos” e colocando em xeque “[...] a lógica estruturada da produção, bem como seu sentido”.

Portanto, atuar nestes processos “trabalho vivo dependentes”, permite-nos sair em busca da construção de distintas linhas de fuga, como, por exemplo, em relação à lógica que preside o processo de trabalho como produção e satisfação de necessidades; ao modo como se sabe trabalhar, isto é, à sua configuração tecnológica; à maneira como o espaço institucional, da gestão deste processo, está ordenado. Repensar a potência e a impotência como uma característica situacional que pode ser atravessada por distintos processos instituintes – e mesmo agenciada – torna-se, assim, uma ousadia (MERHY, 2002, p. 62).

A construção das “linhas de fuga” passa pela identificação de “situações ruído” presentes no cotidiano das instituições de saúde (MERHY, 1997, p.134). Os ruídos, segundo Merhy (1997, p. 135), possibilitam idealizar possíveis intervenções que alterem a direcionalidade das ações de saúde no próprio ato do processo de trabalho:

A possibilidade de escutar os ruídos do cotidiano institucional é parte de ferramentas analisadoras dos processos institucionais e pode permitir a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde. Permite interrogar sobre a captura do trabalho vivo e sobre a constituição do processo intercessor. É neste sentido que gostaríamos de explorar tal caminho pelo lado da constituição do espaço intercessor como lugar de vozes e escutas, isto é, como o lugar que revela, no interior do processo de trabalho em saúde, o encontro de dois instituintes que querem falar e serem escutados em suas necessidades–demandas.

Em nota de rodapé, Merhy (2002, p. 60) informa que a proposição de “situações ruído” está melhor desenvolvida em Merhy (1997; 2013), indicando ao leitor a pesquisa desses textos para uma maior compreensão desse conceito. Nesses dois textos, evidencia-se a **quarta intertextualidade**, pois neles o autor indica que a referência utilizada para o conceito de **ruídos** foi do livro de **Fernando Flores (1989)**, intitulado *Inventando la empresa del siglo XXI*.

Flores (1989) parte do pressuposto de que os seres humanos são fundamentalmente seres linguísticos. Para ele, toda ação humana ocorre na linguagem em um mundo constituído através da linguagem. Entendendo a Administração como um fenômeno linguístico, seu propósito é reorganizar a TGA a partir da filosofia da linguagem com o objetivo de desenvolver uma nova capacidade de gestão de empresas que possibilite enfrentar os problemas práticos em seu cotidiano (FLORES, 1989). Segundo esse autor, as teorias administrativas com seu enfoque sistêmico-funcionalista não consideram o processo linguístico como potência para a ação dos sujeitos e, no momento em que as organizações também deixam de considerar esse processo, silenciam fenômenos linguísticos que ocorrem diariamente, pondo em jogo o estabelecimento de compromissos para a ação de seus agentes. Por isso, afirma que sempre existem ruídos nas organizações e eles indicam novas possibilidades para pensar os processos produtivos. A administração, para ele, deveria estar interessada em articular e ativar a rede de compromissos entre os sujeitos que a compõem para, através de novos discursos, realizar novas possibilidades nos processos de gestão.

Essa concepção de Flores (1989) introduz, segundo Merhy (1997), a ideia de que a quebra do silêncio no cotidiano das instituições abre possibilidades de interrogações sobre o modo como são operados os processos de trabalho. Para Merhy (2013, p. 56-57), a principal contribuição de Flores (1989) para sua análise é que os “[...] ‘ruídos’ e ‘quebras’ expõem um dos momentos do trabalho vivo em ato nas organizações, que é expresso pela identificação do ato das conversas que criam compromissos para a ação entre as áreas de produção nos diferentes níveis organizacionais”, ao mesmo tempo em que possibilita identificar a “[...] ação gestora cotidiana que todos detêm como ‘o’ lugar vital para se pensar o processo organizacional”.

É importante destacar que essa ação gestora que todos detêm se concretiza, conforme Merhy (2013) [1997], nas ações individuais, no plano subjetivo do trabalhador e do usuário em relações estabelecidas nas instituições de saúde. Isso fica ainda mais evidente, quando

Merhy (1997, p.135) afirma que o modo de captura do trabalho vivo não depende apenas da forma como é realizada a produção do trabalho, mas também “[...] do universo ideológico do próprio trabalhador”. Por exemplo, quando há um encontro entre um trabalhador e um usuário, em qualquer serviço de saúde, há um encontro de necessidades a serem satisfeitas. Nele, o usuário exprime sua demanda por consumir atos de saúde para reestabelecer da melhor maneira sua própria saúde. Nesse encontro, ocorre a possibilidade de criar linhas de fuga através dos ruídos produzidos pelo encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. Essa possibilidade pode se concretizar em ações, por parte do trabalhador, para modificar o processo de captura do trabalho em saúde ao se responsabilizar por transformar os ruídos gerados no processo de escuta em ações concretas no cotidiano.

Assim, se for uma captura comprometida com um modelo médico hegemônico vinculado à medicina tecnológica que coloca a produção de procedimentos como o principal produto a realizar – a “finalidade” do trabalho em saúde – pelo lado do trabalhador de saúde a linha de força representada pelos usuários será anulada por um processo de não escuta de sua atenção e pela imposição, no espaço intercessor, da voz única deste modelo na qual o usuário será só um “objeto” a viabilizar a ação de produção de procedimentos (MERHY, 1997, p. 135).

Percebe-se, então, que o trabalhador de saúde equivale a um gestor na escuta dos ruídos da intercessão com o usuário. Através da tecnologia leve, entendida como o conjunto de saberes do trabalhador, Merhy (1997, p. 136) acredita que é possível modificar as relações que se concretizam no processo de trabalho em saúde:

Deste modo a busca é a de colocar sob interrogação o encontro trabalhador-usuário como um poderoso processo revelador das distintas lógicas que operam no interior dos modos como se trabalha em saúde, o que permite perceber distintas linhas de fuga que podem abrir este espaço a novos significados ético-políticos e operativos. Com estas interrogações pode-se procurar colocar em xeque a natureza pública e privada deste encontro, os processos de captura a que o trabalho vivo está subordinado e os tipos de interesses que predominam neste espaço, os ocultamentos e “abafamentos”.

Para que isso se concretize, Merhy (2002) desenvolve o que denomina como “caixa de ferramentas”, como forma de operacionalizar as ações dos gestores nos serviços de saúde. Essa é uma **quinta intertextualidade**, dessa vez com **Deleuze (1979, p. 71)**, para quem, em uma conversa com Michel Foucault,

[...] uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante. [...] É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa, então, de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se faz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas.

Essa metáfora é também utilizada por Foucault (2006, p. 52), quando se refere a seus livros como “pequenas caixas de ferramentas”. Porém, dada sua origem em Deleuze (1979) e

a relação de Merhy (2002) com outros textos desse autor, interpreto que esse é o intertexto presente. A construção da caixa de ferramentas passa pela compreensão, conforme Merhy (2002, p. 117), de que “[...] no campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a promoção ou a proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar”.

Todos, trabalhadores, usuários e gestores dos serviços, também sabem que para atingir essas finalidades, o conjunto dos atos produzem um certo formato do cuidar, de distintos modos: como atos de ações individuais e coletivas, como abordagens clínicas e sanitárias da problemática em saúde, conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores, e conformam os modelos de atenção à saúde. Sabemos, por experiências com profissionais e consumidores, que quanto maior a composição das caixas de ferramentas (que, aqui, é entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde), utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho (MERHY, 2002, p. 118).

Segundo Merhy (2002, p. 119), “[...] poder explorar esta tensão própria da produção de atos de saúde, a de serem atos cuidadores, mas não obrigatoriamente curadores e promotores da saúde, é um problema da gestão dos processos produtivos da saúde”. Nesse sentido, Merhy (2002, p. 122) afirma que o conjunto dos trabalhos em saúde produz um produto – os atos de saúde - que considera capaz de intervir no mundo dos problemas de saúde, provocando sua alteração pela produção de um resultado, que é a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final. Porém, para o autor, o nó crítico na produção do cuidado tem sido a centralização das ações de saúde em torno de núcleos de saberes específicos, caracterizados por uma lógica centrada em procedimentos e dentro da ótica hegemônica do modelo liberal-privatista (MERHY, 2002). Esse núcleo de saberes tem se consolidado como um modelo médico-centrado, inviabilizando outras formas de produção do cuidado por estar submetido à lógica da produção de tecnologias duras e leve-duras, inviabilizando a intercessão entre o trabalhador e o usuário como potência para modificações no processo de trabalho (MERHY, 2002).

Nesse sentido, Merhy (2002) propõe um modelo assistencial multiprofissional, centrado no usuário e em processos de trabalho submetidos às tecnologias leves. A composição da “caixa de ferramentas”, entendida como o conjunto dos saberes (tecnologias leves) para a produção do cuidado em saúde, tem como objetivo realizar essa alteração: “[...] deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o

específico, pelo núcleo mais em ato, o cuidador, publicizando este processo no interior de uma equipe de trabalhadores” (MERHY, 2002, p. 129).

A proposta é modificar o modelo médico-centrado, a partir do potencial que o conjunto dos trabalhadores de saúde tem para intervir no processo de produção do cuidado, a partir da relação entre seus núcleos de competência específicos, sejam eles médicos ou não.

Superar esta conformação exige operar com alguns dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação (MERHY, 2002, p. 129).

Para isso, propõe dispositivos que visam mudar a forma como é operacionalizado o trabalho do médico, sendo esse o primeiro passo para uma abertura a outros saberes específicos.

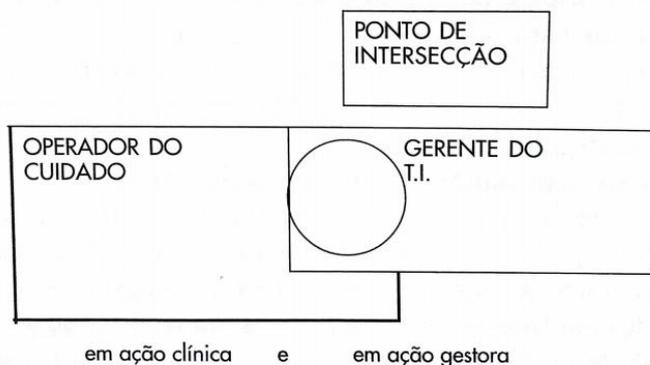
No caso do médico, queremos produzir um “operador” de tecnologias de saúde (duras, como os equipamentos, leve-duras, como a clínica e a epidemiologia, e as leves como os processos intercessores relacionais), que tenham competência de gerar e gerir um “projeto terapêutico” que sirva de substrato para a produção do cuidado médico, em particular (MERHY, 2002, p. 137).

Ao mesmo tempo é “[...] na construção deste projeto terapêutico que se faz o exercício de síntese das competências, em particular da articulação entre a competência genérica de qualquer profissional de saúde como um cuidador e seu agir específico como um profissional médico, por exemplo, com sua competência específica [...]” (MERHY, 2002, p. 137). Através da construção do projeto terapêutico, Merhy (2002, p. 137) defende a possibilidade de redefinição dos espaços de relações entre os vários atores envolvidos na produção do cuidado, retirando as ações de saúde centralizadas nos médicos para uma atuação multiprofissional. Para Merhy (2002, p. 130), os profissionais de saúde devem ser vistos como operadores do cuidado que têm um papel de mediação dos processos de trabalho:

Devemos ficar atentos, então, neste tipo de processo a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitam agir em saúde, diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático e administrativo na organização.

O trabalhador, na perspectiva de Merhy (2002, p. 130), vivencia um duplo papel em sua atuação profissional: “[...] como um clínico por travar relações interseçoras com o usuário” através dos processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos; e “[...] como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico”, conforme ilustrado na Figura 3.

**Figura 3 – Diagrama do Projeto Terapêutico Individual**



Fonte: Merhy (2013, p. 88) [1997].

Merhy (2013, p. 89) [1997] afirma, então, que para modificar a atuação profissional é necessário intervir nos processos organizacionais das instituições:

[...] só a criação institucional da responsabilização dos profissionais e das equipes por estes atos cuidadores é que poderá redesenhar o modo de trabalhar em serviços de saúde, como um todo, através, por exemplo, de dispositivos como a “amarração” referencial entre equipes e usuários, por processos terapêuticos individuais. Só que para isso, devemos operar no conjunto dos processos institucionais, por isso acreditamos ser necessário pensar e articular intervenções complementares: no modo de se produzir e fazer a política nos estabelecimentos de saúde; na maneira de se organizar as relações de produção de compromissos e sua prestação de contas, entre os agentes institucionais; e, nos processos de produção dos atos de saúde.

Nesse sentido, o desafio para Merhy (2002, p. 132-133) é que o processo de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, efetive “[...] a combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados usuário-centrados”.

Gerencialmente é possível matriciar toda organização de saúde, procurando construir a figura do gestor do cuidado, que poderá ou não ser um médico, mas que sempre será um cuidador. Mesmo quem atua como trabalhador de uma unidade de produção, pelo domínio que tem de uma certa competência específica, pode ser um cuidador de certos usuários, passando a responder pela produção do PTI (projeto terapêutico individual), usuário centrado, perante o estabelecimento, operando o encontro de várias unidades de produção na construção de uma linha de produção do cuidado, sem com isso deixar de, quando ligado a uma unidade de produção bem definida, responder pelo produto que esta unidade tem com sua identidade, ao gestor do cuidado. Este é aquele que o serviço toma como seu referencial para a produção dos resultados principais do estabelecimento (MERHY, 2002, p.133).

Para efetivar as ações dos gestores, Merhy (2013, p. 90) [1997] propõe a criação de dispositivos para intervenções no interior dos estabelecimentos. No Quadro 4 proposto pelo autor, estão descritas “[...] algumas das relações entre os campos da política, da organização e dos processos de produção em saúde, que traduzem aquelas três dimensões no interior dos estabelecimentos de saúde” (MERHY, 2013, p. 90) [1997]. Essas três dimensões foram cruzadas com dispositivos de intervenções que atuam no agir em saúde através dos focos de organizar e fazer “[...] que podem como resultante final alterar a lógica do cuidado em saúde e, conseqüentemente, do modelo de atenção a partir do próprio interior dos estabelecimentos” (MERHY, 2013, p. 90) [1997].

**Quadro 4 – Dispositivos de mudanças que podem atuar sobre os campos e os focos em estabelecimentos de saúde**

	<b>O foco do governar</b>	<b>O foco do fazer</b>	<b>Produtos do agir, síntese do governar e do fazer</b>
<b>O campo da política</b>	Conselho local de Saúde	O modo de eleger os representantes. A proporcionalidade de grupos representados. O modo de se decidir e aprovar.	A decisão de implementar um certo modelo tecnossistencial
<b>O campo da organização</b>	Colegiado de Direção. Formação de Grupos. Assessores específicos.	O modo de escolher os profissionais. A descentralização decisória.	Um plano de ação. Uma certa política implementada. Um contrato de relações.
<b>O campo dos processos de produção em saúde</b>	Equipes de saúde vinculadas a grupos de usuários e com autonomia para construir projetos terapêuticos. Contratos de trabalho entre gerentes de estabelecimentos e equipes.	Rede de Petição e Compromisso. Fluxograma analisador. Grupos de referência como gestores do cuidado.	Avaliação mensal da produção dos atos de saúde por equipe. Projeto terapêutico Individual. Atos de saúde.

Fonte: adaptado de Merhy (2013, p. 91) [1997].

Cada campo descrito no Quadro 4 se realiza, conforme Merhy (2013, p. 91-92) [1997], na “[...] produção de certos produtos e representa espaços de ação e produção de sujeitos”. Essas três dimensões “[...] irão impactar o modo de operar o cuidado em saúde, resultado último pretendido” (MERHY, 2013, p. 92) [1997].

No campo da política, há uma aposta em um determinado modelo de atenção:

[...] representa o lugar institucional onde ocorrem as disputas em torno das formulações e decisões sobre os fazeres dos serviços, e que será mais ou menos amplo conforme a natureza mais democrática e cooperante dos projetos de saúde e

das máquinas organizacionais que o implementam, ou mesmo dos sujeitos em cena. A rigor, todo o território do sistema de saúde é campo da política, isto é, se disputam projetos em qualquer nível das organizações e das relações institucionais (MERHY, 2013, p. 92).

Em relação à organização, trata-a no plano de ação e implementação de uma gestão partilhada:

[...] representa o modo como se relacionam os vários agentes institucionais envolvidos, enquanto sujeitos da organização, produzindo contraturalidades entre si, e os vários níveis e instâncias de uma máquina institucional, conforme certa lógicas de possibilidades e exercícios do poder (político, administrativo e técnico). A rigor, todos os níveis de uma organização operam com formulações, decisões e produção de compromissos, e o maior ou menor envolvimento dos vários agentes está marcado pelas lógicas de partilhamento dos contratos produzidos e das possibilidades de neles atuarem os conjuntos interessados (MERHY, 2013, p. 92) [1997].

Em relação aos processos de produção em saúde, defende uma nova forma de produção de atos de saúde como garantia para outro tipo de vínculo entre os usuários e os trabalhadores, conformando um modo de constituir o agir em equipe:

[...] o lugar da produção de bens enquanto atos de saúde, é um espaço privilegiado de percepção e identificação dos outros dois campos, de seus modos de agir, e de análise das ações protagonistas dos trabalhadores na construção do cotidiano dos modelos. Constitui-se em um verdadeiro divã para análise dos protagonismos que operam no interior das equipes de saúde no agir diário, construtor do modo de atenção à saúde vivida pelo usuário (MERHY, 2013, p. 92-93) [1997].

O foco em governar, por sua vez, “[...] expressa o modo como cada ator real governa os processos a ele referente, agindo como instituintes do campo, e que se apresenta como uma dobra com o fazer, construindo o agir” (MERHY, 2013, p. 93) [1997]. O foco em fazer “[...] expressa o modo como em cada campo se produz o que se almeja, como por exemplo, uma normativa, uma diretriz no campo da política; um plano de ação [...] no campo da organização; e uma intervenção assistencial no campo da produção de bens de saúde” (MERHY, 2013, p. 93) [1997].

O conjunto desses dispositivos, nas proposições de Merhy (2013, p. 93) [1997], representa a operacionalização da gestão nos modos de atuação dos trabalhadores como produção do cuidado em saúde, “[...] almejando resultados naquilo que já tomamos como pressupostos de uma proposta usuário centrada, impactando os modos de acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar”. Esses dispositivos são as ferramentas de Gestão em Saúde proposta:

O desdobramento dessa busca de ferramentas que possam expressar este modo de agir do trabalho vivo em ato, põe-nos diante da possibilidade de operar, de um lado com “instrumentos analisadores” que podem viabilizar a compreensão dos processos

gerenciais e de trabalho, nas suas concomitâncias com os modos de “captura” do trabalho vivo em ato, que se expressam em definidos modelos de atenção e, de outro, ao mesmo tempo, como uma dobra daqueles instrumentos, com “dispositivos analisadores” que permitem, como ferramentas/tecnologias de gestão, uma intervenção nos espaços gerenciais por viabilizarem um agir nos processos, seja de formulação de projetos, como campo de construção das intencionalidades dos sujeitos, seja da decisão sobre a direcionalidade de políticas, ou nos processos de operacionalização e institucionalização das mesmas políticas (MERHY, 2013, p. 67) [1997].

O interessante é que, embora Merhy (2013, p. 49) [1997] critique a TGA, por entender que ela objetiva uma gestão organizacional “capturadora” do trabalho vivo, sua proposição sobre gestão é fundamentada em autores que tratam do tema sob essa mesma lógica. Aqui reside a **sexta intertextualidade** nos textos de Merhy (2002; 2013), ao utilizar o conceito de **gestão e participação** segundo a proposição de **Paulo Roberto Motta (1998)**. Ressalta-se que, em nota de rodapé, Merhy (2013, p.50) [1997] também destaca a importância de Peter Druker - considerado autor de referência e guru do gerencialismo - para a discussão de novos processos produtivos que buscam explorar o “autogoverno” dos trabalhadores como fator de qualificação na linha de produção das empresas. Embora Merhy (2013) [1997] cite esse autor destacando a importância dele para suas reflexões sobre gestão, não apresentou nenhum conceito ou abordagem que se expresse em suas proposições sobre gestão em saúde. Ainda assim, na sequência da análise, retomarei brevemente a influência que Peter Druker tem para o tema da gestão. Como dito, o destaque à concepção de gestão nas referências de Merhy (2013) [1997] é dado a Paulo Roberto Motta, autor brasileiro que tem dedicado seu trabalho à consultoria em gestão nas empresas e em instituições públicas. Nas palavras de Merhy (2013, p. 44-45) [1997], a respeito da gestão e da micropolítica do processo de trabalho:

Há um autor brasileiro, Paulo Roberto Motta, que de certa forma capta esta situação sob um aspecto muito interessante, ao dizer que o enfrentamento de questões destas ordens, atualmente é muito vinculado a um recurso vital: a capacidade de gestão. Este autor, em seu trabalho, mostra como hoje estamos vivendo uma situação histórico-social, que tem definido para as organizações produtivas um desafio que só pode ser enfrentado através de modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, e que permitem às organizações uma plasticidade que as transformam quase em uma “organização inteligente”, que consiga assimilar o que ocorre no seu interior e na sua volta, e elaborar soluções adequadas para cada problema novo que lhe aparece. A gestão seria o campo tecnológico para dar às organizações esta plasticidade.

Diante do exposto até aqui, passo para minhas análises sobre as proposições de Merhy, retomando o significado dos conceitos originais que o autor utilizou como referência teórica. Voltando à proposição de Merhy (2002; 2013), seu ponto de partida é analisar o processo de trabalho no interior do processo produtivo dos atos de saúde como transição tecnológica, momento em que utiliza como referência os conceitos de trabalho vivo e trabalho morto em

Marx (2013). Porém, ao não apresentar o desenvolvimento teórico desses conceitos em Marx (2013), Merhy (2002; 2013) faz uma análise superficial, alterando o significado original e suas implicações. Por isso, torna-se necessário retomá-los e fazer as relações, na sequência, com as proposições de Merhy (2002; 2013).

Segundo Marx (2013, p.120), o trabalho é, como criador de valores de uso<sup>15</sup>, como trabalho útil, “[...] uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas sociais, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana”. É através do trabalho que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. “Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 2013, p. 255). A característica específica do processo de trabalho humano, o uso e a criação dos meios de trabalho, é sua orientação a uma atividade fim. Ou seja, para Marx (2013), no processo final de trabalho, chega-se a um resultado representado no início do processo pelo trabalhador como uma atividade intencional que é resultado do que já existia idealmente.

Isso não significa que ele se limite a uma alteração da forma do elemento natural; ele realiza neste último, ao mesmo tempo, seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, o tipo e o modo de sua atividade e ao qual ele tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham a atividade laboral exige a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção do trabalhador durante a realização de sua tarefa, e isso tanto mais quanto menos esse trabalho, pelo seu próprio conteúdo e pelo modo de sua execução, atrai o trabalhador, portanto, quanto menos este último usufrui dele como jogo de suas próprias forças físicas e mentais (MARX, 2013, p. 256).

Compreendendo o trabalho como condição universal de possibilidade da existência humana, Marx (2013, p. 256) distingue três elementos fundamentais: “[...] a atividade laboral exige a vontade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar seu

---

<sup>15</sup>O conceito de valor de uso é apresentado por Marx (2013) quando ele desenvolve a Teoria do Valor, no Capítulo 1 do livro *O Capital*. Nela, o ponto de partida de sua análise é a mercadoria que, no modo de produção capitalista, aparece como a forma mais elementar e evidente das trocas. A análise da mercadoria deve ser considerada sob um duplo aspecto: a qualidade e a quantidade. De acordo com Marx (2013, p. 114), “a utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso”. Porém, essa utilidade não fica solta, de forma etérea, mas é “condicionada pelas propriedades do corpo da mercadoria”, sem as quais ela não existe no capitalismo. As qualidades úteis da mercadoria só se realizam no seu consumo, quando “formam o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta” (MARX, 2013, p.114). No modo de produção capitalista, o valor de uso é suporte material do valor de troca. Disso resulta que, como valores de uso, as mercadorias são de diferente qualidade; como valores de troca, são de diferentes quantidades. Portanto, toda mercadoria tem um duplo caráter incorporado: simultaneamente, valor de uso e valor de troca. Todavia, o duplo caráter como apresentado, expressa apenas a forma aparente da mercadoria, a sua utilidade e a sua quantidade (material), sendo o valor de troca apenas a forma de manifestação pela qual essa relação se apresenta. Porém, fica escondida uma terceira relação, que não é visível, contudo é o elemento comum dos valores de uso e de troca: o valor.

objeto e, em terceiro, seus meios”. O processo de trabalho, nesse sentido, é atividade orientada a um fim, a “[...] produção de valores de uso, apropriação do elemento natural para a satisfação das necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre homem e natureza” e, por conseguinte, comum a todas as suas formas sociais (MARX, 2013, p. 261). “O uso e a criação de meios de trabalho, embora já existentes em germe em certas espécies de animais, é uma característica específica do processo de trabalho humano” (MARX, 2013, p. 257). Daí que para Marx (2013, p. 257), “[...] o que diferencia as épocas econômicas não é ‘o que’ é produzido, mas ‘como’, ‘com que meios de trabalho’, fornecendo não apenas uma medida do grau de desenvolvimento da força de trabalho, mas também indicando as condições sociais nas quais o trabalho é realizado”. Nesse sentido, depreende-se que, para Marx (2013, p. 258), o cerne do trabalho está no processo de transformação de um valor de uso existente em outro valor de uso alternativo:

No processo de trabalho, portanto, a atividade do homem, com ajuda dos meios de trabalho, opera uma transformação do objeto do trabalho segundo uma finalidade concebida desde o início. O processo se extingue no produto. Seu produto é um valor de uso, um material natural adaptado às necessidades humanas por meio da modificação de sua forma. O trabalho se incorporou a seu objeto. Ele está objetivado, e o objeto está trabalhado. O que do lado do trabalhador aparecia sob a forma do movimento, agora se manifesta, do lado do produto, como qualidade imóvel, na forma do ser. Ele fiou, e o produto é um fio.

Analisando o processo de trabalho a partir de seu resultado, do produto, tanto o meio de trabalho quanto o objeto aparecem como meios de produção e o próprio trabalho aparece como trabalho produtivo.

Quando um valor de uso resulta do processo de trabalho como produto, nele estão incorporados, como meios de produção, outros valores de uso, produtos de processos de trabalhos anteriores. O mesmo valor de uso que é produto desse trabalho constitui o meio de produção de um trabalho ulterior, de modo que os produtos não são apenas resultado, mas também condição do processo de trabalho (MARX, 2013, p. 258-259).

Ao ingressar em novos processos de trabalho, como meios de produção, os produtos perdem seu caráter de produtos funcionando, então, como fatores objetivos do trabalho vivo.

O trabalho vivo tem de apoderar-se dessas coisas e despertá-las do mundo dos mortos, convertê-las de valores de uso apenas possíveis em valores de uso reais e efetivos. Uma vez tocadas pelo fogo do trabalho, apropriadas como partes do corpo do trabalho, animadas pelas funções que, por seu conceito e sua vocação, exercem no processo laboral, elas serão, sim, consumidas, porém segundo um propósito, como elementos constitutivos de novos valores de uso, de novos produtos, aptos a ingressar na esfera do consumo individual como meios de subsistência ou em um novo processo de trabalho como meios de produção (MARX, 2013, p. 260-261).

Como processo de consumo, o trabalho consome seus elementos materiais, seu objeto e seu meio. Aqui reside uma distinção fundamental, para Marx (2013), entre consumo individual e consumo produtivo. O consumo individual consome os produtos como meio de subsistência do indivíduo vivo. Já como consumo produtivo, ele “[...] os consome com meio de subsistência do trabalho, da força ativa do trabalho do indivíduo. O produto do consumo individual é, por isso, o próprio consumidor, mas o resultado é um produto distinto do consumidor” (MARX, 2013, p.261).

No capitalismo, entretanto, o processo de trabalho tem outra finalidade. Marx (2013) evidencia que o processo de produção de valores de uso significa fabricar valores de uso para outros na forma de mercadoria. Ainda assim, Marx (2013) deixa claro que a natureza universal do processo de trabalho não é alterada pelo fato de o trabalhador realizá-la para o capitalista, e não mais para si mesmo. A diferença é que, no capitalismo, “[...] todos os fatores necessários ao processo de trabalho, tanto seus fatores objetivos, os meios de produção, quanto seu fator pessoal, ou a força de trabalho” estão subordinados ao capital (MARX, 2013, p. 262). Isso ocorre sob duas condições essenciais. A primeira é que “[...] o trabalhador labora sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho” (MARX, 2013, p. 262). Ou seja, a força de trabalho é uma mercadoria que, no processo de consumo, pertencente ao capitalista. Em segundo, o produto é propriedade do capitalista e não do produtor direto: o trabalhador.

Ao comprador da mercadoria pertence o uso da mercadoria, e o possuidor da força de trabalho, ao ceder seu trabalho, cede, na verdade, apenas o valor de uso por ele vendido. A partir do momento em que ele entra na oficina do capitalista, o valor de uso de sua força de trabalho, portanto, seu uso, o trabalho, pertence ao capitalista. Mediante a compra da força de trabalho, o capitalista incorpora o próprio trabalho, como fermento vivo, aos elementos mortos que constituem o produto e lhe pertencem igualmente. De seu ponto de vista, o processo de trabalho não é mais do que o consumo da mercadoria por ele comprada, a força de trabalho, que, no entanto, ele só pode consumir desde que lhe acrescente os meios de produção. O processo de trabalho se realiza entre coisas que o capitalista comprou, entre coisas que lhe pertencem (MARX, 2013, p. 262).

Portanto, no capitalismo, os valores de uso são produzidos como substrato material do valor de troca e, portanto, do mais-valor. Retomando a análise de Merhy (2002; 2013), quando ele aborda esses conceitos de forma superficial, sem evidenciar como foram desenvolvidos em Marx (2013), rompe com a principal contribuição desse autor que é analisar o modo de produção capitalista tendo em vista a totalidade das relações sociais. Ao delimitar seu olhar à micropolítica do trabalho, Merhy (2002; 2013) faz um recorte e analisa o processo de trabalho nos estabelecimentos de saúde em encontros entre indivíduos e individualidades como se fossem isolados das relações sociais. Já no primeiro texto, Merhy (1994) faz uma

análise sobre a prestação de serviços da rede de saúde partindo da crítica ao modelo liberal-privatista sem contextualizá-lo, ou seja, sem questionar o porquê da existência do modelo liberal-privatista e, muito menos, o motivo de sua hegemonia. Ao não considerar como se dão as relações de produção do sistema capitalista em sua totalidade, Merhy (1994) não evidencia que esse modelo é expressão do próprio capitalismo que trata a saúde como uma mercadoria. Nesse sentido, denota-se que Merhy (1994) fica preso à aparência das relações e do próprio fenômeno. Além do uso isolado e descontextualizado de categorias marxistas, essa construção expressa uma aproximação entre proposições contraditórias, ao introduzir a lógica da micropolítica conforme desenvolvida por Guattari (1991) e Guattari e Rolnik (1996).

Segundo Guattari e Rolnik (1996), o que constitui a matéria-prima de qualquer modo de produção não é o trabalho, conforme evidenciado por Marx (2013), mas a produção de subjetividade. O objetivo dessa análise não é compreender o processo de trabalho no modo de produção capitalista, mas a produção da subjetividade. Nessa perspectiva, a discussão é colocada em termos totalmente diferentes daqueles do marxismo:

Se aceitarmos a hipótese de que o Capitalismo Mundial Integrado (CMI) se sustenta também através do controle da produção da subjetividade, somos obrigados a constatar que os antagonismos sociais, que antes só eram circunscritos aos campos econômicos e políticos, encontram-se deslocados. Não se trata mais de nos reapropriarmos apenas dos meios de produção ou dos meios de expressão política, mas também sairmos do campo da economia política e entrarmos no campo da economia subjetiva. [...] Para o marxismo, as questões do desejo, da arte, da religião, da produção de ideias, etc, são do domínio de uma superestrutura, que depende dialeticamente das infra-estruturas produtivas. Mas a partir do momento em que é exatamente no seio dessas infra-estruturas produtivas que se encontra, e cada vez com maior importância, a produção da subjetividade, é impossível manter a posição *infra versus superestrutura*. É impossível nos restringirmos a uma leitura da economia política para compreender e questionar o CMI (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 139).

Guattari e Rolnik (1996, p. 16) compreendem que a essência do modo de produção capitalista, no poder sobre a subjetividade<sup>16</sup> como forma de controle social, se dá através da propagação da “[...] cultura de massa como elemento fundamental da ‘produção da subjetividade capitalística’”. Segundo Guattari e Rolnik (1996, p. 42), é através do conjunto de práticas discursivas, denominadas como “agenciamentos de enunciação”, que o modo de produção capitalista apreende os processos de subjetivação e transformam os sujeitos em indivíduos desconectados das relações sociais, de forma serializada, registrada e modelada:

---

<sup>16</sup> Sobre o “sequestro da subjetividade” em uma chave de interpretação marxista, ver artigo *A realidade e seu conceito: comentários sobre a crítica ao “sequestro da subjetividade”* (FARIA, 2019).

A ordem capitalística é projetada na realidade do mundo e na realidade psíquica. Ela incide nos esquemas de conduta, de ação, de gestos, de pensamento, de sentido, de sentimento, de afeto, etc. Ela incide nas montagens de percepção, da memorização, ela incide na modelização das instâncias intra-subjetivas [...]. A ordem capitalística produz os modos de relações humanas até em suas representações inconscientes: os modos como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, como se trepa, como se fala, etc. Ela fabrica a relação com a produção, com a natureza, com os fatos, com o movimento, com o corpo, com a alimentação, com o presente, com o passado e com o futuro – em suma, ela fabrica a relação do homem com o mundo e consigo mesmo. Aceitamos tudo isso porque partimos do pressuposto de que esta é a ordem do mundo, ordem que não pode ser tocada sem que se comprometa à própria idéia de vida social organizada (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 42).

Por sua vez, a micropolítica “[...] se refere aos modos de expressão que passam não só pela linguagem, mas também por níveis semióticos diferentes” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 28). “Não só uma produção de subjetividade individuada – subjetividade dos indivíduos – mas uma produção de subjetividade social, uma produção de subjetividade que se pode encontrar em todos os níveis de produção e consumo” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 16). Ao mesmo tempo, é no interior dessa lógica que Guattari e Rolnik (1996, p. 16-17) encontram a possibilidade de desenvolver modos de subjetivação singulares que desafiem a ordem estabelecida:

A essa máquina de produção de subjetividade eu oporia a idéia de que é possível desenvolver modos de subjetivação singulares, aquilo que poderíamos chamar de “processos de singularização”: uma maneira de recusar todos esses modos de codificação preestabelecidos, todos esses modos de manipulação e telecomando, recusá-los para construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular. Uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos.

Ao definir que os processos de singularização são produzidos por “dispositivos desejanter”, Guattari e Rolnik (1996, p. 30) afirmam que é na própria micropolítica que se situa a disputa para a construção de novos modos de subjetividade no capitalismo:

A garantia de uma micropolítica processual só pode – e deve – ser encontrada a cada passo, a partir dos agenciamentos que a constituem, na invenção de modos de referência, de modos da práxis. Invenção que permita, ao mesmo tempo, elucidar um campo de subjetivação e intervir efetivamente nesse campo, tanto em seu interior como em suas relações com o exterior. [...] Uma prática política que persiga a subversão da subjetividade de modo a permitir um agenciamento de singularidades desejanter deve investir o próprio coração da subjetividade dominante, produzindo um jogo que a revela, ao invés de denunciá-la. Isso quer dizer que, ao invés de pretendermos a liberdade (noção indissoluvelmente ligada à de consciência), temos de retomar o espaço da farsa, produzindo, inventando subjetividades delirantes que, num embate com a subjetividade capitalística, a façam desmoronar.

Nesse descentramento e multiplicação dos antagonismos, haveria o embate entre enunciados discursivos que possibilitaria micro rupturas na ordem estabelecida, que se

expressa em linhas de fuga<sup>17</sup>, como forma de resistência aos processos de subjetivação no capitalismo (GUATTARI, 1991). Nesse sentido, denota-se que a lógica da micropolítica desenvolvida por Guattari (1991) não vai além da análise da produção da subjetividade delimitada no nível do discurso como contraposição ao que está inserido no próprio capitalismo.

Em Deleuze (1992), a forma de expressão desse discurso em contraposição à produção da subjetividade capitalística ocorre através da intercessão. Segundo Deleuze (1992), o termo tem como principal objetivo refletir como são elaborados os conceitos no campo da filosofia. Para a elaboração, é necessária a existência de um meio, um entre que possibilite a expressão dos conceitos formulados pelo pensamento do próprio sujeito. Os meios dessa expressão são os intercessores que não possuem uma forma definida, podendo ser fictícios ou reais, animados ou inanimados. “Eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim, é assim que posso dizer o que tenho a dizer” (DELEUZE, 1992, p. 156). Para Deleuze (1992), Guattari foi seu intercessor na elaboração do livro *Antiédipo*, bem como ele foi o intercessor de Guattari. Os intercessores são, então, os meios pelos quais são expressos os enunciados, os discursos produzidos pelos indivíduos como reflexo de suas subjetividades.

Face à aproximação de proposições teóricas contraditórias, o resultado prático é a idealização das relações de produção no capitalismo. Ao propor um modelo baseado na micropolítica do processo de trabalho, Merhy (2002) acredita que o trabalhador pode assumir a responsabilidade sobre as mudanças no processo de produção no qual está inserido, bastando sua vontade para tanto. Por isso, a defesa das tecnologias leves como espaço de tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, por ser justamente essa a única possibilidade de expressão de suas proposições. Quando se observa sua proposta, denota-se

---

<sup>17</sup> O conceito de linhas de fuga foi melhor desenvolvido por Deleuze e Guattari no livro *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Nele, os autores tomam emprestado da Botânica a definição de rizoma para aplicá-la à filosofia, ressignificando para suas proposições a imagem de um caule que tem crescimento polimorfo e horizontal ao conceito de linhas de fuga. Conforme Deleuze e Guattari (1995), o rizoma representa um modelo de resistência a todas as formas totalizadoras de cerceamento produzidas pelo capitalismo no plano ético, estético e político. Assim, o rizoma se configura em multiplicidades de conexões, de linhas que se abrem para novas possibilidades, sem se encerrarem em formas estruturadas. Nas palavras dos autores, “[...] um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas. [...] Todo rizoma compreende linhas de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído, etc.; mas compreende também linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar. Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. Estas linhas não param de se remeter umas às outras [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 17).

que, em seu modelo usuário-centrado, o usuário só pode resolver suas necessidades dentro das limitações imposta pela organização instituída, ficando o trabalhador e o usuário subordinados à estrutura.

Além disso, quando Merhy (2002) utiliza o conceito de intercessão (DELEUZE, 1992), faz referência ao encontro de necessidades que se estabelecem nos serviços de saúde, nas quais o usuário é tratado como cliente ao expressar sua demanda por consumir atos de saúde de modo a satisfazer suas necessidades. Ainda que a referência seja Deleuze (1992), encontram-se ecos de como a relação entre produtor e cliente é tratada no campo da gestão e, mais especificamente, do marketing em termos do encontro de serviços. O marketing é definido por Kotler (2002, p. 7) como o “[...] processo gerencial por meio do qual os indivíduos e grupos obtêm aquilo de que precisam e também o que desejam, em razão da criação e da troca de produtos/serviços de valor com outras pessoas”. Segundo esse autor, no encontro de serviços é estabelecida uma interação entre o prestador do serviço e o cliente que expressa seu desejo em satisfazer uma necessidade. Nessa interação, a comunicação é o elemento essencial para conquistar a confiança do cliente. O prestador do serviço deve estar atento às expectativas de seus clientes, utilizando todas as ferramentas gerenciais possíveis para obter sucesso. Uma das técnicas utilizadas para atingir esse objetivo é a pesquisa de satisfação de clientes, na qual é desenvolvido um questionário com dados quantitativos e qualitativos. Para Kotler (2002), é essencial que o questionário vincule os dados de avaliação dos serviços aos clientes, proporcionando a este a sensação de participação na melhoria do desempenho do serviço prestado. No modelo proposto por Kotler (2002), o questionário deve conter como objetivos fundamentais: aproximação ao cliente através da escuta de seus desejos; mensuração da sua percepção; sugestão para aperfeiçoamento do serviço; mensuração dos serviços prestados pelos concorrentes; e comentários e reclamações para a melhoria do serviço.

Na experiência de Ipatinga, observa-se semelhanças entre o modelo de Kotler (2002) e a implementação do “satisfatômetro” como ferramenta de mensuração do serviço prestado aos usuários, tratados como clientes. Ou seja, depreende-se que nas proposições de Merhy (1994) há um intercâmbio de conceitos, que refrata para seu modelo de Gestão em Saúde a concepção empresarial de cliente. Além disso, como visto, a aplicação do questionário foi um instrumento de gestão, como uma das etapas da reorganização dos Colegiados de Gestão. O mais importante a destacar é que, nesse processo, a participação foi o elemento fundamental

na proposição do modelo de Merhy (1994). A referência teórica utilizada por Merhy (1994) diz muito sobre a concepção de participação adotada em seu modelo, porque também utiliza como referência teórica a proposição conceitual de Motta (1998).

Na introdução do livro *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*, Motta (1998) destaca que seu principal objetivo é transmitir as conquistas da gestão para o exercício gerencial nas empresas e em instituições públicas. O autor apresenta uma síntese das principais abordagens que surgiram a partir dos anos 1980, dando enfoque às teorias gerenciais que objetivam flexibilizar as organizações, possibilitando a descentralização organizacional e o empoderamento (*empowerment*) dos dirigentes e executivos na tomada de decisões. Dentre as referências teóricas utilizadas pelo autor em seu livro, destacam-se as constantes citações às obras de Thomas Peters, Robert Waterman e Peter Druker<sup>18</sup>. Motta (1998) também ressalta a dinamicidade que os termos gestão e gerência assumiram na literatura sobre administração naquele momento, identificando que as principais contribuições sobre a formação de gerentes já não competiam mais exclusivamente aos teóricos da administração, mas aos executivos de grande renome no mundo dos negócios.

Para Motta (1998), a principal contribuição das teorias gerenciais é a crítica que fazem à teoria burocrática racional, porque contrapõe a ideia de que a tomada de decisão deva se restringir a um fluxo ordenado e previsível de ações de acordo com os níveis hierárquicos das organizações. Para o autor, essa perspectiva não condiz mais com a realidade contemporânea, impossibilitando a seus dirigentes maior autonomia, porque engessa a tomada de decisões. A isso:

A lógica racional da decisão não está presente na organização: é um processo comportamental condicionado por diversos fatores que não conduzem necessariamente a comportamentos coerentes com a lógica decisória. O dirigente é parte do processo decisório organizacional. Seu comportamento, como o de qualquer outro funcionário, é determinado por fatores internos e externos à organização. Valores, atitudes individuais, bem como experiência administrativa, são variáveis

---

<sup>18</sup> De acordo com Paula (2003), os três autores são considerados gurus sobre o tema da gestão e da administração no mundo dos negócios, tendo publicado várias obras ao longo dos anos. Peters e Waterman inauguraram uma nova era para o mundo dos negócios a partir da publicação da obra *Vencendo a Crise* em meados de 1982, escrita no momento em que a economia norte-americana estava em crise, apresentando novas estratégias para os gerentes de grandes corporações para a reestruturação da economia e das empresas sob o ideal do *american dream*. Peter Druker é considerado o principal ideólogo na formação e legitimação da ideologia hegemônica do capitalismo, tendo contribuído com a legitimação da lógica do mercado, principalmente, na ascensão da cultura do *management* nos anos 1980 e 1990, dando destaque a sua obra *Sociedade pós-capitalista* escrita em 1993 (PAULA, 2003). Como o objetivo deste trabalho não é aprofundar a análise desses autores, cabe destacar que as duas obras mencionadas são as principais referências de Motta (1998) em sua proposição sobre gestão.

que determinam o comportamento de um indivíduo, independentemente de decisões em questão (MOTTA, 1998, p. 22).

Nesse sentido, seu objetivo é construir a figura do gestor a partir de um conjunto prescritivo de ações que devem ser adotadas para o alcance dos objetivos das empresas. Motta (1998) parte da afirmação de que fazer gestão em qualquer empresa depende do comportamento de seus dirigentes que, através de um conjunto de habilidades gerenciais típicas a qualquer gestor de sucesso, podem prover maior eficiência e eficácia para a obtenção de resultados positivos. “A gerência é a arte de pensar, de decidir e agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas” (MOTTA, 1998, p. 26). O exercício da gerência depende da habilidade individual baseado nos conhecimentos e experiências internas e externas às organizações, gerando novos valores para o ambiente de trabalho. Desenvolver essas habilidades é melhorar o processo de comunicação estabelecido em qualquer relação pessoal, gerando responsabilidades para o dirigente na gestão dos negócios (MOTTA, 1998).

Para Motta (1998), o conjunto de habilidades individuais somado a um projeto de desenvolvimento gerencial são as principais ferramentas para formar um gestor, provendo autonomia ao indivíduo na realização de suas atividades.

A ação gerencial é uma expressão individual de autonomia, de reflexão e segurança, de conhecimento de si próprio e de seu papel na organização em que trabalha. Além do mais, a ação reflete o comportamento, a autodisciplina e a adaptabilidade pessoal na consecução de uma missão. A habilidade da ação gerencial alia, portanto, toda a dimensão de segurança fornecido pelo conhecimento administrativo com o comportamento pessoal na busca de novos horizontes (MOTTA, 1998, p. 30).

O exercício eficiente da função gerencial, conforme Motta (1998, p. 38), deve envolver as seguintes capacidades de ação:

- Conhecer, desenvolver alternativas e responder a demandas, necessidades e apoios comunitários – público e clientelas (estratégia).
- Agir segundo etapas de uma ação racional calculada (racionalidade administrativa).
- Tomar decisões, interagir com grupos e indivíduos, resolver problemas e conflitos à medida que surgem (processo decisório organizacional).
- Reativar e reconstruir constantemente a ideia da missão e dos objetivos comuns, conduzindo as pessoas à ação cooperativa desejada (lideranças e habilidades interpessoais).

Além disso, acrescenta que é preciso evitar qualquer tipo de conflito que influencie negativamente o alcance dos objetivos empresariais. Defende, então, a adoção de formas participativas na organização como um poderoso instrumento que proporciona à gerência o controle dos conflitos e o alcance de seus objetivos. Segundo Motta (1998), as formas

participativas são uma necessidade para atender o conjunto de pressões externas que demandam cada vez mais processos de participação das pessoas nas relações sociais, econômicas e políticas. Essas condições “[...] têm aguçado identidades e contradições nas relações de trabalho, criando novas bases ambientais para o desenvolvimento da teoria de participação e validado a acentuada preocupação com a prática participativa na gerência” (MOTTA, 1998, p. 148). Indicando a necessidade de adaptação das organizações a essas pressões externas, Motta (1998, p. 148) esboça um quadro síntese do que considera as bases sociais da participação em qualquer relação social contemporânea (Quadro 5).

**Quadro 5 – Bases sociais da participação**

<b>Causa</b>	<b>Consequência</b>
Democratização das relações sociais	Novo relacionamento social mando-subordinação
Desenvolvimento da consciência de classe e do agrupamento profissional entre trabalhadores	Agregação mais acentuada de interesses
Aumento do nível educacional	Novas aspirações profissionais
Velocidade das mudanças	Desatualização mais rápida das estruturas estabelecidas
Intensidade da comunicação	Acentuação dos mimetismos e pressões ideológicas

Fonte: adaptado de MOTTA (1998, p. 148).

Esse conjunto de relações de causa-efeito faz com que as organizações tenham que adaptar sua estrutura às demandas da sociedade. A participação passa a ser incorporada como uma estratégia de direcionamento favorável aos objetivos dos negócios.

A participação mobiliza a inteligência da empresa, valoriza o potencial das pessoas e permite que expressem suas ideias e emoções, desenvolvam relações pessoais e organizacionais mais autênticas e, enfim, se tornem profissionais mais autônomos e competentes. No mundo de hoje, a contribuição do indivíduo é tão relacionada ao grau de retribuição (salário, benefícios, etc.) quanto a sua liberdade de expressão e ação. A participação libera o indivíduo para contribuir e faz todos os participantes do processo, inclusive chefes e dirigentes, desenvolverem maior consideração por ideias alheias e maior respeito mútuo. É importante ressaltar que a prática participativa não destrói, antes reforça a habilidade política do dirigente em sua capacidade de influenciar pessoas e garantir um direcionamento mais favorável à organização. A função gerencial permanece como relevante, e com dimensões únicas no processo de formulação e direcionamento estratégico (MOTTA, 1998, p. 179).

O autor define duas formas de participação nas organizações: direta e indireta. A participação direta ocorre quando o indivíduo age em seu próprio nome, responsabilizando-se pela tomada de decisões em sua área de atuação. Ela “[...] cria autonomia no local de trabalho, ajudando na cooperação e distribuição de informações e na solução de problemas sócio-psicológicos dos relacionamentos individual e grupal” (MOTTA, 1998, p. 160).

A participação direta é um instrumento de harmonização interna da organização para que indivíduos e grupos alcancem, de maneira mais eficiente e eficaz, os objetivos

comuns. A participação facilita a satisfação de necessidades de realização pessoal e profissional à medida que possibilita a expressão e o uso de potencialidades de contribuição de cada pessoa. E ainda mobiliza esforços e acrescenta habilidades individuais, que separadamente seriam inúteis ou impossíveis de se utilizar (MOTTA, 1998, p. 162).

A participação é indireta quando se dá pela representação da coletividade dos empregados ou categoria profissional, visando influenciar decisões de interesse coletivo tomadas pela direção superior. Sua principal forma é a cogestão. Nela, há maior possibilidade de harmonia e de influência nas decisões empresariais, “[...] já que os representantes assumem individualmente funções de supervisão e direção com poderes equitativos aos seus pares nomeados pelos acionistas” (MOTTA, 1998, p. 169). A característica fundamental da cogestão é a diminuição do antagonismo entre dirigentes e trabalhadores, possibilitando um maior controle por parte dos dirigentes sobre os possíveis conflitos internos (MOTTA, 1998). As formas de participação direta e indireta cumprem uma função primordial para todos os gestores: manter os indivíduos motivados para a execução das tarefas, visando o alcance dos objetivos da empresa. A participação, dessa maneira, é um instrumento gerencial essencial para a adaptação dos indivíduos aos interesses da organização. Mais do que isso, no Quadro 6, se observa que Motta (1998) subordina todas as dimensões sociais a essa proposição.

**Quadro 6 – Funções positivas da participação por dimensões específicas**

<b>Dimensão</b>	<b>Função positiva primordial</b>	<b>Conceito</b>
Econômica	Eficiência	Melhorar a eficiência da gerência, proporcionando melhor produção e produtividade
Social	Distribuição e Segurança	Melhorar a distribuição dos atos do trabalho entre aqueles que colaboram na obtenção dos resultados e aumentar a segurança social do emprego
Política	Democratização e Descentralização	Redistribuir o poder na organização, a fim de que seus membros tenham maior influência nas decisões sobre seu destino profissional e sobre o destino de sua organização
Organizacional	Integração	Aumentar a integração e o compartilhamento de valores visando a desenvolver a identificação, a lealdade e a aceitação de valores comuns
Psicológica	Auto-realização	Satisfazer aspirações individuais de iniciativa e criatividade e assegurar melhor integração e interação com o grupo organizacional de referência

Fonte: adaptado de Motta (1998, p. 176).

No Quadro 6, se denota que as organizações ocupam o espaço de determinação nas diferentes dimensões apontadas por Motta (1998), submetendo todas as relações sociais a uma concepção individualista que só pode se realizar no espaço da organização.

Tendo identificado que essa concepção de gestão em Motta (1998) é utilizada por Merhy (2013) [1997], faz-se necessário apreender seu sentido a partir de uma contextualização histórica. Retomando Bakhtin (2006), para que um objeto pertencente a qualquer esfera da realidade desencadeie uma reação semiótico-ideológica, é imprescindível que ele corresponda às condições socioeconômicas de um referido grupo social no que concerne às bases de sua existência material. Com pretensões ao consenso social, e em nome desse consenso, é que os valores sociais de um determinado grupo se exteriorizam no material ideológico (BAKHTIN, 2006). Compreende-se, então, que a gestão enquanto signo ideológico correspondente a um valor social reflete ideologicamente a realidade a partir do grupo social que a produz e enuncia. Nesse caso, os ideólogos<sup>19</sup> da gestão exercem a função de produção e reprodução de sua lógica reforçando discursivamente sua teoria e prática com pretensões ao consenso social.

A proposição de gestão, em Motta (1998), emerge em um contexto de crise econômica mundial na década de 1970, tendo como resultado, a crise do Estado de Bem-Estar Social nos países centrais e a ascensão do neoliberalismo. Como resposta à crise global, o neoliberalismo foi fortalecido como estratégia ofensiva do capital e como reação e saída do que era considerado um capitalismo tardio (PUELLO-SOCARRÁS, 2013). O neoliberalismo<sup>20</sup> corresponde a uma prática do capitalismo contemporâneo que implica, antes de tudo, um projeto econômico-político de classe (capitalista) expresso através de uma estratégia de acumulação do capital que se baseia especificamente na subordinação e sujeição absoluta ao mercado como dispositivo de produção e reprodução social em sentido amplo (PUELLO-SOCARRÁS, 2013). Dessa forma, é “[...] uma prática discursiva construída, constituída e

---

<sup>19</sup> Ver, por exemplo, o artigo *Peter Druker e a legitimação do capitalismo tardio: uma análise crítica de discurso* (PEREIRA; MISOCZKY, 2007).

<sup>20</sup> Conforme Puello-Socarrás (2013) são três os marcos da construção e amadurecimento do neoliberalismo: no plano teórico, o nascimento do neoliberalismo é marcado pela Sociedade de Mont-Pèlerin, em 1947; no plano prático, em 1973, quando é executado o golpe de Estado contra o primeiro governo socialista eleito por voto popular, o do chileno Salvador Allende, seguido por um período de ditaduras civis-militares na América Latina e Caribe. Momento também marcado pelo conservadorismo na Europa, principalmente na figura de Margaret Thatcher, em 1979, dando início à implementação das premissas neoliberais; e, a consolidação dessa doutrina, em nível global, caracterizada pelo Consenso de Washington em sua versão original, de 1989, e de suas versões posteriores (Consenso Revisado, Ampliado e Pós-Washington) realizadas pelos organismos multilaterais de crédito e subordinados aos interesses de Washington (Estados Unidos) como o FMI, BM e BID.

realizada por uma dialética específica, contínua e constante entre teoria e práxis” (PUELLO-SOCARRÁS, 2008, p. 16, tradução nossa). Conforme Misoczky, Abdala e Damboriarena (2017), o gerencialismo é o braço operacional e ideologia complementar do neoliberalismo, se constituindo em uma racionalidade que opera como matriz teórico-ideológica propondo e justificando – como parte da estratégia de classe (capitalista) - a reprodução da lógica de mercado em todas as dimensões da vida associada.

Segundo Paula (2003, p. 42), a consolidação do gerencialismo, nos anos 1980 e 1990, está diretamente relacionada à emergência da indústria do *management*, sendo composta por pilares que se inter-relacionam e se reforçam através de escolas de administração, de mídias de negócios, de empresas de consultorias e de autores considerados gurus empresariais, portadores de “fórmulas infalíveis” de ferramentas de gestão:

Em síntese, a cultura do *management* pode ser definida como um conjunto de pressupostos compartilhados pelas empresas: 1) a crença numa sociedade de mercado livre; 2) a visão do indivíduo como auto-empresendedor; 3) o culto da excelência como forma de aperfeiçoamento individual e coletivo; 4) o culto de símbolos e figuras emblemáticas, como ‘palavras de efeito’ (inovação, sucesso, excelência) e “gerentes heróis”; e, 5) a crença em tecnologias gerenciais que permitem racionalizar as atividades organizacionais grupais.

Esses pressupostos do *management* foram combinados de forma pragmática aos conceitos de planejamento, descentralização e *empowerment* como a principal crítica aos fundamentos das teorias administrativas sobre organizações burocráticas. A partir de 1970, com a reestruturação produtiva impulsionada pelo neoliberalismo, autores, entre os quais se destacam Peter Drucker, Thomas Peters e Robert Waterman, recomendaram a substituição do sistema burocrático pelo gerencial, argumentando que a “[...] burocracia estaria dando lugar a uma organização ‘pós-burocrática’, baseada na flexibilidade e na participação” (PAULA, 2003, p. 40).

A isso, Klikauer (2013, p. 1105, tradução nossa) acrescenta:

O gerencialismo combina conhecimento e ferramentas genéricas do *management* para estabelecer-se sistematicamente nas organizações, nas instituições públicas e na sociedade, ao mesmo tempo em que priva os donos dos negócios (propriedade), os trabalhadores (econômico-organizacional) e a sociedade civil (sócio-política) de todo o poder decisório. O gerencialismo justifica a aplicação de suas técnicas gerenciais em todas as áreas de trabalho e em toda a sociedade capitalista com base em superioridade ideológica, no treinamento de competências e na exclusividade do conhecimento gerencial necessário para fazer funcionar instituições públicas e a sociedade como se fossem corporações.

Conforme Misoczky (2016, p. 17), o gerencialismo - como forma específica de racionalização que reproduz a lógica do mercado em todas as dimensões da vida associada -, se constitui em uma ideologia, porque

[...] além de mistificar contradições específicas do capitalismo operando no nível das ideias, também se expressa concretamente no nível prático da vida cotidiana. Como não poderia deixar de ser, o gerencialismo também coloniza as Teorias Organizacionais, que passam a ser frequentemente denominadas de Teorias Organizacionais e do *Management*.

Misoczky (2016) acrescenta, ainda, que para compreender a mutação da administração para a gestão é indispensável reconhecer a importância dos teóricos do *management* como ideólogos que exercem a função de harmonizar os conflitos de classe, fetichizando as contradições do capitalismo. Nesse sentido, destaca, por exemplo, o papel de Peter Druker na introdução e domínio de temas que fazem parte do conjunto atual das Teorias Organizacionais convencionais - não o tomando como um visionário -, mas reconhecendo sua importância como ideólogo do capitalismo e registrando a crítica de Tragtenberg (2005) ao gerencialismo no momento de sua ascensão (MISOCZKY, 2016). De acordo com Tragtenberg (2005), a função da ideologia capitalista é a legitimação do *status quo* como o único possível e desejável, escondendo as contradições entre capital-trabalho que são inerentes ao próprio capitalismo. Nas palavras de Tragtenberg (2005, p. 16):

Para Druker, o povo organizado na “sociedade sem classes” norte-americana constitui uma realidade; o capitalismo dissolve a classe proprietária e proletária, criando um povo-classe média. Isso é possível pela união de burocratas, técnicos e gerentes vinculados aos proprietários. Em síntese, Druker caracteriza a sociedade industrial pela inexistência de luta de classes, posto existir apenas uma classe: o povo-classe média vinculado às grandes corporações.

Fica evidenciado que a concepção de gestão em Motta (1998), referenciada em Druker e outros ideólogos do gerencialismo, mascara a exploração do trabalho pelo capital. Nesse sentido, a participação é uma estratégia de gestão para controlar os conflitos capital-trabalho. Novamente, foi Tragtenberg (2005) quem reconheceu o papel dessa estratégia. Conforme o autor, o empresariado não aceita de forma alguma dividir sua autoridade e cria, portanto, artifícios como a participação colegiada e a co-gestão como instrumentos de controle do capital sobre o trabalho. Segundo Tragtenberg (2005, p. 110), “[...] a preocupação da co-gestão é: garantir a paz social, a harmonia social e a mutação da sociedade através da empresa”. A isso, Tragtenberg (2005, p. 110) acrescenta:

Os teóricos da co-gestão separam mecanicamente economia da política, sobrestimam a empresa e subestimam o Estado; separam o particular do geral; a empresa do conjunto do sistema. [...] Na realidade, os partidários da co-gestão

pensam em mudar a estrutura socioeconômica partindo do interior da mesma, por meio de sua melhoria pelos mecanismos da co-decisão e da co-gestão. A impossibilidade de uma gestão real dos meios de produção pela mão-de-obra significa, na prática, um reforço ao modo capitalista de produção.

O ponto central é que essa lógica de gestão e participação a partir de Motta (1998) foi a referência utilizada por Merhy (1994; 2002) em suas proposições sobre Gestão em Saúde. Dessa forma, as ações indicadas por Merhy (2002; 2013) para a produção do cuidado, que visam construir, entre outros, acolhimento, vínculo e responsabilizações dos trabalhadores através de posicionamento ético usuário-centrado, ficam presas à lógica gerencial que é disseminada pelo autor como se fosse uma reestruturação das relações de produção do trabalho. Denota-se, então, o sentido ideológico da gestão introduzido por Merhy em suas proposições, ao utilizar referenciais que operacionalizam, na teoria e na prática, a ideologia do gerencialismo.

Tendo como diretriz teórico-metodológica a análise de discurso em Bakhtin (2006), compreendo que na formação discursiva das proposições de Merhy, o autor dialoga com seus referenciais teóricos introduzindo conceitos que afirmam os valores sociais de classe (capitalista), ainda que isto não se expresse no fio do seu discurso. Dessa forma, refrata para o campo da Saúde Coletiva pressupostos empresariais sem que isso se manifeste claramente em suas proposições. Mesmo que Merhy expresse contrariedade à lógica do mercado, porque afirma estar fazendo crítica à gestão, o sentido discursivo e prático-operacional de suas proposições se materializa na interdiscursividade travada com seus referenciais teóricos. Sua expressão se realiza no que Bakhtin (2006) indica: o discurso é um elo que parte de um contexto discursivo mais amplo e se constitui em uma cadeia contínua e inesgotável de sentidos. Neste caso de sentido ideológico gerencialista.

A partir do que foi exposto, no Quadro 7 apresento uma síntese das proposições de Merhy sobre Gestão em Saúde, discriminando os principais conceitos utilizados em sua abordagem, os referenciais teóricos que utiliza e seu significado original, e, por fim, o significado dado a esses conceitos na proposição de Merhy.

**Quadro 7 – Síntese das proposições de Merhy sobre Gestão em Saúde, discriminado por principais conceitos, referencial teórico, significado conceitual nas proposições dos textos originais do referencial teórico, e o significado dos conceitos nas proposições de Merhy**

<b>Síntese da proposição sobre Gestão em Saúde</b>			
<p>O principal objetivo de suas proposições é pensar o agir no âmbito das organizações de saúde, particularmente nos processos produtivos dos atos de saúde como lugar de transição tecnológica para um novo patamar produtivo. Adotando a <b>micropolítica do trabalho vivo em ato</b>, defende que a Gestão em Saúde é crucial para a reestruturação dos processos produtivos em saúde e da produção do cuidado. Ao mesmo tempo, identifica que o campo de ação do trabalho vivo é o lugar central da transição tecnológica na saúde, porque é o território em disputa das várias forças interessadas. Através da tecnologia leve - entendida como o conjunto de saberes do trabalhador - afirma que é possível modificar as relações que se concretizam no processo de trabalho e sua organização no interior dos estabelecimentos de saúde. Nesse sentido, afirma que, no ato de cuidar há um processo de intercessão, que se estabelece na relação entre o trabalhador de saúde e o usuário, no qual são criadas as condições para modificar a lógica que preside o processo de trabalho como produção e satisfação de necessidades. Nessa relação é que se abrem fissuras para uma nova forma de Gestão em Saúde, já que o trabalhador possui autonomia para criar e modificar a forma como se dá o processo de trabalho. Propõe, então, um modelo assistencial multiprofissional e desenvolve o que chama de “caixa de ferramentas” como contribuição para operacionalizar as ações dos gestores. Composto por dispositivos gerenciadores do cuidado em saúde, Merhy (2002) entende que esse modelo possibilita matriciar toda organização de saúde, construindo a figura do gestor do cuidado. Sua operacionalização efetivaria resultados naquilo que o autor concebe como um modelo usuário-centrado, impactando - na dimensão organizacional - modos de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar os profissionais de saúde e os usuários.</p>			
<b>Principais conceitos</b>	<b>Referencial teórico</b>	<b>Proposições nos textos originais do referencial teórico</b>	<b>Proposições de Merhy</b>
Trabalho	Karl Marx <i>O Capital</i>	Como criador de valores de uso, como trabalho útil, o trabalho é condição universal de existência do ser humano, independentemente das formas sociais. No modo de produção capitalista, no entanto, o processo de produção de valores de uso implica na forma de mercadoria. Os valores de uso são, portanto, o substrato material do valor de troca. A força de trabalho também é uma mercadoria, no processo de produção. No desenvolvimento conceitual do processo de trabalho, em Marx (2013), a análise sobre o modo de produção capitalista tem em vista a totalidade das relações sociais, visando chegar à sua essência.	Aborda o conceito de trabalho vivo e de trabalho morto sem apresentar como foram desenvolvidos no sentido original por Marx (2013). Ao delimitar sua análise à micropolítica do trabalho, analisa os processos de trabalho em saúde como se fossem isolados das relações sociais nos quais estão imersos. Além do uso isolado das categorias marxistas, essa construção expressa uma aproximação entre proposições contraditórias ao articular a lógica da micropolítica, conforme desenvolvida por Guattari (1991) e Guattari e Rolnik (1996) com a linguagem conceitual de Marx (2013).
Intercessão	Gilles Deleuze <i>Conversações: 1972 - 1990</i>	Forma de expressão discursiva como contraposição à produção da subjetividade capitalística, na lógica da micropolítica. Conforme Deleuze (1992), para a elaboração discursiva é necessário a existência de um meio, um entre, que possibilite a expressão dos conceitos formulados pelo pensamento do próprio sujeito. Os meios dessa expressão são os “intercessores”. Esses, segundo o autor, não possuem forma definida, podendo ser fictícios ou reais, animados ou	Utiliza o conceito de intercessão na análise da relação de produção e consumo que se realiza no serviço de saúde, fazendo referência ao encontro de necessidades que ali acontece. Os usuários são tratados como clientes ao expressarem suas demandas por consumir atos de saúde, de modo a satisfazer suas necessidades. Ainda que a referência seja Deleuze (1992), encontram-se ecos de como a relação entre produtor e cliente é tratada no campo da gestão e, mais especificamente, do marketing em termos do encontro de serviços

		inanimados.	(KOTLER, 2002). Na experiência de Ipatinga, observa-se semelhanças entre o modelo de Kotler (2002) e a implementação do “satisfatômetro” como ferramenta de mensuração do serviço prestado aos usuários, tratados como clientes. Além disso, a aplicação do questionário foi um instrumento de gestão, como uma das etapas da reorganização dos Colegiados de Gestão.
Micropolítica	<p>Felix Guattari <i>As três ecologias Caosmose: um novo paradigma estético</i></p> <p>Felix Guattari e Sueli Rolnik <i>Micropolítica: cartografias do desejo</i></p>	Segundo Guattari e Rolnik (1996), o que constitui a matéria-prima de qualquer modo de produção é a produção de subjetividade que ocorre na lógica da micropolítica, através do conjunto de práticas discursivas. Assim, o modo de produção capitalista, através dos processos de subjetivação, transforma os sujeitos em indivíduos desconectados das relações sociais. Para Guattari e Rolnik (1996), é na própria micropolítica que se situa o espaço de disputa para que sejam construídos novos modos de subjetividade através de embates discursivos que possibilitariam micro rupturas na lógica capitalista.	Para modificar a lógica do processo de trabalho em saúde, aponta que é preciso intervir no interior dos processos micropolíticos que se estabelecem no ato da produção do cuidado através da relação estabelecida entre o trabalhador de saúde e o usuário. Na intercessão dessa relação é que se modificada a forma como se operacionaliza a gestão do cuidado, possibilitando alterar os processos micropolíticos para uma reestruturação produtiva do trabalho e da forma organizacional dos estabelecimentos. Face à aproximação de proposições teóricas contraditórias, o resultado prático é a idealização das relações de produção no capitalismo. Ao propor um modelo baseado na micropolítica do processo de trabalho, Merhy (2002) acredita que o trabalhador pode assumir a responsabilidade sobre as mudanças no processo de produção no qual está inserido, bastando sua vontade para tanto. Denota-se que, no modelo usuário-centrado, o usuário só pode resolver suas necessidades dentro das limitações imposta pela organização instituída, ficando o trabalhador e o usuário subordinados à estrutura.
Ruídos	Fernando Flores <i>Inventando la empresa del siglo XXI</i>	Toda ação humana ocorre através de um mundo constituído pela linguagem. A Administração, entendida como um fenômeno linguístico, possibilita desenvolver uma nova forma de gestão empresarial para enfrentar os problemas práticos em seu cotidiano. Sempre existem ruídos nas organizações e eles indicam novas possibilidades para pensar os processos produtivos. Afirma que é possível articular e ativar a rede de compromissos entre os sujeitos que compõem a organização para, em ato, realizarem novas possibilidades nos processos de gestão.	Segundo Merhy (1997), a noção de “quebra” do silêncio no cotidiano das instituições abre possibilidades de interrogações sobre o modo como são operados os processos de trabalho. Para Merhy (2013) [1997], os ruídos do cotidiano expõem um dos momentos do trabalho vivo em ato nas organizações. Ele se expressa pela identificação da linguagem que cria compromissos para a ação entre as áreas de produção nos diferentes níveis organizacionais. Ao mesmo tempo, os “ruídos” são a matéria-prima para reorganizar o processo de trabalho em saúde.
Caixa de ferramentas	Gilles Deleuze <i>Os intelectuais e o</i>	A “caixa de ferramentas” é uma metáfora utilizada pelo autor em relação à produção teórica. Segundo Deleuze (1979, p.	Propõe um modelo assistencial multiprofissional centrado no usuário e em processos de trabalho submetidos às tecnologias leves. A

	<i>poder</i>	71), “[...] uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante. [...] É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa, então, de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se faz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas”. Essa metáfora é também utilizada por Foucault (2006, p. 52), quando se refere a seus livros como “pequenas caixas de ferramentas”.	composição da “caixa de ferramentas”, entendida como o conjunto dos saberes (tecnologias leves) para a produção dos atos de saúde, tem como objetivo operacionalizar esse modelo através de dispositivos gerenciadores do cuidado em saúde.
Gestão e Participação	Paulo Roberto Motta <i>Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente</i>	A gestão de qualquer organização depende do comportamento gerencial de seus dirigentes que, através de um conjunto de habilidades gerenciais típicas a qualquer gestor de sucesso, podem prover maior eficiência e eficácia para a obtenção de resultados positivos. A adoção de formas participativas é um instrumento voltado para o controle dos conflitos e para o alcance dos objetivos estipulados pela gerência. A principal forma de participação nas organizações é a cogestão.	Os trabalhadores possuem capacidades para serem sujeitos gestores, tendo em vista que são portadores de saberes eficazes e criadores de opções tecnológicas que podem mediar a conquista da autonomia, própria e coletiva, na gestão do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, são gestores do cuidado. Como intercessores coadjuvantes, podem problematizar o acesso, o acolhimento e outras ações em saúde em função da resolutividade e do aumento do grau de autonomia dos usuários. Na experiência de Ipatinga, em 1994, foi adotada como processo participativo a lógica da cogestão nas ações de saúde, nos Conselhos Municipais e Locais.

Fonte: elaborado pelo autor.

#### 4 LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO E SUAS PROPOSIÇÕES SOBRE GESTÃO EM SAÚDE

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio<sup>21</sup> possui graduação em Medicina e doutorado em Saúde Coletiva pela Unicamp. Atualmente, é docente na Unifesp, no Departamento de Medicina Preventiva, e lidera o Grupo de Pesquisa Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Dentre outras instituições da qual fez parte, Cecílio destaca, em seu currículo, a coordenação do Coletivo Paulista de Investigação em Saúde (COPAIS) (2014 - 2016), a atuação como apoiador das equipes do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) (2014- 2015); do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (DAB/SBC) (2011 – 2016); e, a atuação como Supervisor do Centro de Apoio Psico-Social da Vila Prudente/SP (2015 – 2017).

Conforme descrito no capítulo 3, o livro *Inventando a mudança na saúde* (CECÍLIO, 1994) reúne um conjunto de textos dos três autores do meu recorte analítico sobre o tema da Gestão em Saúde no qual são relatadas experiências nas quais suas proposições foram postas em prática, através do LAPA. No Prefácio, Cecílio menciona que o conjunto de seus textos é resultado de sua Tese intitulada *Inventando a mudança na Administração Pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde* (CECÍLIO, 1993), defendida no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp sob a orientação de Emerson Elias Merhy. Segundo Cecílio (1994a, p. 9), a temática desenvolvida na Tese “[...] analisa formas alternativas de gestão do setor público, sob a ótica do(s) sujeito(s) que se abrigam sob o que, no senso comum, tem-se denominado de Movimento Sanitário”. Dada a importância desse livro para as proposições de Cecílio (1994b), e por ser a principal obra utilizada como referência nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, é a versão utilizada como referência para este trabalho. Destaca-se que o capítulo utilizado como referência é intitulado *Inventando a mudança em uma região de saúde: reconstituição e análise da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS – 5) – 1983/1987* (CECÍLIO, 1994b). Nele, além da apresentação de suas proposições, o autor relata a experiência em que foi colocado em prática o modelo de Gestão em Saúde, quando atuou como dirigente daquele

---

<sup>21</sup> Informações retiradas do Currículo Lattes do autor em junho de 2019. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/0618708799649594>.

Departamento. Sobretudo, porque relata que essa experiência também serviu de referência para a implementação de suas proposições em outras instituições públicas que assessorou<sup>22</sup>.

Contudo, Cecílio (1994b) não apresenta quais foram seus referenciais teóricos, dedicando uma análise mais detalhada em outro capítulo do livro intitulado *Contribuições para uma teoria da mudança no setor público* (CECÍLIO, 1994d), que será retomado mais adiante. No Quadro 8 está sistematizado o principal texto do autor utilizado como referência nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva que trata do tema da Gestão em Saúde, seguido dos conceitos e dos referenciais teóricos utilizados por Cecílio (1994b; 1994d) em suas proposições. A partir do Quadro 8, apresento as proposições de Cecílio (1994b; 1994d), seguidas de sua análise.

**Quadro 8 – A intertextualidade nas proposições de Gestão em Saúde de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio**

<b>Principal texto de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio que trata do tema da Gestão em Saúde</b>	<b>Principais conceitos</b>	<b>Referenciais teóricos e textos originais</b>
<i>Inventando a mudança em uma região de saúde: reconstituição e análise da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS – 5) – 1983/1987.</i> (1994)	Planejamento Estratégico Situacional (PES)	Carlos Matus <i>Política, Planejamento &amp; Governo. Adeus senhor presidente: governantes e governados</i>
	Planejamento comunicativo	Javier Uribe Rivera <i>Agir Comunicativo e Planejamento Social (uma crítica ao enfoque estratégico)</i>
	Metodologia de planejamento ZOPP	<i>Metodologia de planejamento ZOPP</i>
	Gestão em Saúde	Gastão Wagner de Souza Campos <i>Reforma da reforma: repensando a saúde. A Saúde Pública e a defesa da vida</i>

Fonte: elaborado pelo autor.

No prólogo do livro *Inventando a mudança na saúde*, Cecílio (1994c) destaca que suas proposições sobre Gestão em Saúde são desenvolvidas em torno da ideia de modelos tecno-assistenciais como projetos de política, e que essa concepção toma como referência a definição utilizada por Merhy, Cecílio e Filho (1991, p.84):

[...] ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto da organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da

<sup>22</sup> As instituições públicas que assessorou, através do LAPA, foram a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba (entre junho de 1991 e agosto de 1992); e, a Santa Casa do Pará (1992) através do projeto intitulado “Em defesa da vida”. Ambos são apresentados, respectivamente, nos capítulos 3 e 4 do livro *Inventando a mudança na saúde*.

área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. [...] Entendendo deste modo que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica, para expressar-se como um projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação dos modelos como tecno-assistenciais, pois achamos que desse modo estamos expondo as dimensões chave que o compõem como projeto político.

Cecílio (1994c, p. 23) destaca que essa definição orientou as experiências que constituem o material empírico de suas proposições, compreendendo “[...] alguns princípios gerais do movimento sanitário tais como a gestão democrática (co-gestão entre usuários organizados, prestadores e governo), saúde como direito de cidadania e serviço público voltado para a defesa da vida individual e coletiva”. Além disso, Cecílio (1994c, p. 25) sintetiza da seguinte maneira os pressupostos gerais que delimitam suas proposições:

- o reconhecimento ao sujeito social “movimento sanitário”, heterogêneo na sua composição interna, composto por vertentes diferenciadas de agrupamentos que se referem a sujeitos sociais ou blocos históricos diferentes, mas dotado de uma matriz discursiva que lhe confere sua identidade e que poderia ser expressa pela defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a democratização da gestão do Sistema de Saúde.
- o reconhecimento da validade de uma atuação a nível institucional a partir do reconhecimento do Estado como arena política de disputa de projetos societários, atravessado pelas lutas de classes e por contradições e, por isso mesmo, espaço a ser disputado para a construção de uma nova hegemonia para a saúde e para a sociedade. Este projeto defende a vida dos indivíduos e da coletividade e só pode ser pensado em toda a sua radicalidade na perspectiva da “quebra” do caráter burguês do Estado, através da conquista gradual de trincheiras, de uma reforma moral e política profunda, da qual a Reforma Sanitária é apenas um dos aspectos, conquanto essencial.
- a adoção de um modelo tecno-assistencial “Em defesa da vida” que pressupõe a garantia do acesso dos cidadãos a todo o desenvolvimento tecnológico hoje à disposição da humanidade, para prolongar e melhorar a qualidade da vida das pessoas; o desenvolvimento de uma consciência sanitária que contribua para que homens e mulheres possam caminhar no sentido de reconhecer e lutar por suas necessidades mais legítimas; o desenvolvimento de formas criativas e eficazes de controle dos cidadãos sobre o Estado, no sentido de que o mesmo possa ser um dos espaços para a construção de uma vida melhor para todos.
- a noção de que na articulação das necessidades, demandas e direitos, mais do que o imperativo dos saberes tecnológicos, se impõem disputas que os diferentes sujeitos sociais travam para inscreverem seus interesses como questões sociais, como problemas/objetos das ações políticas concretas.

No capítulo intitulado *Inventando a mudança em uma região de saúde: reconstituição e análise da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS – 5) – 1983/1987*, Cecílio (1994c) explica que seu relato é resultado de um depoimento, escrito em 1990, que faria parte de um livro que reuniria experiências de participantes do Movimento Sanitário na condição de dirigentes de órgãos públicos, nos diversos níveis do Sistema de Saúde do Brasil naquele período. Conforme Cecílio (1994c, p.89), apesar do livro não ter sido

publicado, os questionamentos feitos sobre aquelas experiências o levaram a investigações sobre o tema da Gestão em Saúde:

Como inventar a mudança no setor saúde? Como dirigentes do Movimento Sanitário comportam-se na circunstância de serem também dirigentes de órgão públicos? É possível a produção de novas formas de organização dos serviços, de renovação dos processos de gestão, de controle dos trabalhadores e dos usuários sobre o sistema, na tradição colocada pela esquerda militante do setor saúde?

No relato que segue, Cecílio (1994c, p. 90) reproduz sua experiência enquanto dirigente do DRS-5, descrevendo a ordem cronológica da implementação do modelo de Gestão em Saúde proposto:

A colagem está ordenada pela cronologia dos documentos e pelas hipóteses que vou trabalhando no relato. Tento mostrar, neste depoimento, como foram “operacionalizados” no interior do aparelho de Estado, em uma experiência específica, no setor saúde, consignas do movimento democrático que se desenrolava, naquele momento, no plano mais geral da sociedade. Ou seja, tento reconstituir como bandeiras do movimento socialista e democrático puderam ser incorporadas na prática de uma instituição, em uma determinada situação concreta.

O relato está estruturado em três etapas e são intituladas por Cecílio (1994c, p. 92) como: *Sindical*; *Formulação de um modelo de gestão e planejamento participativo (1984/1985/1986)*; e *Reforma (1986/1987)*. Como as proposições de Gestão em Saúde de Cecílio (1994c) estão descritas na segunda etapa, dedico maior atenção a ela. Ainda assim, apresento sucintamente as demais, porque retratam o contexto daquela experiência.

Quando Cecílio (1994c) atuou como dirigente do DRS-5, esse órgão pertencia à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) e era responsável pela coordenação de uma rede básica de saúde que se espalhava por 83 municípios. Em 1986, após a reestruturação da SES, o DRS-5 deixou de existir e, em seu lugar, foram criados dez Escritórios Regionais de Saúde (ERSA) (CECÍLIO, 1994c). Para situar a experiência no contexto sócio-político da época, Cecílio (1994c) destaca que a reestruturação do DRS-5 se insere em um contexto de esgotamento do ciclo da ditadura civil-militar no Brasil, seguido da ascensão das lutas populares por eleições diretas. No campo da saúde, o reflexo daquele momento pode ser observado através da criação e ampliação de políticas de acesso aos serviços de saúde públicos nas três esferas do governo, destacando três políticas principais: em 1982, a criação do Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP); em 1984, a implementação do Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS); e, em 1987, a assinatura do convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Outro aspecto ressaltado por Cecílio (1994c) se refere à ampliação, a partir de 1970, do número de

médicos sanitários na região de Campinas, tendência que foi reforçada a partir de 1983 com a inserção desses profissionais nos serviços públicos de saúde da região.

No estado de São Paulo, em 1983, foi eleito por voto direto Franco Montoro, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). No programa de saúde daquele governo, Cecílio (1994c) identifica diretrizes que ampliavam o acesso da população à rede básica com a descentralização da SES através da criação de escritórios nos distritos sanitários. Concomitantemente, em Campinas/SP, no início dos anos 1980, houve forte mobilização do funcionalismo público para a indicação de dois médicos sanitários para o cargo de dirigentes do DRS-5 em oposição às indicações até então impostas pelos governos (CECÍLIO, 1994c). Em 1983, no DRS-5, foi empossado um dos nomes indicados na eleição dos dirigentes distritais, representando, na visão de Cecílio (1994c, p.94), avanço nas reivindicações dos servidores e demarcando uma nova perspectiva para a gestão:

Coerente com este clima, a primeira iniciativa da equipe dirigente (ela própria uma composição entre as forças de esquerda) foi organizar um “seminário de participação do DRS-5”, que aconteceu no dia 14 de julho de 1984, no Salão Vermelho da Prefeitura Municipal de Campinas. O mais importante neste evento, que mobilizou a instituição nestes três primeiros meses de gestão, foi o esquema de participação. O DRS-5 era o departamento regional de saúde mais extenso do estado e abrangia, também, o maior número de municípios (83 municípios e 113 centros de saúde). Os distritos sanitários eram instâncias tecno-administrativas localizadas entre o DRS-5 e a rede de centros de saúde. Historicamente, tinham o papel predominantemente burocrático, de “repassadores de papel”, embora, no projeto da reforma que os havia criado fossem pensados enquanto implantadores e coordenadores do modelo assistencial da Secretaria de Estado da Saúde. [...] Montar um esquema de participação e discussão, em uma região tão extensa e com equipes distritais tão burocratizadas, era realizar uma verdadeira operação de guerra. Adiante que a experiência acumulada, os esquemas de comunicação até o nível das equipes de saúde e a capacidade de “capturar as sinalizações de base” foi muito útil na etapa seguinte, quando da formulação de uma proposta de gestão participativa.

Segundo Cecílio (1994c), naqueles primeiros meses de reestruturação do DRS-5, foi criado um grupo coordenador do seminário de participação do departamento que, através das equipes distritais, fez chegar a cada uma das equipes um roteiro de discussão sobre saúde para ser deliberado entre os integrantes, levantando problemas e reivindicações apontados pelos trabalhadores. Conforme Cecílio (1994c, p. 94), o roteiro foi organizado em torno dos seguintes temas: “política salarial, administração, funcionamento da rede, relacionamento interpessoal e participação popular”. Ao longo do processo foram realizadas reuniões em todos os distritos sanitários, resultando na eleição de dois representantes para o seminário que seria realizado em nível regional. Nas reuniões distritais, foram produzidos documentos que depois resultaram em “documentos-síntese a ser debatido no encontro regional, que contaria com a presença do então secretário de saúde, João Yunes, que afinal aconteceu em 14 de julho

de 1983” (CECÍLIO, 1994c, p. 95). No encontro regional, o conjunto de reivindicações era amplo, abarcando praticamente todo o conjunto de demandas do funcionalismo: “reformulação do Estatuto do Funcionalismo Público, criação de carreira, transposição de cargos, treinamentos e reciclagens” (CECÍLIO, 1994c, p. 96). No entanto, no tocante à participação popular, que era um dos objetivos principais de proposição do modelo de gestão, ficou restrita às decisões do prefeito e de seus representantes, inviabilizando a intervenção direta dos usuários na gestão dos serviços (CECÍLIO, 1994c). Apesar da ampla mobilização do funcionalismo público e das tentativas de negociação da categoria com o governo municipal e estadual, poucos foram os resultados positivos daquele período, conforme destaca Cecílio (1994c, p. 99):

As greves serão uma constante do Governo Montoro. Frequentemente longas, com mais de um mês de duração, em geral eram levadas a um impasse: o Governo não punia, mas também não negociava. A categoria se desmobilizava e a população mais carente é quem mais sofria. Todo o trabalho de organização dos centros de saúde que vinha se acumulando era destruído no período da greve. Além disso, a política de “aliança” com os trabalhadores, no sentido de conseguir sua adesão para a construção de um projeto público mais consequente na área de assistência à saúde, ficava seriamente comprometida no nível da região. Ou seja, era baixa a governabilidade dos diretores regionais para constituir uma política de recursos humanos coerente com um projeto mudancista e comprometido com os interesses da população.

Em resposta às negativas do governo, a direção da SES e a Coordenadora de Saúde da Comunidade elaboraram um manifesto do colegiado de diretores regionais reivindicando as pautas colocadas pelo funcionalismo, que foi enviado ao governo estadual. Sobre a importância deste manifesto para a experiência, o autor destaca:

O manifesto, apesar de comedido, aponta claramente para a negociação e reconhece a justiça das demandas. Para clareza deste depoimento, e deixando de lado a falsa modéstia, é necessário dizer que tive um papel destacado, enquanto diretor do DRS-5 na articulação e redação deste documento. Esta articulação com outros diretores, que ademais tinham posições muito simpáticas ao movimento, era essencial no caso de Campinas, porque era nesta região onde o movimento apresenta maior vitalidade. Ou seja, a articulação com os demais diretores e com a Coordenadora era vital para a própria manutenção da experiência campineira, na medida em que descaracterizasse um “foco de rebeldia” na região (CECÍLIO, 1994c, p. 100).

Termina, assim, o relato da fase *Sindical* da experiência. Para Cecílio (1994c), a principal característica daquele período foi a busca permanente de legitimidade do funcionalismo público no interior da SES. Diretrizes políticas como descentralização, participação e incorporação de novos atores ao processo de reestruturação do DRS-5 compuseram a segunda etapa descrita pelo autor: *a formulação de uma proposta de gestão democrática do setor público*. Essa etapa corresponde a dois anos da gestão no DRS-5, no período de 1984 a 1985. Conforme Cecílio (1994c, p. 103), essa fase é um desdobramento da

anterior, na medida em que objetivava “[...] a valorização do processo participativo como única forma de adesão efetiva dos trabalhadores de saúde para o projeto político da Reforma Sanitária. Além do mais, a democratização da gestão pública era valorizada em si, como parte da construção de uma sociedade democrática e socialista”.

Identifica-se que, nessa etapa do relato, Cecílio (1994c) apresenta de maneira mais clara suas proposições sobre Gestão em Saúde e sua implementação no DRS-5. Porém, as metodologias de planejamento e de gestão utilizadas são aprofundadas em outro capítulo, intitulado *Contribuições para uma teoria da mudança no setor público*. Os referenciais teóricos e os conceitos utilizados em suas proposições que são descritos nesse capítulo compõem o Quadro 8. Para seguir a ordem de apresentação de Cecílio (1994c), retomarei esse capítulo na sequência do relato da experiência, seguido da análise.

Cecílio (1994c) descreve que a formulação de uma determinada metodologia de planejamento e gestão para o DRS-5 foi iniciada através de uma oficina, realizada em junho de 1984, que contou com a presença de um técnico da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO). Na oficina, foi realizado o primeiro contato dos dirigentes do DRS-5 com os instrumentos de planejamento para o setor público que, posteriormente, foram aplicados em dois momentos importantes: no I Encontro dos Dirigentes do DRS-5, em 1984; e, no II Encontro dos Dirigentes do DRS-5, em 1985. Cecílio (1994c, p. 104) destaca que a metodologia trabalhada teve como objetivo principal problematizar a participação na gestão:

[...] a etapa foi caracterizada pelo esforço de tornar mais orgânico o processo de participação, no sentido de ser transformado em uma “metodologia participativa de planejamento”. Não havia um rigor metodológico na apropriação das técnicas da FLACSO, nem mesmo técnicos especializados para acompanhar o grupo. Havia uma simplificação da metodologia, por exemplo, na análise da viabilidade. *Importava mais que o processo de planejamento fosse democrático e participativo, do que o “método em si”.*

Do I Encontro resultou um relatório no qual constavam pontos centrais que foram trabalhados durante os três anos seguintes. Segundo Cecílio (1994c, p. 105), o relatório expressava os seguintes objetivos:

Objetivo geral: promover o melhor atendimento à população através do planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas no nível do DRS-5. Objetivos específicos: assegurar que o planejamento das ações executadas no nível do DRS-5 seja feito a partir de um processo que conte com a participação ampla de seus funcionários, representados pelas equipes distritais; propiciar oportunidade para que as equipes dos distritos sanitários incorporem a sua prática uma metodologia simples de planejamento; e definir diretrizes gerais que permitam estabelecer prioridades na aplicação dos recursos do DRS-5 no ano de 1985.

Conforme Cecílio (1994c, p. 105), a principal intenção expressa no relatório era instituir um “planejamento em cascata” com participação dos trabalhadores em todos os níveis de decisão na estrutura do DRS-5. Segundo o autor, inicialmente houve certa regularidade na participação dos dirigentes dos centros de saúde, mas limitada a uma ideia voluntarista sem que houvesse a participação efetiva de todos no processo. Cecílio (1994c, p. 106) reconhece que “[...] era um processo de participação claramente pouco efetivo, se a intenção era a criação de trabalhadores coletivos de saúde e de sujeitos institucionais”. Como resultado, identifica que houve distanciamento crescente das decisões em relação à base do funcionalismo, principalmente, no nível institucional:

Explicam este distanciamento a própria extensão e complexidade do DRS-5, a ênfase dada no trabalho com atores extra-institucionais pelas equipes distritais que tinham pouco tempo para este “trabalho interno”, a ineficácia das “técnicas de participação” já referida e, por último, mas não menos importante, a frustração dos funcionários com o Governo, que não viabilizou uma política de pessoal que corrigisse, substantivamente, as injustiças historicamente acumuladas. É bom lembrar também que outros fatores como as características de nossa rede (serviços sucateados, pouco resolutivos e desimportantes) aliadas a não existência de uma metodologia de planejamento e gestão efetivamente descentralizados, contribuíram para este distanciamento entre a direção do DRS-5 e o “fim de linha”, ou seja, a rede de serviços (CECÍLIO, 1994c, p. 106-107).

Em contrapartida, reconhece a tentativa de construção da gestão participativa através do “colegiado de equipes distritais” (CECÍLIO, 1994c, p. 107). Nesse espaço, não previsto na estrutura formal do DRS-5, eram debatidas desde questões técnicas sobre o modelo tecno-assistencial, até a dotação orçamentária do distrito com base em critérios estabelecidos na reunião do colegiado. O conjunto de reivindicações resultante desse colegiado era levado para debate na estrutura formal, funcionando como meio de pressão para promover mudanças na gestão do DRS-5 (CECÍLIO, 1994c). Segundo Cecílio (1994c, p. 107-108), além da problematização da participação na gestão, a metodologia utilizada nos dois Encontros foi aplicada de acordo com as seguintes etapas:

*Etapa 1* – levantamento de problemas: esta etapa foi realizada por uma equipe de coordenação do seminário a partir de um roteiro de questões previamente enviado aos distritos sanitários e respondido por todas as equipes distritais.

*Etapa 2* – classificação de problemas por área: esta etapa foi também realizada pela equipe de coordenação que a partir dos problemas levantados pelas equipes distritais, agrupou-os em 5 itens:

I – problemas relativos ao gerenciamento do DRS-5.

II – problemas relativos à integração interinstitucional.

III – problemas relativos às atividades meio e recursos materiais.

IV – problemas relativos a recursos humanos.

V – problemas relativos aos programas de saúde.

*Etapa 3* – estudo dos problemas e definições dos pontos críticos a serem atacados no nível do DRS-5.

*Etapa 4* – definição preliminar de estratégias a serem implantadas no nível do DRS-5 no ano de 1985.

*Etapa 5* – detalhamento das estratégias pelos grupos.

*Etapa 6* – discussão final com todos os participantes dos resultados dos trabalhos dos grupos.

No II Encontro, foram trabalhadas questões relativas ao modelo tecno-assistencial em saúde e à estrutura do DRS-5. Nele, houve maior participação dos dirigentes dos outros órgãos da SES, demonstrando avanço da política de integração e regionalização levantadas no I Encontro. Conforme Cecílio (1994c, p.110), a mesa de abertura do II Encontro foi composta por ele (à época diretor do DRS-5) e por Emerson Elias Merhy (à época diretor do Distrito Sanitário de Campinas) que abordaram, respectivamente, as AIS e o gerenciamento das unidades como pautas principais:

1. O perfil do centro de saúde integrado, regionalizado e hierarquizado, conforme a proposta da AIS.
2. Gerenciamento intra e interinstitucional (o relacionamento do Distrito Sanitário com a CIMS, a CLIS, a CRIS, o ERG e os “municípios carentes”).
3. Plano de aplicação dos recursos das AIS no primeiro semestre de 1986.
4. Controle do sistema pelos usuários.

Segundo Cecílio (1994c, p. 111), o relatório do II Encontro apresentava a definição de quais ações programáticas seriam adotadas na gestão e, também, os princípios que a rede básica de saúde adotaria no atendimento à população:

- a) definição de uma área programática para cada unidade básica.
- b) atendimento universal.
- c) acesso fácil do ponto de vista geográfico e organizativo.
- d) atenção integral a todos os grupos etários.
- e) alta resolutividade.
- f) retaguarda de ambulatórios especializados.
- g) retaguarda hospitalar.
- h) retaguarda laboratorial e radiológica fácil.
- i) desenvolver ações e contar com equipamentos compatíveis com o avanço técnico científico do estado.
- j) desenvolvimento de ações a partir do planejamento anual elaborado pela equipe local, em consonância com um diagnóstico de saúde e com os princípios da integração, regionalização e hierarquização.
- k) ser permeável à participação dos usuários criando mecanismos de informação permanente à população a respeito dos serviços prestados e das prioridades estabelecidas.
- l) ser sensível e capaz de, agilmente, adaptar-se às necessidades da população, detectada pela equipe ou apontada pela clientela, diretamente ou através de seus representantes.

Além disso, o relatório trazia algumas indicações para a organização do processo de trabalho no nível dos centros de saúde, responsáveis pela rede básica de atendimento à população (CECÍLIO, 1994c). Esse texto, na opinião de Cecílio (1994c, p. 113), significou

uma virada na forma de pensar a Gestão em Saúde, trabalhando com conceitos que eram completamente estranhos aos trabalhadores:

Refiro-me, por exemplo, à utilização da palavra *gerente* ou as ideias de atenção integral à saúde garantida pela equipe e não na abordagem individual de um profissional. Ou ainda, a ideia da “velha” rede básica assumir o pronto atendimento, abrir-se para as necessidades reais das pessoas, vistas como pessoas dotadas de uma subjetividade, demandantes da atenção para suas mazelas atuais e não meros componentes das curvas e gráficos que o saber epidemiológico nos propicia. Esta discussão da abertura da rede aos usuários era uma verdadeira denúncia contra a escandalosa repressão de demanda então existente, quase sempre justificada pela necessidade de cumprimento dos “cânones dos programas”. E, não se diga que o que estava apontando ali era a incorporação pura e simples da assistência médica, embora esta fosse uma estratégia fundamental. Estava colocada, naquele momento, uma “terceira via” entre modelos “polares”, quais sejam, o pronto atendimento e os programas tais como foram desenvolvidos nos últimos anos.

Segundo Cecílio (1994c, p. 115), os dois Encontros propiciaram a elaboração das bases necessárias para a reorganização do modelo tecno-assistencial: “Incorporar a assistência médica, comprometer-se cada vez mais em tornar a rede pública continente para os que dela precisavam era, para nós, uma forma de construir legitimidade para uma proposta de mudanças sociais que extrapolava o setor saúde”. Naquele processo houve a preocupação de construir duas legitimidades: uma externa e outra interna. A externa foi vinculada a um projeto social mais global que tentava mostrar à sociedade um setor estatal operativo e resolutivo. A interna dizia respeito à construção de um consenso em torno das bases do funcionalismo e dos dirigentes distritais para um projeto político no campo da saúde: “A base para a construção desta legitimidade interna dava-se no próprio processo democrático de gestão: a utilização permanente de fóruns de debates, a realização de seminários, a descentralização efetiva do poder decisório” (CECÍLIO, 1994c, p. 116). Assim se encerra o relato sobre a experiência no DRS-5 que, para o autor, teve uma ligação estreita entre o projeto político mais global do movimento sanitário e a modelagem do processo de planejamento e gestão que foram aplicados naquele período.

No capítulo *Contribuições para uma teoria da mudança no setor público*, Cecílio (1994d) apresenta quais foram os referenciais teóricos e os conceitos utilizados em suas proposições sobre Gestão em Saúde que embasaram a implementação do modelo de gestão no DRS-5 e as experiências posteriores em que teve participação. A respeito da seleção de suas referências, Cecílio (1994d, p. 243-244) faz a seguinte ressalva:

A seleção dos autores que aqui é feita traz consigo o risco da injustiça, na medida em que, com certeza, outros trabalhos foram importantes nesta etapa. Porém, assume-se o risco e centra-se a atenção na obra de Carlos Matus [...] e nas formulações de Gastão Wagner de Souza Campos [...]. Além do mais, as experiências conduzidas já na década de 90, em particular as de Piracicaba, Belém

do Pará e de Ipatinga, foram muito pensadas a partir do espaço de reflexão coletiva em que se transformou o Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) do DMPS/Unicamp, de maneira que outras investigações teóricas, outros “livros” fundamentais eram contemporâneos e explicitamente apropriados na condução das experiências. Em particular, as contribuições originais de Emerson Elias Merhy sobre a constituição de atores, seus discursos e suas disputas nos espaços públicos de formulação, decisão e execução de políticas de saúde [...]. Não que estes autores fossem suficientes, mas, com certeza, indispensáveis para uma armação teórica-metodológica inovadora no campo de planejamento e gestão do setor público.

Cecílio (1994d) acrescenta que sua contribuição na elaboração de um aporte teórico-metodológico para a Gestão em Saúde e a implementação do modelo proposto nas experiências relatadas foi realizada em parceria com Emerson Elias Merhy e Gastão Wagner de Sousa Campos, adaptando a obra de Carlos Matus às intervenções no campo da saúde. Conforme Cecílio (1994d), a utilização das técnicas de planejamento desenvolvidas por Matus (1993) possibilitava ultrapassar as insuficiências do planejamento tradicional, que eram amplamente utilizadas na aplicação do método CENDES-OPS. Relata que, em maio de 1988, utilizou o referencial de Matus como aporte teórico para a formulação de instrumentos de planejamento, na SES, que orientassem o processo de implantação do SUDS. Nesse sentido, identifica-se que a **primeira intertextualidade** de Cecílio (1994d) é com **Carlos Matus**, ao utilizar o **Planejamento Estratégico Situacional (PES)** em suas proposições. Para a apreensão dos conceitos utilizados em suas análises, Cecílio (1994d) informa que tomou como referências principais de Matus as obras *Política, Planejamento & Governo* (1993) e *Adeus senhor presidente: governantes e governados* (1996a). Cecílio (1994d) inicia o capítulo apresentando sucintamente os fundamentos teóricos do planejamento em Matus (1996a) e descreve, na sequência, a operacionalização do método PES a partir dos textos originais de Matus (1993).

Para abordar os fundamentos teóricos do planejamento em Matus (1996a), Cecílio (1994d) apresenta três conceitos que são nucleares nas proposições dos textos originais: situação; ação social; e, produção social. Cecílio (1994d) apresenta sua leitura do conceito de situação em Matus (1996a), identificando-o como a possibilidade de rompimento da compartimentalização que as ciências sociais criaram para explicar a sociedade, visto que se apoia na intuição globalizadora do homem em ação. Conforme Cecílio (1994d), o conceito de situação pressupõe o conflito no sentido de que todos os atores sociais compreendem a realidade de acordo com a situação em que se encontram e a partir daí atuam na produção de fatos sociais. Cecílio (1994d, p. 252) centra sua atenção na importância que o conceito tem para o enfoque metodológico de Matus (1996a), pois compreende que é a base teórica do PES:

Quando ele apresenta suas formulações de uma teoria da ação, ele o faz a partir de uma “visão situacional”, por exemplo, ao afirmar que o conceito de ação não tem sentido absoluto ou igual para todos os atores, nem pode ser precisado no “vazio situacional”, ou seja, a ação só é concreta em uma situação concreta e tem significados diferentes para os diferentes atores sociais.

Para Cecílio (1994d), a centralidade na proposição de Matus (1996a) é o reconhecimento de que o outro também formula e joga, isto é, os atores sociais interagem constantemente a partir da situação em que se encontram num determinado contexto histórico. “Esta concepção permeia toda a construção metodológica de Matus e a tentativa de formalizar o ‘como lidar com a incerteza’ é um dos aspectos mais instigantes (apesar das lacunas da elaboração) de sua obra” (CECÍLIO, 1994d, p. 253). Contudo, na apresentação das proposições de Matus (1996a), Cecílio (1994d) não apresenta o significado conceitual de ator social e de jogo social – que são centrais na Teoria da Produção Social (TPS) que fundamenta o método PES de Matus (1993) – tratando os conceitos como se fossem auto-evidentes. Ao não explicar como Matus (1996a) desenvolve esses conceitos, Cecílio (1994d) apresenta de maneira superficial uma importante contribuição de Matus (1993; 1996a) que é a analogia da ação social com a participação em um jogo que abarca estratégias de conflito puro e/ou de cooperação extrema entre atores que mobilizam recursos de poder para a manutenção ou modificação da realidade social. Através desses conceitos, Matus (1996a) explicita que o poder e, em consequência, o conflito, é constitutivo da sociedade e, ao mesmo tempo, é um recurso inerente à produção de fatos sociais. Ao não explicar esses conceitos na lógica proposta por Matus (1996a), Cecílio (1994d) apresenta a TPS como se fosse uma etapa final da proposição original, quando ela é sua fundamentação. Aliás, há uma grande confusão na apreensão de Cecílio (1994d, p. 253) a esse respeito, porque entende que, em Matus (1996a), a busca de uma teoria do processo social não existiria:

A afirmação de que não existe uma teoria da produção social poderia ser contestada, se considerarmos, por exemplo, a tradição marxista de produzir, exatamente, teoria sobre a produção social. Mas, o propósito aqui é comentar a forma engenhosa que Matus ‘dá’ a ‘sua’ contribuição para a formulação de uma teoria da produção social. Engenhosa porque ele sistematiza uma forma de recortar o mundo que contribui para a formulação do enfoque metodológico [...].

Essa confusão de Cecílio (1994d) resulta da forma como ele apreende as proposições de Matus (1996a), porque vê nela um recorte da realidade dissociado do processo de produção social como elaborado pelo próprio Marx (2013). Para explicar o desenvolvimento teórico de Matus (1996a), Cecílio (1994d) afirma que a preocupação do autor é superar a produção social associada estritamente à produção econômica, insinuando a superação de um suposto economicismo marxista e reafirmando que as relações sociais estão associadas à dinâmica

social. Para tanto, recupera a ideia de Matus (1996a) quando compara o processo de produção a um jogo no qual os atores sociais estão submetidos a determinadas regras (genoestrutura), e suas jogadas (fluxos de produção social) lhes permitem acumular ou desacumular recursos (fenoestrutura). Nas palavras de Cecílio (1994d, p. 254):

Matus completa a ideia de “planos” com a da existência de “espaços”, no sentido de que em cada situação se conforma um espaço de produção possível para cada jogador e estes espaços apresentam uma recursividade entre si no sentido do espaço geral conter o espaço particular e este, o espaço singular. [...] Outro aspecto fundamental da abordagem que Matus faz do processo de produção social diz respeito à questão da incerteza. [...] Para ele, o grau de incerteza existente no processo social, ao contrário da visão do planejamento tradicional, é de tal ordem que poderia ser considerado como incerteza total, ou seja, o universo dos eventos e suas probabilidades de ocorrências não são conhecidos. Isto aceito colocaria, no limite, a impossibilidade de uma intervenção planejada sobre a realidade. Mas Matus não se dobra a esta constatação e, no desenvolvimento do método, vai procurar desenvolver, de forma muito engenhosa – embora inacabada – mecanismos que ele chama de incerteza qualitativa, na qual assume que o universo conhecido é idêntico ao universo prático.

Dessa forma, incorpora a crítica de Matus (1996a) e nega o planejamento tradicional que assume a ação como se fosse um produto de um comportamento regido por leis e, por isso, predizível. “Para ele é necessário considerar a ação humana como intencional e reflexiva, mediante a qual o produtor da ação sempre espera, conscientemente, alcançar determinados resultados em uma situação de cooperação ou conflito com outros atores” (CECÍLIO, 1994d, p. 252). A partir dessa compreensão, Cecílio (1994d, p. 253) introduz o conceito de ação social e suas sub-divisões (estratégica, regulada e reativa) como uma taxonomia própria de Matus (1996a):

A ação estratégica seria produto de um esforço especial, em situações particulares. Aqui Matus está se referindo às operações que são desenvolvidas a partir do processamento de problemas. As ações estratégicas compõem um plano ou projeto de ação. As ações reguladas referem-se a processos repetitivos e que, portanto podem ser normalizados. No interior de uma instituição é possível estabelecer mecanismos de respostas rápidas e automáticas às necessidades ou demandas das unidades de trabalho, de forma que este tipo de ação não ocupe a atenção da direção superior.

Se constata, mais uma vez que na exposição realizada por Cecílio (1994d) não há clareza do que em Matus (1996a) são fundamentações teórico-conceituais e do que são aspectos operacionais. Assim, apresenta como subdivisões a ação social o que, de fato, são ações pontuais no momento operacional. Para que fiquem mais claras essas críticas, faço aqui uma síntese do meu entendimento sobre as proposições de Carlos Matus para, posteriormente, retomar o texto de Cecílio (1994d).

A compreensão dos fundamentos do PES passa necessariamente pela apreensão de uma das formulações mais interessantes de Matus (1996a) que é uma teoria para compreender o processo de produção social. Conforme Matus (1993), uma ciência horizontal requer uma teoria global que explique toda a criação humana e que não se restrinja a uma teoria parcial da produção restrita a determinado campo do conhecimento. Nesta tarefa, afirma que o conceito de situação, apoiado no de produção social, rompe com os compartimentos que as ciências sociais construíram para explicar a realidade. Assim, a situação se apresenta como unidade da realidade. Segundo Matus (1996a), a situação é a chave para entender o outro e assimilar seu ponto de vista. Explicar a realidade em que se vive supõe, necessariamente, considerar o papel dos outros e penetrar em suas explicações, sempre levando em consideração o contexto situacional em que estão implicados. Por isso, a compreensão de uma situação depende sempre de quem explica, para quem explica, a partir de qual posição explica e em face de quais outros explica. Para Matus (1996a, p. 156), “[...] explicações diferentes sobre uma mesma realidade não só significam *diferentes respostas para as mesmas perguntas*, mas também *diferentes respostas para diferentes perguntas*”. Matus (1996a) explicita que a origem do conceito de situação provém das contribuições de filósofos como Heidegger<sup>23</sup>, Sartre<sup>24</sup>, Gadamer<sup>25</sup> e Ortega y Gasset<sup>26</sup> sobre a ideia de estar envolvido em uma situação, de ser e fazer em uma situação, além de conhecer e explicar em uma situação ou a partir dela.

Destaca que uma das principais influências para sua concepção é a perspectiva desenvolvida por Ortega y Gasset ao conceber a “razão vital”, que é situacional, acima da “razão abstrata”, apontando que a situação fala por si mesma e completa a linguagem formal ao conferir um significado livre de equívocos (MATUS, 1996a, p. 150). De acordo com Matus (1996a, p. 151), em Ortega y Gasset “[...] o contexto situacional complementa o texto da linguagem nas conversações, do mesmo modo como o contexto situacional complementa a explicação do texto situacional pertinente à prática da ação vital. *O significado não existe fora da situação*”. Ou seja, a situação real (concreta), a partir da qual se fala e se escreve é o contexto de toda expressão, sendo a linguagem sempre referida a essa situação. Outro autor relevante para Matus (1996a) é Gadamer, para quem a ideia de situação significa que estamos dentro dela, isto é, sempre nos encontramos em uma situação, e esclarecê-la é tarefa que

---

<sup>23</sup> Obra *El Ser y el tempo* (1927).

<sup>24</sup> Obra *El Ser y la nada* (1943).

<sup>25</sup> Obra *Truth and Method* (1975).

<sup>26</sup> Obra *História como Sistema* (1971).

nunca se completa inteiramente, pois, existir historicamente significa que o conhecimento sobre nós mesmos nunca pode completar-se.

Nesse sentido, Matus (2005, p. 271) evidencia que no processo de produção social tudo o que apreciamos ou sofremos na realidade foi criado pelo homem, exceto a natureza virgem, não tocada pela prática social:

Os valores, as ideologias, as crenças, as instituições, as organizações, os sistemas, a linguagem, os artefatos da vida quotidiana, os partidos políticos, o poder de uns e a fraqueza dos outros, os bens e serviços oferecidos no mercado, as motivações, os problemas e os sonhos acerca do futuro, todos são componentes da *realidade* resultante de um processo de *produção social* muito complexo, e que exige uma *teoria geral*.

Para o autor, a essência do processo de produção social é a transformação de recursos-fonte - proveniente da natureza bruta (fenoestrutura natural) - em objetos de uso; e, do indivíduo - como ser biológico - em pessoas, como fenoestrutura social. “O processo de produção social é uma rede de práticas humanas históricas, por meio das quais os seres humanos, a partir de seu estado biológico, transformam-se em pessoas e atores, e a natureza em seu estado bruto transforma-se, parcialmente, em capital social” (MATUS, 2005, p. 275). Essa afirmação evidencia que, nas proposições de Matus, há, sem dúvida alguma, uma intertextualidade com a concepção marxista do processo de produção social. Conforme descrito anteriormente, no capítulo 3, Marx (2013) apresenta a categoria trabalho como condição natural de existência da vida humana - como mediação do metabolismo entre homem e natureza -, sendo a produção um caráter intrinsecamente social. Também em Marx (2013) se encontra a clássica formulação de que os homens fazem a história, mas não nas condições que gostariam, já que são limitados pela produção das gerações que os antecederam. Além disso, em *A ideologia Alemã*, ao evidenciarem as premissas da concepção materialista da história, Marx e Engels (2009, p. 24-25) também apresentam a concepção da produção social afirmando que da mesma maneira que a sociedade produz ela mesma o homem como homem, ela é produzida por ele:

Podemos distinguir os homens dos animais pela consciência, pela religião – por tudo o que se quiser. Mas eles começam a distinguir-se dos animais assim que começam a *produzir* os seus meios de subsistência, passo esse que é requerido pela sua organização corpórea. Ao produzirem os seus meios de subsistência, os homens produzem indiretamente a sua própria vida material. O modo como os homens produzem os seus meios de subsistência depende, em primeiro lugar, da natureza dos próprios meios de subsistência encontrados e a reproduzir. Esse modo da produção não deve ser considerado no seu mero aspecto de reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se já, isto sim, de uma forma determinada de atividade desses indivíduos, de uma forma determinada de exteriorizarem a sua vida, de um determinado *modo de vida* dos mesmos. Como exteriorizam a sua vida, assim os indivíduos o são. Aquilo que eles são coincide, portanto, com a sua produção, *com o*

que produzem e também *com o como* produzem. Aquilo que os indivíduos são depende, portanto, das condições materiais da sua produção.

Retomando Matus (2005, p. 273), no processo de produção são produzidos quatro tipos de resultados:

**Produtos-fluxos**, que são fatos e objetos de uso, ou seja, coisas materiais ou imateriais com funções atribuídas de uso terminal ou intermediário (bens, serviços, fatos, conceitos, símbolos, etc.).

**Produtos-acumulações**, que são meios institucionais, de capital ou de produção, ou seja, acervo de capital social com propriedade de produzir os fluxos (instituições, organizações, sistemas, equipamentos, máquinas, conhecimentos, valores, etc.); essas acumulações são constituídas através da fenoestruturação dos produtos-fluxos.

**Atores e pessoas**, que são *fenoestruturas humanas* geradas por sua transição de seres biológicos potencialmente sociáveis, até converter-se em atores sociais e pessoas, com um mundo interior rico, desigual e variado (o homem como pessoa, ator e ser social, com seus atributos cognitivos, emocionais e de valores).

**Regras**, que são normas de constituição e convivência social, exigidas pela coordenação do processo de produção e do jogo social, normas essas que podem ser explícitas ou tácitas, constitutivas ou reguladoras, etc.

Em decorrência, toda pessoa ou ator social realiza sua prática numa inter-relação entre seu mundo interior (constituição do sujeito) e seu mundo exterior (intercâmbio com outras pessoas), que se exprimem em produtos que constituem a base das relações sociais.

O mundo interior do homem combina as capacidades racionais com as emocionais e as axiológicas, embora haja sempre um forte predomínio das raízes emocionais. Essa estruturação do mundo interior do homem gera três características muito importantes aos seres humanos: *a tomada de consciência do outro*, a capacidade de *reflexão crítica*, e a *sensibilidade emocional*. A conjunção das mesmas cria e reforça a *intencionalidade coletiva*. Surge daí o conceito de *jogo social*. O jogo social implica obrigatoriamente conceitos de coletividade, de agregação de seres humanos em cooperação, concorrência, conflito, empatia ou antipatia. Nessa coletividade, eu faço algo como parte do *nosso* fazer. Eu e o outro compartilhamos um propósito coletivo. Sem intencionalidade coletiva não há fatos sociais, não há interação humana, nem cálculo interativo (MATUS, 2005, p. 279).

Para explicar o processo de produção social, Matus (1996a, p. 143) o descreve semelhante a um jogo no qual os jogadores ou atores sociais disputam, constantemente, recursos escassos (poder político, conhecimentos, capacidades organizacionais, econômicos, etc.) abarcando desde estratégias de cooperação pura até as de conflito extremo:

Esse processo de produção social conjuga muitos atores que *não obedecem a uma mesma ordem*. A estrutura social não é uma estrutura hierárquica, e não há probabilidade de que um chefe, mediante as ordens que dê, consiga dar coerência ao processo. O processo de produção social é um *jogo competitivo entre desiguais*, sujeito a regras que, por serem historicamente cumulativas, ao mesmo tempo em que impedem o caos do processo, regulam as vantagens adquiridas por uns em detrimento de outros. Exatamente o contrário do que ocorre com as regras esportivas, inspiradas no princípio de idênticas condições iniciais.

Contudo, na definição de Matus (1996b, p. 204), o conceito de ator social não é auto-evidente, devendo preencher os seguintes requisitos:

- a) sua ação é criativa, não segue leis, é singular e único como ente com sentidos, cognição, memória, motivações e força; é produtor e produto do sistema social.
- b) tem um projeto que orienta sua ação, mesmo que seja incoerente, errático ou parcial.
- c) controla uma parte relevante do vetor de recursos críticos do jogo [VRC], tem força e capacidade para acumular ou desacomular força e, portanto, tem capacidade para produzir fatos no jogo social.
- d) participa de algum jogo parcial ou do grande jogo social, não é um analista ou simples observador.
- e) tem organização *estável*, que lhe permite atuar com o peso de um coletivo razoavelmente coerente; ou, tratando-se da exceção aplicável a uma *personalidade*, tem presença forte e *estável* no sistema, o que lhe permite atrair, com suas ideias, uma coletividade social.
- f) pode ser um *ator-pessoa* ou um *ator-grupo*, no caso de que se trate de um líder ou da direção de uma organização. É um jogador real que acumula perícia e emite julgamentos, não uma ficção analítica. É um produtor de *atos de fala* e de *jogadas*.

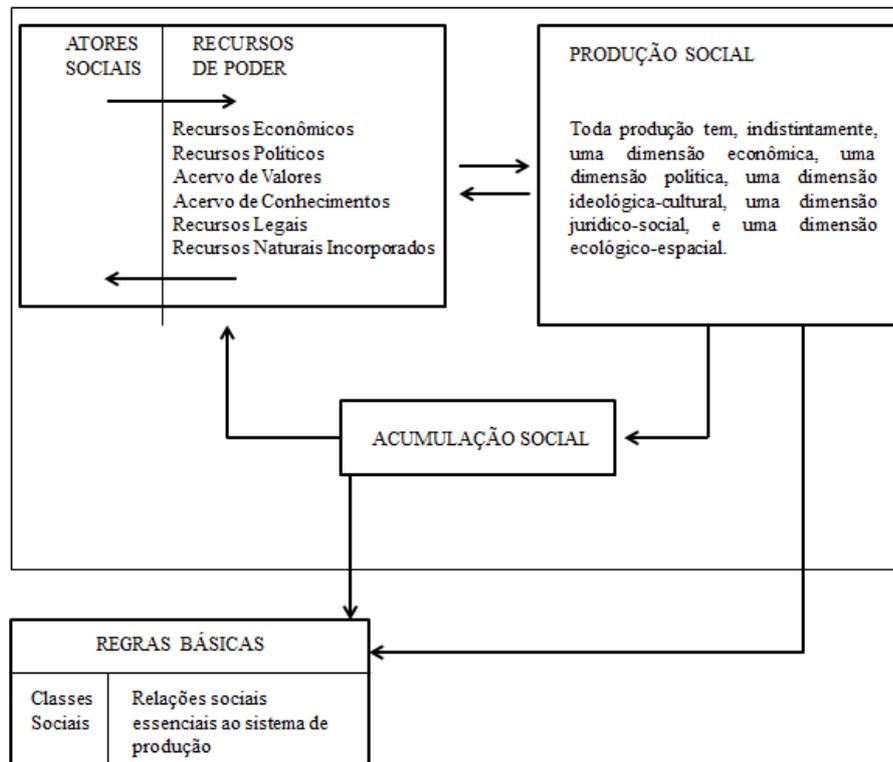
A partir dessa definição, Matus (1996b; 2005) explica como a realidade social é produzida por atores sociais detentores de projetos e capacidades que atuam sob determinadas limitações resultantes do processo histórico. No processo de produção social, cada momento de seu desenvolvimento é uma realidade mutável, e cada nova realidade é uma modificação da anterior. Assim, os recursos que os atores sociais dispõem (culturais, econômicos, científicos, políticos, etc.) para realizar suas ações aumentam, diminuem ou mudam qualitativamente de acordo com a dinâmica da realidade (MATUS, 1996a). São os fatos sociais que permitem aos atores acumular ou desacomular recursos, compreendendo relações de poder, de força e de destreza, da mesma maneira que mudam a situação mediante a ação humana. Conforme Matus (1996a, p. 144), no processo social, a situação dos atores não só muda após cada ato de produção, mas também muda de modo diferente para cada um dos atores:

As capacidades de produção dos jogadores não são inamovíveis: são adquiridas na prática do jogo. A aquisição de capacidades é um processo de fenoestruturação que se assenta na identidade dos jogadores, ou em suas posses. Durante o jogo, como também acontece no sistema social, esse processo cruza múltiplas dimensões. Por exemplo: os jogadores fenoestruturam habilidades práticas, conhecimentos sobre outros jogadores, destreza para extrair o máximo de possibilidades das regras do jogo, sagacidade para identificar problemas em potencial, capacidade para desenvolver critérios de eficácia nas decisões de cada jogada, etc. Da mesma forma, acumulam recursos econômicos e poder político. Reforçam, também, certos valores, como a ânsia de acumulação e ganho. Esse tipo de fenoestruturação modifica os próprios jogadores, como seres lúdicos ou como seres sociais.

As combinações de todos os eventos que podem ocorrer na produção social estão de acordo com o espaço de variedade permitido pelas regras sociais básicas, que Matus (1996a) denomina como genoestruturas. “Essas regras permitem que cada ator disponha de um quadro ou espaço de possibilidades dentro do qual possa guiar sua ação com relação aos outros, e

calcular o que pode ou não esperar das jogadas dos outros participantes” (MATUS, 2005, p 281). Entre elas, há uma espécie de hierarquia: (a) as regras macroconstitutivas definem as normas que asseguram um mínimo de liberdade individual e de igualdade; entre esses mínimos há um espaço de regulação ideológica; (b) as regras constitutivas criam instituições e organizações; e (c) as regras reguladoras pautam as atividades das duas anteriores (MATUS, 2005). Assim, a produção social pode ser vista como um circuito (Figura 4) no qual toda produção realizada por um ator supõe o uso de recursos de poder e de aplicação de valores e conhecimentos. No circuito, “[...] toda produção social reverte o ator-produtor como acumulação social (ou desacumulação)” de novos recursos ou capacidades de ação (MATUS, 2005, p. 283).

**Figura 4 – Processo de Produção Social**



Fonte: Misoczky (2002, p.44) adaptado a partir de Matus (1993, p. 110).

Segundo Matus (1996a), as fenoestruturas são acumulações sociais que geram ou condicionam os fluxos de produção social. O que é comum às fenoestruturas é sua capacidade de produção de fatos políticos, econômicos, valorativos, ideológicos, organizativos etc., que geram ou condicionam os fluxos de produção social. Por sua vez, todos os fluxos de produção provêm das capacidades acumuladas, não podendo superá-las. Inversamente, uma parte dos fluxos de produção não é consumida na prática social e se acumula como fenoestrutura, passando a constituir novas capacidades de produção (MATUS, 1996a). Assim, os atores sociais podem conduzir mudanças nos fluxos de produção que alterem as fenoestruturas e estas podem abrir caminho para a produção de fatos que alterem as genoestruturas.

Cada novo jogo da cadeia teria genoestruturas diferentes, e a mudança de um jogo para outro dependeria do peso ou do poder político-econômico acumulado, durante um jogo, pelos jogadores interessados em sua transformação em outro jogo que, supõem eles, ser-lhes-á mais favorável. [...] Os homens criam as regras genoestruturais, ainda que em situações concretas que não sejam eles próprios os seus autores. De fato, cada homem assume sua prática social a partir de regras genoestruturais dadas, o que fazem com que seja mais fácil compreender que todos podemos assumir a tarefa de traçar o sistema social em que queremos viver. Todavia, a força e a paixão do jogo em curso deslocam nossa atenção da luta cotidiana pela sobrevivência e levam-nos a agir *dentro* do espaço previamente permitido pelas regras genoestruturais do sistema vigente. Jogamos como se estivéssemos cegos à existência de outros jogos possíveis, porque o jogo em que vivemos absorve todas as nossas energias. [...] Essas genoestruturas são muito

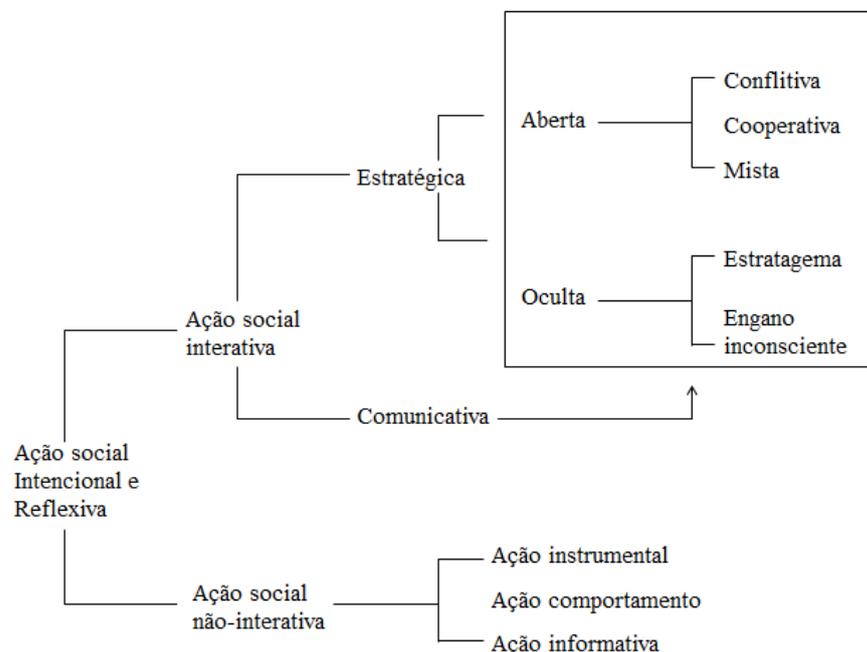
estáveis e, quando alteradas, marcam as grandes mudanças na História (MATUS, 1996a, p. 146-147).

A partir dessa abordagem teórica do processo de produção social, Matus (1996a) desenvolve sua teoria da ação, compreendendo-a como a ferramenta do homem no mundo para transformar a realidade e a si próprio que, na prática, responde a motivações diversas e mutáveis, portanto, não predizíveis sob a forma de comportamento.

[...] a ação não tem um significado absoluto ou igual para todos os atores. A ação tem uma interpretação situacional, e seu significado será ambíguo se não se explicitarem o contexto situacional e a intenção do autor. As ações das pessoas ou dos atores sociais *ultrapassam* os limites daquilo que eles *afirmam fazer*. Em outras palavras, a ação é suscetível de várias interpretações situacionais (MATUS, 1996a, p. 158).

Interessado em analisar a ação social em relação à teoria do planejamento, referindo-se ao número de atores envolvidos na ação, seus papéis, suas intenções e o processo de intercâmbio entre eles, Matus (1996a) aborda, ainda que parcialmente, a teoria da ação comunicativa de Habermas, criando uma taxonomia própria da ação social como intencional e reflexiva, conforme Figura 5.

**Figura 5 – Taxonomia da Ação Social Intencional e Reflexiva**



Fonte: adaptado a partir de Matus (1996a, p. 160).

Na taxonomia proposta por Matus (1996a, p. 159), a ação social não-interativa pressupõe uma relação entre “eu” e um “sistema” que reage seguindo leis estáveis, limitando-se a produzir efeitos previsíveis ao instrumentalizar a ação em um objeto. Por sua vez, a ação social interativa produz o cálculo interativo, isto é, entre “eu” e o “outro”, estabelecendo um

intercâmbio de movimentos e significações entre dois ou mais sujeitos-atores, podendo ser estratégica ou comunicativa (MATUS, 1996a, p. 159). Nesse caso, os atores avaliam a situação e decidem a produção seguinte, levando em consideração as possíveis ações e reações do adversário. No cálculo interativo, a ação social pode ser conflitiva e/ou cooperativa, havendo intercâmbio de ações dos atores implicados em uma situação de acordo com a posição que ocupam num determinado momento do processo social.

O que mobiliza a ação dos atores sociais é a convergência entre interesse e valor (MATUS, 1996b). O interesse indica o sinal ou posição do ator como apoio, oposição ou indiferença. Por sua vez, o valor é a importância que um ator confere em relação aos objetivos que persegue no jogo. “O valor e o interesse expressam o *ânimo*, os *desejos*, a *intenção* com que o ator escolhe ou reage diante das próprias operações e das dos outros” (MATUS, 1996b, p. 106). O resultado da convergência do interesse e do valor expressa a motivação do ator social. Porém, para agir não basta ter motivações (intenções), visto que é necessário sustentá-las. O que confere a capacidade para respaldar e sustentar as motivações é a força de um ator no processo social que, para Matus (1996b), é sinônimo de recursos de poder disponíveis para serem usados. Sobretudo, Matus (1996b, p. 119) identifica que “[...] poder é todo *recurso* e *capacidade* que permite enfrentar outro jogador *num* jogo concreto”. Matus (1996b) concebe sempre o jogo concreto, por isso, o conceito de poder não é algo em si, concebido em nível abstrato, capaz de se diferenciar do que não é poder. O poder “[...] é inseparável da situação concreta e do jogo concreto. A natureza do jogo, as circunstâncias que o envolvem e o problema específico determinam o tipo, o número e a qualidade dos recursos relevantes aplicáveis” (MATUS, 1996b, p. 121). Em Matus (1996a), portanto, a análise estratégia conduz, inevitavelmente, à questão do poder e a situação concreta em que os atores sociais se encontram no processo social, disputando recursos como cooperação ou conflito.

No PES, cujo fundamento é a TPS, Matus (1993) operacionaliza suas proposições sobre planejamento através do conceito de momentos articulados e recorrentes: explicativo; normativo; estratégico; e, tático-operacional. O conceito de momento indica a ocasião ou conjuntura pela qual passa um processo contínuo, que não tem começo nem fim definidos. Os quatro momentos encadeiam-se e se alteram constantemente em um processo no qual nenhum momento é anterior ao outro. “Em síntese, o conceito de momento no planejamento situacional permite captar o processo de cálculo que precede e preside a ação, com suas discontinuidades e interações que rompem a linearidade direcionada” (MATUS, 1993, p. 301).

No momento explicativo, Matus trabalha com o tempo verbal *foi, é e tende a ser* do plano, buscando compreender a realidade a partir dos problemas que os atores sociais declaram (HUERTAS, 1996). Para isso, utiliza a análise situacional como método de trabalho para desvendar as relações que constituem o conjunto de problemas e suas características particulares. O processo começa com a enumeração e seleção de problemas, a identificação dos atores, e termina com a explicação sistêmica cuja expressão gráfica é um fluxograma situacional. O fluxograma funciona como um mapa estratégico no qual os espaços do processo social podem ser explicitados e as relações entre os atores podem ser verificadas. “O fluxograma é um modelo diferenciador e relacionador de causas e das causas com os fatos que se quer explicar, porque verificam a existência do problema. O fluxograma descreve e classifica; e, para relacionar, estabelece conexões causais e conexões de sentido” (HUERTAS, 1996, p. 39-40). A partir dessa análise, constrói uma árvore explicativa que visa selecionar as causas sobre as quais o plano deve atuar com eficácia, que são denominadas como nós críticos do problema, devendo satisfazer, ao mesmo tempo, três condições: “ao ser eliminada ou diminuída a carga negativa contida no nó explicativo, o impacto sobre o placar do jogo deve ser significativo; a causa deve ser um centro prático de ação, isto é, não deve ser mera consequência de outras causas atacáveis em elos anteriores da cadeia causal; e, deve ser politicamente oportuno agir sobre a causa significada” (HUERTAS, 1996, p. 43). Conhecidas as diferentes posições dos atores e a explicação de cada um dos problemas, Matus (1993) indica que é necessário desenhar o conteúdo propositivo do plano.

No momento normativo, Matus trabalha com o tempo verbal *deve ser* do plano, concebendo operações para o enfrentamento dos problemas elencados na etapa anterior (HUERTAS, 1996). O principal objetivo é produzir respostas de ação em um contexto de incertezas e surpresas que são característicos da realidade social. Para isso, Matus (1993) concebe o desenho do plano a partir de problemas quase-estruturados<sup>27</sup> nos quais somente algumas variáveis são precisas e enumeráveis, dependendo diretamente da situação em que os atores se encontram.

Aqui é o ponto no qual se baseia a grande aposta do plano e todas as *apostas parciais* por problemas e por nós críticos ou subproblemas. Começa com o desenho prévio das operações e a avaliação prévia *das variantes, invariantes e surpresas* próprias do plano global e de cada problema, a formulação de cenários e planos de

---

<sup>27</sup> Conforme Matus (1996a), os problemas quase-estruturados estão determinados por regras, mas que não são precisas, nem invariáveis e nem iguais para todos. São os homens que criam as regras e as modificam para solucionar problemas. “A solução de um problema gera outros problemas conexos, porque o sistema é contínuo e não se encerra como um jogo ou uma solução de um quebra-cabeças. A eficácia de uma solução é discutível ou relativa a problemas subsequentes” (MATUS, 1996, p. 134).

contingência e a orçamentação das operações exigidas em recursos econômicos. Tudo isso é sintetizado em *árvores de apostas* para cada problema e a *árvore da grande aposta do plano*. Como apoio nesse processo, trabalha-se com um *Banco de Operações*, que inclui dois tipos de módulos: as operações do plano e as operações na etapa de pré-processamento que ficam como reservas para alimentar qualquer ajuste ou mudança no plano. Na dinâmica do PES, o plano não é artesanal, é *modular* e é formado e reformulado constantemente armando módulos processados, como forma de acumulação de conhecimentos (HUERTAS, 1996, p. 103-104).

Portanto, o plano é uma aposta que não segue uma lógica linear. No desenho, são formulados os possíveis cenários e os planos de contingência, identificando os recursos necessários para a realização das operações. Realizada essa etapa, o momento estratégico apresenta o cálculo de articulação entre o *deve ser* e o *pode ser* (MATUS, 1993).

O momento estratégico trata de analisar e construir a viabilidade direcional do plano, que está relacionada a três dimensões: política, econômica e institucional-organizacional. O objetivo é formular estratégias para tratar as operações dos atores como um processo de produção que pode ser de cooperação, cooptação ou de conflito:

Uma operação é o equivalente a uma jogada em um evento esportivo. É a unidade básica de ação que um ator realiza para mudar a realidade. O placar de um jogo só muda por algumas jogadas exitosas, mas todas as jogadas influem no resultado. Na prática do jogo social ocorre algo parecido. O plano, no método PES, é constituído de operações destinadas a mudar o placar do jogo ou VDP de cada problema até alcançar as metas propostas. A essas operações chamamos OP, e elas são selecionadas por sua capacidade para atacar as causas críticas – ou *nós críticos* dos problemas – e produzir resultados que nos aproximem das metas. Em consequência, tudo depende da eficácia das operações e de sua viabilidade política. [...] A primeira coisa que se faz numa análise estratégica é perguntar pela *posição* ou *interesse* que os atores assumem frente às operações – apoio, rejeição, indiferença pura, indiferença tática, indiferença por ignorância – e com isso descobrimos quais são as operações de *consenso* e quais são as *conflitivas*. Mas também tem de ser considerada a *importância* ou *valor* que cada ator atribui a cada operação. A conjunção de *interesse* e *valor* produz a *motivação* de cada ator em cada operação (HUERTAS, 1996, p. 75-76).

Assim, se há consenso em uma operação, a análise das motivações dos atores é suficiente para precisar a viabilidade de um plano. No entanto, se há conflitos, a viabilidade não depende só das motivações dos atores, mas também da força que respalda as rejeições, os apoios e as indiferenças. “Se a intensidade dos desejos de apoio não tem amparo na *força*, não gera uma pressão de apoio significativa; se a intensidade dos desejos de rejeição não tem força suficiente, não permite uma ação efetiva de oposição. Mas se tenho muita força e pouca motivação, tampouco exercerei uma pressão significativa em um sentido ou em outro, com respeito à viabilidade de uma operação” (HUERTAS, 1996, p. 77). Assim, a viabilidade de uma operação depende da relação de pressões que se exercem sobre ela, e a pressão dos atores depende de sua motivação e de sua força. Em síntese, Matus (1993) apresenta o conceito de *poder* como uma potencialidade que abre a possibilidade de acumular força. A *força* como

uma acumulação concreta e realizada em um jogo em pleno desenvolvimento, sendo sinônimo de poder disponível para ser usado. E *pressão* como força aplicada por um ator em relação às ações planejadas, que depende de sua força e motivação (MATUS, 1993).

A construção da viabilidade baseia-se na possibilidade de mudar, a nosso favor, as pressões aplicáveis hoje sobre as operações inviáveis. Isto pode ser feito por dois caminhos: mudando as motivações ou os vetores de peso e as habilidades para usá-los. A análise estratégica implica aproveitar as *operações viáveis* para construir viabilidade para as *operações inviáveis*. Isso exige lidar com os *atores* relevantes do jogo, aplicar *meios estratégicos* para superar as restrições e administrar as três variáveis mencionadas: *atores, operações e meios estratégicos* através do *tempo*, por meio de sequências inteligentes. A sequência e o tempo são chaves na estratégia, já que em uma estratégia *a ordem dos fatores altera o produto resultante* (HUERTAS, 1996, p. 84).

Por fim, o momento tático-operacional trata da ação como suporte do plano que tem a finalidade de criar um processo contínuo entre os três momentos anteriores e a ação diária. Trata de recalcular constantemente o plano e de aprimorá-lo de acordo com as circunstâncias do detalhe operacional e do momento da ação:

A ação concreta faz-se no presente e tem impacto sobre o futuro. Mesmo que orientado pelo futuro desejado, o centro do planejamento é o cálculo que precede e preside a ação gerada por um arco de conjuntura. O futuro pesa no plano como uma pré-alimentação com diferentes alcances de vista – um mês, um ano, um quinquênio, uma década, etc. Trazida ao presente, essa pré-alimentação permite-nos encadear direcionalmente o que devemos e podemos fazer hoje para alcançar amanhã os objetivos com os quais nos comprometemos. O presente permite-nos o *fazer*, e o futuro indica o *deve ser*. [...] Algo parecido ocorre com a retroalimentação. O cálculo que ontem fizemos com o plano hoje é confirmado ou refutado pela realidade. A aprendizagem da relação plano-realidade é o que nos permite melhorar a capacidade de cálculo do planejador, num processo incessante e permanente de retroalimentação com a história recente. Uma vez concretizada a ação decidida, muitos outros fatores, além dela própria, irão influir na construção de uma nova situação. Certamente, essa nova situação será distinta da esperada, devendo-se, portanto, a partir dessa nova realidade, recomeçar o processo com uma nova explicação situacional e novas articulações de pré-alimentação e retroalimentação (MATUS, 1993, p. 483).

Retomando as proposições de Cecílio (1994d), identifica-se que além da apreensão superficial e do uso isolado de conceitos da TPS afirma que Matus (1993; 1996a) faz um recorte da realidade como se fosse dissociada do processo de produção social como elaborado por Marx (2013). Porém, é justamente por compreender que a realidade é constituída por atores sociais situados que produzem fatos sociais que Matus identifica o processo de produção social em sua totalidade. Sobretudo, é no desenvolvimento dos conceitos da TPS que Matus (1996a) explicita que o poder e, em consequência, o conflito é constitutivo da sociedade. Por isso, afirma que a estrutura social não é uma estrutura hierárquica, já que pode ser transformada. Para Cecílio (1994d, p. 250), a insuficiência da proposição de planejamento

de Matus (1993, 1996a) reside na ausência de um enfoque metodológico sobre o conflito interno entre os atores sociais nas organizações:

[...] Matus aparentemente não considera esta questão ao fazer a dicotomia entre planejamento diretivo e operacional, este último quase que se limitando a implementar diretrizes emanadas do nível superior. Nessa medida, a direção continuaria fazendo “planejamento imperativo” ao se relacionar com seus subordinados e fazendo um planejamento que lida com “variáveis políticas” ao lidar com o “fora”, onde é forçada a reconhecer um processo conflitivo e criativo. Embora em um ou outro ponto de seus textos Matus aponte para a necessidade de criatividade na formulação recursiva do plano, de fato parece subestimar os conflitos e atores em disputa ao olhar para “dentro da instituição”.

Conforme Cecílio (1994d, p. 263-264), no momento tático-operacional do PES, prevalece a decisão organizacional no corpo diretivo, retirando a possibilidade de disputa sobre a direção entre os demais atores sociais:

[...] Nesta medida, o desenho organizacional de Matus pode ser considerado empobrecido ou inacabado, pelo menos se considerada sua aplicabilidade ao setor público e em particular o setor saúde. Mesmo o seu característico “ecletismo” ao buscar em múltiplos autores aporte teórico para suas brilhantes formulações tanto no “desmonte epistemológico” do planejamento, como na elaboração de outros momentos, parece não dar bom resultado ao trabalhar o momento tático-operacional. O autor fica preso a um certo “decisionismo”, embora relativizado por uma “reinterpretação” situacional (o ator cria alternativas e não decide entre alternativas prévias) e pelo reconhecimento que faz da existência de múltiplas racionalidades no processo de decisão. Por esta razão, apesar das ideias apontadas por Matus no momento tático-operacional [...] bem como nos outros momentos, terem contribuído na condução das experiências mais recentes, elas podem ser consideradas insuficientes para o modelo de gestão da administração pública que é o objeto da presente investigação. Em particular, pode ser destacada certa dificuldade de operacionalização do “PES na prática” e, mais importante, as suas ideias sobre gestão do setor público [...].

Ainda que Matus (1996b) tenha uma preocupação com a alta-direção, no momento tático-operacional fica claro que a ação concreta e diária é construída por todos aqueles que se envolvem no processo, não apenas na alta-direção. Para abordar sobre o conflito interno nas organizações, que não encontra no PES, Cecílio (1994d) aproxima proposições teóricas contraditórias ao articular o **Planejamento Comunicativo** de Uribe Rivera (1995) com a arquitetura conceitual de Matus (1993; 1996a). Dessa maneira, a **segunda intertextualidade** de Cecílio (1994) é com as proposições teóricas de **Rivera (1995)**, que tem como fio condutor a Teoria da Ação Comunicativa (TAC) desenvolvida por Habermas (GUTIERREZ; DE ALMEIDA, 2013). Conforme Cecílio (1994d, p. 273-274), a ideia do planejamento proposta por Rivera (1995) serviu de apoio concreto ao trabalho institucional desenvolvido no DRS-5 e, em particular, às atividades docentes desenvolvidas nos cursos de especialização em Saúde Pública promovidos naquele período:

O livro era pioneiro no sentido de popularizar textos de Carlos Matus e de Mario Testa para um conjunto maior de técnicos do setor saúde. Além disto, resgatava as linhas gerais do desenvolvimento do planejamento na América Latina (material da Dissertação de mestrado do autor), e apontava algumas indicações para uma discussão a respeito do “planejamento comunicativo” (a partir da obra de Habermas) que o autor desenvolveria posteriormente em sua Tese de doutoramento e que analisa-se adiante. [...] Pode-se afirmar que, aquele esforço teórico, mesmo não lastreado empiricamente (e por isto mesmo com problemas operacionais e deficiências) funcionou como estímulo para que o autor deste capítulo continuasse explorando contribuições tanto de Matus como de outros autores no sentido de desenvolver uma metodologia adequada ao modelo de gestão que vinha sendo explorado.

Como Cecílio (1994d) ressalta a importância dessa apreensão conceitual para sua proposição, apresento a seguir o desenvolvimento do conceito em Rivera (1995) para analisar a intertextualidade na sequência. Para Rivera (1995), no enfoque estratégico de Matus (1993), há uma superestimação do cálculo político sobre o cálculo técnico, além da sobrevalorização do conflito, determinando uma perspectiva objetivizante no que tange às relações interativas que caracterizam o planejamento. Nos dizeres de Rivera (1995, p. 12):

Ao generalizar o conflito, este último enfoque desconsidera relativamente a possibilidade do entendimento, da cooperação e da negociação. Dizemos que o enfoque estratégico reifica a interação política, na medida em que a possibilidade do entendimento, na fixação de “compromissos” de ação, cede lugar à instrumentalização e à indução dos “outros” (atores). Cientes da validade relativa do enfoque estratégico em contextos conflituos, nossa crítica se dirige à tentativa de fazer desse cálculo um tipo de racionalidade geral ou de síntese.

Sob essa perspectiva, Cecílio (1994d) apresenta o planejamento comunicativo como alternativa ao enfoque estratégico de Matus (1993), trabalhando com os conceitos “agir estratégico” e “agir comunicativo” a partir de Habermas (RIVERA, 1995, p. 13). De acordo com Gutierrez e de Almeida (2013, p. 153), a TAC se fundamenta no conceito de ação, “[...] entendida como a capacidade que os sujeitos sociais têm de interagirem intra e entre grupos, perseguindo racionalmente objetivos que podem ser conhecidos pela observação do próprio agente da ação”. Conforme os autores, Habermas prioriza as ações de natureza comunicativa para a compreensão do ser humano em sociedade, ou seja, referentes à intervenção no diálogo entre vários sujeitos. É no mundo da vida (MV) que se dá a busca comunicativa de consensos através da ação comunicativa, como um processo que atua cotidianamente sobre as formas de reprodução cultural, de interação social e de socialização. Dessa maneira, o MV é complementar à ação comunicativa, tendo a linguagem como o meio de comunicação que serve de entendimento entre os indivíduos para que coordenem suas ações revalorizando suas compreensões e construções intersubjetivas sobre a realidade (GUTIERREZ; DE ALMEIDA, 2013).

Na ação comunicativa, portanto, o propósito de todos os participantes é construir harmoniosamente uma definição comum de situação, estabelecendo uma relação de consenso que serve de base para a coordenação de planos e de ações individuais. Conforme Gutierrez e de Almeida (2013, p. 156), as ações estratégicas, por sua vez, contrapõem-se às ações comunicativas, porque estão submetidas a um sistema supostamente auto-regulável que controla o MV, subordinando-o aos subsistemas dirigidos pelos meios poder e moeda. Nesse sentido, os autores ressaltam que para Habermas o agir estratégico corresponde ao empobrecimento da comunicação como meio de consenso, já que há sobrevalorização do econômico e do estatal como subsistemas que orientam a ação dos atores no MV. No agir estratégico, portanto, a cooperação está ligada aos interesses individuais correspondentes aos cálculos egocêntricos de cada indivíduo.

Para Rivera (1995, p. 154), os conceitos de situação e de ação social propostos por Matus (1993; 1997) são definidos em virtude do agir estratégico, resultando em uma perspectiva instrumental do diálogo com os outros atores e numa absolutização das situações de conflito:

[...] Há, assim, uma reificação ou coisificação dos agentes sociais que se expressa na subordinação de seus fins à nossa estratégia de atuação. Chegamos à conclusão de que Matus tende a generalizar uma situação conflito e a priorizar uma abordagem estratégica do mesmo. À luz de Habermas, diríamos que a análise de Matus se fixa permanentemente em um determinado tipo de situação, qual seja o conflito entre mundos diferenciados e irreconciliáveis, não se detendo na análise da possibilidade, de certo real, de uma definição comum da situação a partir de um mesmo mundo da vida, ou na possibilidade de uma transformação, por uma via discursiva, do conflito em uma situação de cooperação. O autor pratica desta sorte uma unilateralização da teoria da ação, ao generalizar a ação estratégica e instrumentalizar a ação comunicativa [...].

Dessa forma, Rivera (1995) compreende que o aporte teórico de Habermas possibilita outra perspectiva de planejamento, assumindo-o como uma estrutura comunicativa, que deve ser coordenado intersubjetivamente por atores sociais que estabelecem uma relação de diálogo no sentido pragmático de se chegar a um resultado consensual a partir de uma mesma situação. Essa crítica é apreendida nas proposições de Cecílio (1994, p. 278) como alternativa ao planejamento de Matus (1993):

Sem dúvida é preciso concordar com as críticas do autor sobre a maneira como Matus maneja o poder político, no sentido de tratá-lo, nos dizeres do próprio Rivera, como um médium objetivo ou quantificável, o poder como algo tangível, multiplicável e alienável, parsonianamente. Porém, do ponto de vista da “invenção da mudança da administração pública” a crítica maior que se faz a Matus é no sentido de explorar de maneira insuficiente, por exemplo, a possibilidade de o planejamento ser pensado como estrutura comunicativa, principalmente no momento tático-operacional. [...] Nesse sentido, Matus contribui pouco ou nada para um

“planejamento comunicativo” como quer Uribe Rivera ou com o modelo de gestão do setor público que está sendo analisado neste livro.

A essa perspectiva de Rivera (1995), Cecílio (1994d) aproxima outro aporte teórico em suas proposições sobre Gestão em Saúde, adotando a metodologia de planejamento utilizada no Método de Planejamento de Projeto Orientado pelos Objetivos (**ZOPP**), configurando a **terceira intertextualidade** do autor. Conforme Cecílio (1994d, p. 264-265), houve uma adaptação do método PES com o uso desta metodologia na implementação do modelo de gestão:

[...] contribuiu muito para a formulação do modelo de gestão que aqui se discute, porque é de aplicação relativamente fácil e *bastante potente para a elaboração de projetos de governo, mesmo de alta direção, desde que complementada por uma análise de viabilidade que o “ZOPP” original não propicia.* [...] Este relato é feito porque foi exatamente uma síntese do “PES na prática” com o ZOPP (no sentido da apropriação e adaptação do que era mais interessante, em cada um deles, para as experiências que vinham sendo desenvolvidas) que foi adotada como “instrumental de planejamento” a partir da experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba e nas demais.

Além disso, apresenta que “[...] uma leitura ‘matusiana’ do ZOPP vai nos dizer que ele é mais consistente nos momentos ‘explicativo’ e ‘normativo’, na medida em que não trabalha o momento ‘estratégico’ e apenas faz algumas indicações bem genéricas para a gestão do projeto” (CECÍLIO, 1994d, p. 265). Conforme Brose (2001), a partir de 1980, o método ZOPP passou a ser utilizado pela Sociedade Alemã de Cooperação Técnica (GTZ), quando contrataram uma consultoria especializada em gerenciamento empresarial para desenvolver um sistema de projetos para atuar em qualquer setor. O objetivo principal era construir um instrumento de gerência que possibilitasse seu uso de forma participativa, integrando todos os atores envolvidos, conhecidos como *stakeholders*, com a realização do projeto em um processo de construção conjunta de decisões. Segundo Brose (2001), o ZOPP propõe uma sequência de etapas que possibilitam a um grupo refletir sobre um conjunto de ideias, opiniões e expressões individuais de cada participante, chegando ao final do processo com um Marco Lógico consensuado que define a estratégia do projeto. As etapas são compostas por três elementos: I) amplo diagnóstico que norteie as fases do planejamento; II) elaboração de um Marco Lógico; e, III) técnicas participativas de trabalho em grupo construídas conjuntamente por todos os envolvidos.

Na etapa do diagnóstico é iniciada uma reflexão conjunta pelo grupo sobre os problemas da realidade analisada, mapeando todas as organizações envolvidas, os grupos e os indivíduos que estão diretamente envolvidos com a situação problema. Feito um primeiro mapeamento, o grupo passa para uma segunda etapa de diagnóstico, que consiste na análise

dos problemas relacionados com o tema em questão - momento do desenho da “árvore de problemas” (BROSE, 2001, p. 180). A partir disso, é realizada a elaboração da árvore de objetivos que consiste em construir uma visão de futuro conjunta para a implementação do projeto. Após, é construída a estratégia do projeto para intervir na realidade analisada com o propósito de montar um “Marco Lógico” que tem por objetivo definir a execução do planejamento (BROSE, 2001, p. 182). Nele, estão delimitados os objetivos (Objetivo Superior e Objetivo do Projeto) que expressam a estratégia de ação e os resultados almejados. No próximo passo, o grupo efetua uma Análise de Risco, listando e analisando possíveis ameaças para a consecução dos objetivos almejados. Por fim, são definidos indicadores que permitem aferir, monitorar e avaliar o projeto, indicando quais medidas corretivas devem ser adotadas na medida em que os objetivos do projeto não estiverem sendo alcançados.

Na utilização do método ZOPP, Cecílio (1994d) descreve que foram realizadas adaptações nas etapas de implementação do modelo de gestão proposto, mesclando o ZOPP com as proposições desenvolvidas no PES (MATUS, 1993). Nas palavras de Cecílio (1994d, p. 266):

Tem-se trabalhado, nas experiências assessoradas pelo LAPA, sistematicamente, com o desenho de “árvores” e não com a elaboração de “fluxogramas situacionais” em função, principalmente, de sua maior facilidade e possibilidade de apropriação pelo grupo. No entanto, utiliza-se a ideia dos descritores, conforme trabalhado por Matus no “fluxograma” para obter um maior rigor explicativo.

Por fim, para o desenho estratégico do planejamento e o alcance dos resultados almejados, Cecílio (1994d, p. 267) destaca:

A definição de resultados, na técnica original do ZOPP, é fruto de uma certa análise de factibilidade tendo em vista o grau de governabilidade que o ator que faz o projeto tem. Neste sentido, os resultados têm como uma de suas exigências que sejam “realistas”. Isto é perfeitamente aceitável em condições de baixíssima governabilidade ou quando o objetivo maior é a simples captação de recursos via projeto. Na experiência do LAPA tem sido adotada a orientação de estimular o ator que estava planejando, em situação, a definir resultados menos “realistas” e mais condizentes com o projeto político em jogo. Isto significava uma “mixagem tecnológica” ao fazer uma utilização de categorias e formas de operacionalizar o ZOPP, porém com uma leitura “situacional” típica do PES, ao estabelecer, por exemplo, resultados “irrealistas” que deveriam ser transformados em realidade, ou, no dizer de Matus, para os quais era necessário construir viabilidade. Nesse sentido, *a técnica de planejamento que foi utilizada em todas as experiências, ao mesmo tempo em que fazia uma clara referência ao PES enquanto enfoque metodológico, trazia a marca da “heterodoxia” na medida em que lançava mão de uma “técnica de fazer projeto” (no caso o ZOPP) que parecia mais adequada às condições reais de trabalho. Embora o ZOPP apenas fosse insuficiente.*

Por não compreender a dimensão do poder compartilhado e como crítica ao que considera insuficiente em Matus (1993; 1996a), Cecílio (1994d) aproxima proposições teóricas contraditórias ao articular o conceitual na TAC de Habermas através do Planejamento Comunicativo de Rivera (1995). Ao utilizar o conceitual habermasiano na análise do conflito interno às organizações, Cecílio (1994d) inviabiliza a compreensão do poder como recurso em disputa e inerente à produção de fatos sociais, porque entende que valores contraditórios podem ser resolvidos de forma consensuada. Sob essa perspectiva, em suas proposições o poder é subordinado à estrutura organizacional. Logo, impossibilita qualquer tipo de modificação das regras sociais básicas, ou seja, daquelas que genoestruturam a sociedade (MATUS, 1996a). Através de uma definição comum de situação para os atores sociais, entende que por uma via discursiva o conflito pode ser superado pela cooperação, chegando a um resultado valorativo que contempla os interesses de todos. Incorporando a TAC, a partir do Planejamento Comunicativo de Rivera (1996), identifica-se que o sentido das proposições de Gestão em Saúde de Cecílio (1994d) se restringe a uma compreensão da realidade como expressão discursiva de atores sociais que supõe situados em um mesmo mundo da vida, para usar uma expressão habermasiana.

No entanto, para Matus (1996a), a explicação da realidade supõe que o contexto no qual os atores sociais estão situados é complementar à linguagem. Ou seja, a situação é o contexto de expressão da linguagem, conferindo a ela seu significado. Dessa forma, entendo que essa compreensão de Matus (1996a) é semelhante à proposição de Bakhtin (2006), porque também identifica que a dimensão discursiva é sempre situada, isto é, contextualizada social e historicamente, tendo a propriedade de ser o produto da interação de indivíduos socialmente organizados. Assim, compreendo que a forma como Cecílio (1994d) apreende as proposições de Matus (1993; 1996a) inviabiliza a utilização do PES em seu modelo de Gestão em Saúde e, por isso, opta por uma metodologia operacional mais simples através do ZOPP, já que, nessa concepção, há uma pretensa harmonia organizacional que tenta converter os atores sociais em disputa em torno de decisões consensuais.

Após o relato das metodologias de planejamento utilizadas em seu modelo de Gestão em Saúde, Cecílio (1994d) apresenta a ideia de gestão que inspirou suas proposições. Assim, identifica-se a **quarta intertextualidade** do autor: as proposições de **Gestão em Saúde** de Gastão Wagner de Souza Campos. Como as proposições originais de Campos serão apresentadas e analisadas detalhadamente no capítulo 5, neste momento apenas apresento a forma como Cecílio (1994d) utilizou essas proposições. Conforme Cecílio (1994d), as

formulações de Campos (1991; 2006) foram retiradas do capítulo 4 de sua Tese intitulada *Reforma da reforma: repensando a saúde* (1991), e do livro *A saúde pública e a defesa da vida* (publicado em 1991 e reeditado em 2006), em particular os capítulos 5, 6 e 7. Todavia, é importante ressaltar que Cecílio (1994d) não contextualiza as proposições originais de Campos (1991; 2006) se debruçando, então, superficialmente sobre algumas citações diretas de trechos retirados dos textos originais, seguidos de seus comentários. Nesse sentido, retomo nos textos originais de Campos (1991; 2006) os trechos utilizados por Cecílio (1994d), conforme a ordem de sua exposição. A Tese de Campos (1991) foi escrita num contexto em que a Reforma Sanitária ainda estava em curso no Brasil, refletindo as transformações do setor saúde com a instituição do SUS e a recente garantia, na Constituição de 1988, da saúde como direito. Em sua Tese, analisa as contradições e as injustiças do modelo neoliberal, evidenciando que a lógica de mercado predominante nos modelos de Gestão em Saúde produz as mazelas das políticas sociais do setor. Ao mesmo tempo em que reflete, na posição de militante do movimento sanitário, sobre as limitações e as contradições internas do próprio movimento e o resultado disso na construção das proposições do SUS. Por fim, apresenta propostas de reformulação da organização à atenção à saúde na área pública, a partir de métodos de planejamento, de gestão e da prática dos profissionais da saúde.

No outro texto, também escrito no mesmo período, Campos (2006) detalha algumas diretrizes presentes em sua Tese, objetivando a transformação do sistema público de saúde em contraposição às práticas gerencialistas na perspectiva da democratização dos instrumentos de gestão, da descentralização da rede de saúde, do planejamento das equipes e das unidades de saúde, e da participação paritária dos trabalhadores, usuários e prestadores de serviço nos Conselhos de Saúde para a definição das diretrizes das políticas sociais de saúde. Para Cecílio (1994d, p. 269-270), Campos representa uma determinada forma de pensar a Reforma Sanitária, conferindo-lhe um papel de intelectual engajado ao projeto político do Movimento Sanitário:

De fato, Sousa Campos faz uma “leitura militante” traduzida em textos de polêmica ou dirigida aos trabalhadores de saúde quando no exercício do cargo de Secretário Municipal de Saúde de Campinas. É essa produção teórica, em vários aspectos frutos de uma formulação coletiva que o autor ia sintetizando, reformulando (e devolvendo aos trabalhadores) no “calor da batalha”, que contribuiu de maneira determinante para que o autor deste capítulo pudesse ir “juntando as peças” que faltavam no desenho do modelo de gestão e planejamento que vinha estudando e testando há alguns anos. A experiência na assessoria na área de planejamento da Secretaria de Saúde de Campinas contribuiu muito no sentido de conseguir fazer a aproximação do instrumental de planejamento concebido a partir das formulações de Carlos Matus com o processo de gestão. [...] Foi no contexto daquela experiência que se foi confirmando, entre outras coisas, que não havia diferença entre gestão e

planejamento e as possibilidades imensas de intervenção criativa de um coletivo de trabalhadores no sentido de transformar as condições de trabalho e melhorar a vida daqueles que dependem dos serviços públicos [...].

Cecílio (1994d, p. 270) compreende que as proposições de Campos (1991; 2006) podem ser divididas em dois grandes blocos: “[...] o primeiro fala da sua visão mais geral da questão da gerência da Empresa Pública como parte da luta pela construção de uma sociedade socialista e democrática. O outro fala de diretrizes para a operacionalização de uma nova forma de gerência”. Sobre o primeiro bloco, Cecílio (1994) cita quatro trechos dos textos originais de Campos (1991; 2006), sem contextualizar as formulações originais do autor. O primeiro trecho aborda o desenvolvimento de formas de gestão democrática no interior do Estado como uma das condições necessárias para a Reforma Sanitária:

Enfim, pode-se considerar a gestão do SUS como um fator estratégico à reforma sanitária *desde que e apenas se* a entendermos como um instrumento de exercício de poder, e se estivermos dispostos a reverter o centralismo autoritário do poder do Estado – sempre, no Brasil, exercido segundo interesses privados e em detrimento do bem-estar público -, e a fazer com que o jogo da democracia seja utilizado para estimular a criatividade, o empenho transformador dos sujeitos sociais envolvidos com a produção de serviços e com a promoção da saúde, superando sua alienação, derrotando a tradição conservadora da medicina ocidental sem comprometer o acesso de todos às benesses que o desenvolvimento tecnológico e científico colocou à disposição da humanidade (CAMPOS, 2006, p. 126)

O segundo trecho citado de Campos (1991, p. 360) critica a tradição da gestão concebida desde as Escolas Clássicas da TGA:

Nossos sistemas administrativos repousam ainda nas diretrizes de Taylor e Fayol. No fundo, imaginamos a utopia de controle absoluto, ou através de mecanismos mais tecnocráticos ou mais democráticos. Mas, sempre pensamos a ideia do controle, da normalização dos procedimentos e da transformação dos profissionais em autômatos, a serem avaliados pelos resultados de sua produção.

O terceiro trecho utilizado de Campos (1991, p. 347-348) aponta que o sujeito capaz de implementar formas renovadas de gestão em saúde é “[...] o movimento sanitário, sindical e dos trabalhadores, potencialmente interessados em implantar reformas democráticas”. Por fim, o quarto trecho menciona a auto-gestão e a co-gestão como princípios da gestão democrática, porém sem explicar o desenvolvimento desses conceitos em Campos (1991, p. 350), para quem “[...] a nova proposta teria, portanto, que combinar a auto-gestão do serviço pelos profissionais de saúde com a co-gestão do sistema, na medida em que outras forças também exerceriam o poder de planejar e comandar, conforme já vem acontecendo no Brasil”. A partir desses trechos, Cecílio (1994d) encerra sua apresentação sobre o primeiro bloco. A respeito do segundo bloco – das diretrizes operacionais para a gerência – Cecílio (1994d) acrescenta outros dois trechos dos textos originais, seguidos de seus comentários. No

primeiro trecho, retirado de Campos (2006, p. 122), Cecílio (1994d) aborda a concepção da descentralização como processo de planejamento e gestão para a organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde e no corpo diretivo:

Este tipo de gestão dos serviços tenderia a atenuar a alienação dos profissionais do seu objeto (o paciente, a saúde) e de seu instrumento de trabalho (o hospital, centro de saúde e o próprio Sistema), na medida em que os critérios de Avaliação de Desempenho teriam obrigatoriamente de se referenciar a metas qualitativas de cobertura, de integralidade das ações, de atendimento de intercorrências individuais e da adoção de medidas de prevenção.

Para privilegiar o trabalho em equipe e reorganizar os processos de trabalho nos serviços de saúde, rompendo com sua estrutura vertical organizacional, acrescenta o seguinte trecho de Campos (2006, p. 122):

No seu lugar, criar grupos com objetivos de trabalho claramente identificáveis e que reúnam todas as profissões necessárias ao desempenho da tarefa e das metas definidas, sob um mesmo comando executivo e com autonomia para coletivamente definirem a organização do seu próprio processo de trabalho e proporem metas e objetivos a serem negociados com as demais instâncias do sistema.

A partir disso, Cecílio (1994d) acrescenta que os instrumentos de gerência do setor público devem ser democratizados por meio da criação de instâncias colegiadas de direção nas unidades de saúde. Dessa maneira, Cecílio (1994d, p. 272) finaliza a apresentação de suas proposições sobre Gestão em Saúde, afirmando que “[...] essa exposição dos *livros que orientaram um conjunto de experiências* tiveram, como uma de suas características, a investigação mais sistematizada de modelos alternativos de gestão do Setor Público. Esses livros podem ser reconhecidos em cada uma das experiências, muitas vezes, convivendo de forma eclética e complementar”.

A partir do que foi exposto, no Quadro 9 apresento uma síntese das proposições sobre a Gestão em Saúde de Cecílio (1994d), discriminando os principais conceitos utilizados em sua abordagem; os referenciais teóricos e o significado do conceito original em suas proposições; e, por fim, o significado dado a esses conceitos nas proposições de Cecílio (1994d).



**Quadro 9 – Síntese das proposições de Cecílio sobre Gestão em Saúde, discriminado por principais conceitos, referencial teórico, significado conceitual nas proposições dos textos originais do referencial teórico, e o significado dos conceitos nas proposições de Cecílio**

<b>Síntese da proposição sobre Gestão em Saúde</b>			
<p>Defende um modelo tecno-assisencial denominado “Em defesa da vida” e comprometido com a mudança na Administração Pública na perspectiva da Reforma Sanitária brasileira. O modelo deve garantir espaços de participação democrática e o acesso às informações institucionais dos serviços, construindo uma metodologia de planejamento e de administração que inclua os sujeitos sociais envolvidos na organização do sistema de saúde. Alia a proposição de Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Matus (1993) com outras metodologias de planejamento como o ZOPP e o Planejamento Comunicativo de Rivera (1995), além das proposições de Gestão em Saúde de Campos (1991, 2006) na busca de estratégias de ação pelos grupos sociais organizados.</p>			
<b>Principais conceitos</b>	<b>Referencial teórico</b>	<b>Proposições nos textos originais do referencial teórico</b>	<b>Proposições de Cecílio</b>
Planejamento Estratégico Situacional (PES)	<p>Carlos Matus</p> <p><i>Política, Planejamento &amp; Governo.</i></p> <p><i>Adeus senhor presidente: governantes e governados.</i></p>	<p>O desenvolvimento da Teoria da Produção Social (TPS) e sua expressão operacional - o PES – se apresentam como uma teoria de estratégia política aplicável a qualquer campo social, compreendendo desde estratégias de cooperação pura até as de conflito extremo. Segundo Matus (1996a), a situação é a chave para entender o outro e assimilar seu ponto de vista. Assim, a TPS explica como a realidade é produzida por atores sociais situados detentores de projetos e capacidades e que atuam sob determinadas limitações resultantes do processo histórico. São os fatos sociais que permitem aos atores acumular ou desaccumular recursos, compreendendo relações de poder, de força e de destreza, da mesma maneira que mudam a situação mediante a ação humana. É uma abordagem processual que tem como referencia principal o agir em situações de poder compartilhado. Nesse sentido, Matus (1996a) explicita que o poder e, em consequência, o conflito, é constitutivo da sociedade e, ao mesmo tempo, é um recurso inerente à produção de fatos sociais.</p>	<p>Utiliza conceitos nucleares da TPS como, por exemplo, situação, ação social, e produção social, sem apresentar o significado conforme os textos originais. Ao não explicar a lógica teórico-metodológica nas proposições de Matus (1993; 1996a), Cecílio (1994d) apresenta a TPS como se fosse uma etapa final da proposição original, quando ela é sua fundamentação. Além disso, afirma que em Matus a busca de uma teoria do processo social não existiria, porque compreende que em suas proposições há um recorte da realidade dissociado do processo de produção social como elaborado pelo próprio Marx (2013). Além do uso superficial e isolado dos conceitos, Cecílio (1994d) delimita sua análise sobre o conflito interno nas organizações, aproximando proposições contraditórias ao articular a Teoria da Ação Comunicativa (TAC) de Habermas, através do Planejamento Comunicativo em Rivera (1995), com a linguagem conceitual de Matus (1993; 1996a).</p>
Planejamento Comunicativo	<p>Javier Uribe Rivera</p> <p><i>Agir Comunicativo e Planejamento Social (uma crítica ao enfoque estratégico).</i></p>	<p>A proposição teórica de planejamento em Rivera (1995) tem como fio condutor a Teoria da Ação Comunicativa (TAC) proposta por Habermas. Na TAC, o propósito de todos os atores sociais é construir harmoniosamente uma definição comum de situação, estabelecendo uma relação de consenso que serve de base para a coordenação de planos e de ações individuais. Para Rivera (1995), o aporte teórico de Habermas possibilita uma perspectiva de planejamento sustentada como</p>	<p>Utiliza a proposição de Planejamento Comunicativo de Rivera (1995) para analisar o conflito interno nas organizações. Dessa maneira, inviabiliza a compreensão do conceito de poder em Matus (1996a) ao conceber que os atores sociais compartilham de uma mesma situação e que valores contraditórios podem ser resolvidos de forma consensuada através do diálogo. Em suas proposições, o conceito de poder fica subordinado à estrutura organizacional, transformando-a</p>

		estrutura comunicativa, que deve ser coordenada intersubjetivamente por atores sociais que estabelecem uma relação de diálogo no sentido pragmático de se chegar a um resultado consensual a partir de uma mesma situação.	em expressão da realidade.
Método de planejamento ZOPP	<i>Metodologia de planejamento ZOPP</i>	É uma metodologia participativa de gerenciamento de projetos integrando todos os atores envolvidos em um determinado contexto organizacional analisado (BROSE, 2001). A metodologia ZOPP propõe uma sequência de etapas que possibilitam a um grupo refletir sobre um conjunto de ideias, opiniões e expressões individuais, chegando ao final do processo com um Marco Lógico consensuado que define a estratégia do projeto. As etapas de sua implementação compõem três elementos: I) amplo diagnóstico que norteie as fases do planejamento; II) elaboração de um Marco Lógico; e, III) técnicas participativas de trabalho em grupo construídas conjuntamente por todos os envolvidos.	Adapta o PES à metodologia ZOPP por considerar sua simplicidade e operacionalização. Utilizou a metodologia na formulação e implementação de seu modelo de Gestão em Saúde na experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-5), entre 1983 e 1987, quando atuou como dirigente daquele Departamento.
Gestão em Saúde	Gastão Wagner de Souza Campos <i>Reforma da reforma: repensando a saúde A Saúde Pública e a defesa da vida.</i>	As proposições de Campos (1991; 2006) foram escritas num contexto em que a Reforma Sanitária ainda estava em curso no Brasil, refletindo as transformações do setor saúde com a instituição do SUS e a recente garantia, na Constituição de 1988, da saúde como direito. Nos seus textos, critica a gestão sob a lógica neoliberal, evidenciando suas contradições e implicações para o setor. Em contraposição, apresenta algumas diretrizes de Gestão em Saúde: democratização dos instrumentos de gestão; descentralização da rede de serviços de saúde; planejamento das equipes e das unidades de saúde; e participação paritária dos trabalhadores, usuários e prestadores de serviço nos Conselhos de Saúde para a definição das diretrizes das políticas de saúde.	Não apresenta os significados originais dos conceitos e o sentido nas proposições de Campos (1991; 2006), mencionando apenas alguns trechos dos textos originais que considera importantes para seu modelo de Gestão em Saúde.

Fonte: elaborado pelo autor.

## 5 GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS E SUAS PROPOSIÇÕES SOBRE GESTÃO EM SAÚDE

Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>28</sup> é graduado em Medicina e doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, na qual é professor titular da Faculdade de Ciências Médicas (Departamento de Saúde Coletiva). Atua nas linhas de pesquisa sobre planejamento e administração, nos seguintes temas: SUS, Políticas de Saúde, Saúde Pública, Gestão em Saúde e Clínica Ampliada. No período de 2015 a 2018 foi Presidente da ABRASCO, na qual ainda atua como membro associado. Dentre outras instituições das quais fez parte, em seu currículo, destaca ter sido dirigente da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo no final de 1970 e início de 1980, Secretário municipal de Saúde de Campinas/SP de 1989 a 1991 e de 2001 e 2003, e Secretário Executivo do Ministério da Saúde de 2003 a 2005.

No Quadro 1, se observa a expressividade dos trabalhos de Campos como referência em quase todos os cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, já que é o autor com o maior número de publicações sobre o tema da Gestão em Saúde em sua interface com a Saúde Coletiva. Por isso, analisar o conjunto de publicações de um autor de tal envergadura não é tarefa fácil, principalmente porque suas proposições sobre o tema da Gestão em Saúde abrangem diferentes contextos da organização do sistema de saúde brasileiro. Nessa trajetória, se destacam alguns trabalhos: sua Tese, intitulada *Reforma da Reforma: repensando a saúde*, escrita em 1991 e publicada como livro em 1992; o livro *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, publicado em 1991; e um conjunto de publicações com proposições sobre Gestão em Saúde.

Campos et al. (2014) destacam algumas experiências e programas de saúde nos quais suas proposições foram aplicadas. Conforme os autores, as primeiras ocorreram no município de Campinas/SP, na década de 1990, promovendo mudanças nos serviços de saúde mental e de atenção básica, na área hospitalar, a partir da implementação de novos arranjos organizacionais e de dispositivos de gestão denominados como apoio institucional, equipes de referência e apoio matricial. Esses arranjos e dispositivos serão descritos mais adiante. Nos anos seguintes, outros municípios incorporaram esses dispositivos, por exemplo: Belo Horizonte (MG), Quixadá (CE), Recife (PE), Aracaju (SE), Rio de Janeiro (RJ) e Viamão (RS). A partir de 2003, o Ministério da Saúde (MS) também iniciou um processo de implementação desse referencial, segundo dois enfoques: “[...] apoio à gestão descentralizada

---

<sup>28</sup> As informações sobre o autor foram retiradas do currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/3446369684550232>.

do SUS – coordenado pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) da Secretaria Executiva –; e apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde – coordenado pela Política Nacional de Humanização – Humaniza/SUS” (CAMPOS et al., 2014, p. 985). Em 2008, através da criação de núcleos de apoiadores institucionais, o MS organizou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>29</sup>, baseado na estratégia de apoio matricial, sendo até hoje um dos principais programas da atenção básica no SUS. Posteriormente, essa concepção foi incorporada ao discurso oficial do MS através dos documentos que instituíram a Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>30</sup> e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>31</sup> (CAMPOS et al., 2014).

Dentre o conjunto de textos produzidos pelo autor sobre o tema da Gestão em Saúde, sua Tese de livre-docência, intitulada *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da Roda*, publicada em 2000 e reeditada em 2013, é apresentada por Campos (2013) como sua principal produção teórica por abranger o conjunto de suas reflexões e experiências de sua carreira profissional e de militância no campo da saúde. Além disso, é nesse texto que o autor apresenta seu modelo de Gestão em Saúde denominado método Paideia<sup>32</sup> ou método da Roda. Devido à importância dada pelo próprio autor e sua marcada presença nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, faço uso desse material como principal referência de minhas análises, apresentando a partir desse texto suas proposições. No Quadro 10, estão sistematizados os principais textos de Campos que tratam do tema da Gestão em Saúde, seguindo a ordem cronológica de suas publicações, além dos conceitos e referenciais teóricos

---

<sup>29</sup> Desde sua criação em 2008 pelo MS, o NASF tem como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços do SUS. Regulamentados pela Portaria nº2. 488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualmente os NASF são compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as Equipes de Saúde da Família (ESF); com as equipes de atenção primária para populações específicas, por exemplo, consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais; e, com o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2019a).

<sup>30</sup> A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão em saúde. São diretrizes do programa os seguintes temas: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência e clínica ampliada e compartilhada. O PNH está vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, contando com um núcleo técnico sediado em Brasília/DF e com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2019b).

<sup>31</sup> Criada em 2010 e aprovada pela Portaria nº2. 488, de 21 de outubro de 2011, a PNAB orienta os princípios e diretrizes gerais da atenção básica no SUS, sendo caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, desenvolvidas, principalmente, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território nacional (BRASIL, 2012).

<sup>32</sup> Conforme Campos et al. (2014, p. 985), “[...] o termo Paideia é de origem grega. Designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense: Cidadania, direitos das pessoas; Ágora, espaço para compartilhar poder; e o conceito Paideia, educação integral”.

por ele utilizados. A partir do Quadro 10, apresentarei as proposições de Campos, seguidas da análise.

**Quadro 10 – A intertextualidade nas proposições de Gestão em Saúde de Gastão Wagner de Sousa Campos**

<b>Principais textos de Campos que tratam do tema da Gestão em Saúde</b>	<b>Principais conceitos</b>	<b>Referenciais teóricos e textos originais</b>
<i>Contribuições sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde.</i> (1994)	Ser (sujeito)	Henri Lefebvre <i>Lógica Formal e Lógica Dialética</i>
<i>O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso.</i> (1998)	Planos	Guilles Deleuze e Felix Guattari <i>O que é a filosofia?</i>
<i>Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. O método da Roda.</i> (2013)	Transversalidade	Félix Guattari <i>Revolução molecular: pulsações políticas do desejo</i>  Felix Guattari e Sueli Rolnik <i>Micropolítica: cartografias do desejo</i>
<i>A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada.</i> (2014)	Trabalho	Karl Marx <i>O Capital</i>
	Contrato	Gregorio Barenblitt <i>Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática</i>

Fonte: elaborado pelo autor.

Em *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da Roda*, Campos (2013) propõe uma concepção ampliada de gestão fundamentada na articulação de conceitos da política, da filosofia, da psicologia e da análise institucional. Na introdução, Campos (2013, p. 3) explica que o principal objetivo de suas proposições é apresentar um método para analisar e gerir pessoas trabalhando em conjunto a partir da constituição de “Coletivos Organizados para a Produção de Valores de Uso”:

Estimulava-me uma hipótese: a produção de valores de uso ocorreria de modo simultâneo à coprodução do sujeito (agente da produção) e do coletivo organizado (a equipe de trabalho). Convencera-me da existência de relações intrincadas entre a atividade produtiva e a própria constituição do sujeito e das instituições. Modos de produzir coisas e de se autoproduzir imbricados, sempre: coprodução, portanto. Então imaginei um desafio: e se a gestão e o planejamento assumissem, explicitamente, como tarefa, trabalhar não somente a produção de coisas, mas também a constituição de pessoas e de coletivos organizados? E denominei a essa

segunda dimensão da tarefa produtiva com o nome de função Paideia. O desafio de construir um método que, simultaneamente, analisasse e lidasse com a produção de coisas e de pessoas. O objetivo desse trabalho: isto. Repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho. Entendê-lo com uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do sujeito e dos coletivos. O trabalho significando não somente um meio para assegurar sustento material, mas também implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades<sup>33</sup>.

Para isso, o ponto de partida é uma crítica ao que denomina “racionalidade gerencial hegemônica” (CAMPOS, 2013, p. 12). O autor identifica sua origem nas proposições de Taylor e da introdução dos *Princípios de Administração Científica* no pensamento administrativo, com um estilo de governar organizações baseado em métodos de disciplina e de controle sobre processos de trabalho que exigem a renúncia dos trabalhadores a desejos e interesses próprios, substituindo-os por objetivos que lhe são alheios. Ainda que desde Taylor tenham sido introduzidos e aprimorados outros modelos de gestão, Campos (2013) compreende que a racionalidade gerencial continua sendo o paradigma teórico e prático que orienta esses modelos sob a lógica do capital, impondo cada vez mais mecanismos de controle sobre os trabalhadores ao instituir a diferença de poder entre a cúpula diretiva e os sujeitos da produção.

A racionalidade gerencial dominante busca, como tipo ideal, o trabalhador dúctil. O trabalhador com “dureza” próxima a zero. O homem moldável. Plástico. Tornado flexível ou pelo dinheiro, ou pelo carreirismo ou pelo medo, pouco importa. Imposta a “integração” entre interesses polares, importa o apagamento “objetivo” de contradições e a resolução aparente dos conflitos. Nisto o taylorismo ainda faz escola. Não o macaco amestrado, que o pensamento cibernético se sofisticou. Não a metáfora de uma máquina azeitada. Mecânica apenas. Mas a imagem do trabalhador-computador. Hardware, descartável e passível de ser dirigido e comandado à distância. Trabalhador-máquina, ponto em sistema de rede. Porém uma máquina com certo grau de autonomia. Uma autonomia do tamanho exato do programa (software), este sim, elaborado por quem “entende do assunto”: governantes, cientistas, economistas, empresários, gerentes, todos afastados do subjetivismo dos sujeitos trabalhadores ou do mal chamado “corporativismo” dos coletivos (CAMPOS, 2013, p. 23).

De acordo com Campos (2013, p. 17), esse dilaceramento entre o processo de trabalho e os interesses e necessidades dos sujeitos se expressa na alienação do trabalho:

A alienação real dos trabalhadores é, portanto, a separação concreta e cotidiana dos produtores da gestão dos meios de produção e dos resultados de seu próprio trabalho. A expressão desse fenômeno é a impossibilidade de participar da gestão. Além da destituição do direito à propriedade há que se extrair dos Sujeitos-trabalhadores graus de autonomia, submetendo-os ao controle da cabeça de cada organização. Mais do que extrair, a alienação real impede ganhos de autonomia, ou seja, dificulta a construção dos Sujeitos como seres com vontade e potência para exercer a cogestão dos processos de trabalho. A alienação formal é resultante de

---

<sup>33</sup> Campos (2013) informa, em nota de rodapé, que adotou a licença gramatical do uso de maiúscula em substantivos comuns para destacá-los sempre que considera importantes para suas análises. Assim, todas as citações de Campos (2013) mencionadas neste trabalho foram mantidas de acordo com o texto original.

determinantes econômicos e políticos. A alienação formal somente se transforma em real por meio da mediação de métodos autoritários de gestão, que concretizam e cristalizam a primeira separação instituída pela lei e pela força; produzindo, então, por sua vez, uma separação funcional, a aqui denominada Alienação Real.

Segundo Campos (2013), um indicador concreto da alienação é a inexistência de espaços coletivos de gestão, visto que a racionalidade gerencial se assenta sobre uma estrutura vertical de poder que constribe outras formas de organização que ampliem as relações de poder e a circulação de saberes dos próprios sujeitos da produção. Contrário a essa lógica, Campos (2013, p. 165) propõe um modelo de gestão fundamentado na ideia de cogestão: “[...] ou seja, com a ideia de poder compartilhado e não poder exercido de forma solitária e isolado. Rede de poderes, diversos espaços de poder, mas sempre os pensando como instâncias de poder relativo, poder parcial. Poder sujeito a outras instâncias, mas não completamente subordinado a outras autoridades”. Nesse sentido, suas proposições objetivam estimular os coletivos organizados a produzir tanto capacidade reflexiva e autonomia para os agentes da produção, quanto compromisso e solidariedade com o interesse público:

O Método da Roda pretende instituir movimentos para a superação da visão instrumental que as escolas de administração têm sobre os denominados “recursos humanos”. Além da dimensão crítica, há que se articular uma alternativa positiva. Neste sentido, mais do que anti-taylorista, o Método da Roda pensa novos modos para analisar e operar Coletivos Organizados para a Produção. Reconstruir os arranjos estruturais, as linhas de produção de subjetividade e os métodos de gestão. [...] A cogestão de Coletivos Organizados para a Produção depende, portanto, de vontade política e de condições objetivas, e o Método da Roda se propõe a construí-las com a máxima racionalidade possível. Trabalhar os sujeitos e as instituições. Um movimento interferindo e modificando o outro. Todo o tempo. Pensar novos valores e uma nova ética; mas tratar de organizar uma vida material que estimule a lógica da cogestão e não a outra de dominação. Pensar não em dispositivos de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos; a base da cogestão, ninguém governa sozinho. Tomar a assunção de compromissos e a autonomia do sujeito como uma relação dialética, uma relação indissociável do modo com que se opera a relação entre democracia e instituição. Isto como um modo sistemático de análise do Método da Roda (CAMPOS, 2013, p. 34-35).

Nessa perspectiva, Campos (2013) apresenta as concepções teórico-filosóficas que orientam as proposições de seu modelo de gestão. Destaca-se, contudo, que o autor apresenta alguns conceitos da psicanálise, recorrendo a proposições de Freud e Lacan, por exemplo, para analisar o inconsciente e sua manifestação nas ações dos sujeitos. No entanto, esses conceitos não serão analisados, já que não possui familiaridade com tais concepções e não é o objetivo deste trabalho. Ressalta-se, além disso, que o autor não apresenta com detalhes o desenvolvimento dos conceitos utilizados, fazendo em alguns momentos citações diretas dos textos originais e, em outros, adaptações para suas reflexões. A respeito da utilização dos conceitos em suas proposições, Campos (2013, p. 8) destaca:

De fato, em *Um método para Análise e Cogestão de Coletivos* há vazios, aporias, analogias polêmicas e tratamento não sistemático de uma série de conceitos e de teorias. Não há estudo sistemático sobre nenhuma teoria e tampouco sobre o contexto histórico. O eixo central e o objetivo dessa investigação foram a construção de um Método. Sendo assim, esse foi o único tema que recebeu um tratamento sistemático. Não se discutiu exaustivamente com a tradição marxista, ou com a psicanálise e sequer com a gestão e o planejamento. Não. Os recortes, aparentemente arbitrários, desses campos de saber e de práticas obedeceram a esse propósito: construir um Método de Análise e Cogestão que discutisse com a racionalidade gerencial hegemônica. Neste sentido, houve rigor lógico. Todas as escolhas foram presididas pela intenção de se construir um Método.

Para Campos (2013, p. 62), o fortalecimento dos sujeitos e a democratização das instituições são os principais caminhos para a superação da racionalidade gerencial:

Neste sentido, estudar mecanismos de constituição dos sujeitos e de coletivos é essencial ao Método. Conhecer o modo de constituição de um Ser abre caminho para, em alguma medida, intervir-se deliberadamente sobre a produção deste Ser. Parte-se, portanto, do pressuposto de que o Sujeito e os Coletivos Organizados para a Produção são seres em constante devir. Seres constituídos desde elementos internos (imanência relativa) e externos (transcendência, igualmente relativa, do mundo entre o Sujeito e sobre o Coletivo).

Segundo Campos (2013), suas reflexões sobre a constituição do sujeito e dos coletivos se filiam às escolas filosóficas que compreendem a dialética numa concepção marxista:

O Método da Roda filia-se, pois, àquelas escolas filosóficas que sustentam a existência de relação dialética entre o pensar e o agir, entre o homem e o mundo, e entre os próprios homens. Criador e criatura embolados, todo o tempo. Um ente produzindo o outro e sendo por este mesmo outro e por outros entes que por sua vez... Coprodução. Os seres humanos como parte inseparável do mundo – o materialismo. Mas também a propriedade especial de dele se afastar – o entre parêntesis da fenomenologia, a capacidade de reflexão ou de crítica – para estranhá-lo, conhecê-lo e, às vezes, modificá-lo, com o que também se modificariam os seres humanos; porque, de fato, jamais poderiam destacar-se da condição material de pertencerem a este mesmo mundo. Marx pretendeu superar a dicotomia entre materialismo mecanicista (talvez o hoje denominado positivismo) e o idealismo religioso ou voluntarista; no entanto, poucos entre seus seguidores sustentaram esta tensão dialética entre o objetivismo e subjetivismo, algo apenas sugerido pelo velho revolucionário [...] (CAMPOS, 2013, p. 53).

Nesse sentido, Campos (2013) apresenta o conceito de “**Ser**” (**sujeito**) em **Lefebvre (1995)**, indicando que este autor concebe o ser humano a partir de um método de reflexão que não anula as influências mútuas entre o abstrato e o concreto, entre o individual e o coletivo, entre o pensar e o agir. Assim, identifica-se a **primeira intertextualidade**. Sem apresentar a obra de Lefebvre (1995), Campos (2013) apreende a categoria “Ser” nas proposições originais do autor, a partir da seguinte citação:

O ser abstrato, vazio, indeterminado; e o ser rico de determinações, desenvolvido. O pensamento se move entre esses dois polos: um, o ser abstrato, irreal, que ele parte para conhecer; outro, o ser concreto, desconhecido no início, e que o pensamento não pode extrair ou deduzir do ser abstrato, mas que ele penetra, conhece e determina ao se determinar a si mesmo, e, portanto, a um tempo, “de dentro”, por sua exigência própria, e “de fora” (para empregar esse termo clássico que não é

inteiramente exato, pois não existe um “fora” propriamente dito), pelo contato com o conteúdo e com o real (LEFEBVRE, 1995, p. 178).

Na interpretação de Campos (2013), Lefebvre (1995) expressa a noção de que o ser humano é ao mesmo tempo um estado – algo relativo à condição humana em geral ou a um indivíduo específico -, e um vir-a-ser - no sentido de um devir na práxis social. Considera, então, que o pensamento somente se afirma como movimento, sendo, portanto, incompleto, mas não esvaziado de qualquer verdade. Assim, entende que a contradição é inerente aos seres humanos e, por isso, é preciso reconhecer e lidar com essas polaridades, descobrindo as relações entre Ser e mundo, entre o social e o subjetivo, entre a essência e a aparência. A essa concepção, Campos (2013, p. 56) articula teorias da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional, destacando que o conjunto dessas proposições inspirou suas concepções sobre a constituição dos sujeitos.

Campos (2013) introduz, então, o conceito de **Planos de Deleuze e Guattari (1992)**. Identifica-se, aqui, a **segunda intertextualidade**. Informa que o conceito é utilizado em analogia com o de Deleuze e Guattari (1992) ao abordarem os Planos de Imanência na filosofia, porém sem explicá-lo. Esse conceito será abordado mais adiante em minhas análises. Para Campos (2013), a constituição dos sujeitos se realiza em função de Planos situados entre seu mundo interno (estrutura biológica e psicológica) e externo (interações sociais), reconhecendo que não há limite preciso entre ambos: “[...] ao contrário, trabalha-se com a noção de permanente interprodução entre o interno e o externo. Uma cartografia<sup>34</sup> de potencialidades imanentes e transcendentess” (CAMPOS, 2013, p. 63). Os Planos contêm regiões que conformam espaços de existência e de expressão dos modos de ser e de agir dos sujeitos:

- Uma região de forças predominantemente imanentes ao Sujeito, nucleada em três Planos internos: o da estrutura biológica, do desejo e do interesse.
- Outra região de contato do interno com o externo, onde se conformam e são expressas sínteses entre o sujeito e o seu contexto, em que estariam os Planos em que ocorrem formação de compromisso, a constituição e gestão de contratos e de projetos.
- Finalmente, uma região de forças com relativa transcendência em relação ao Sujeito, ou seja, de incidência do externo sobre o interno, em que dois grandes Planos, o das necessidades sociais e o das instituições, conformam modos de ser para o Sujeito (CAMPOS, 2013, p. 63).

---

<sup>34</sup> O termo “cartografia” é explicado por Guattari e Rolnik (1996, p.204) na lógica da micropolítica: “[...] considero as elaborações teóricas no campo psicanalítico como modos de cartografia de formações do inconsciente ou de situações que as presentificam, e das quais não se pode fazer um mapa ou uma teoria geral. Devemos estar sempre dispostos a guardar nossas próprias cartografias na gaveta e a inventar novas cartografias dentro da situação em que nos encontramos”.

Para Campos (2013, p. 64), “[...] o sujeito existe e transita entre estes vários Planos de modo consciente em alguns aspectos e inconsciente em outros. O Sujeito é pressionado por forças internas e por influências externas introjetadas, mesmo quando se apoia em si mesmo para projetar sua vontade sobre o mundo”. O autor agrupa esses Planos em três regiões: particular, singular e universal. Partindo de uma dimensão interna para uma externa, na qual a interação social é crescente, Campos (2013) compreende que o Plano da determinação biológica, do desejo e do interesse, compõe a região particular na qual a imanência reina quase que soberana, no sentido de que os planos indicam potências internas para que possa agir com relativa independência das circunstâncias externas. A região singular é o espaço de mediação entre forças imanentes e exteriores, havendo a possibilidade de se reconstruir a dominância das necessidades sociais e dos fatos instituídos<sup>35</sup>, alterando, dessa forma, as relações de poder que constituem a estrutura social. Para o autor, no Plano singular há um processo dinâmico que resulta da influência do contexto sobre o sujeito e da intervenção desse sobre o contexto e sobre si mesmo, configurando, assim, processos de coprodução. Identifica, assim, possibilidades para modificar a região universal, que se apresenta aos sujeitos por meio de instituições e de normas.

A práxis particular de sujeitos e coletivos, ainda que fundada em desejos e interesses (o que sempre ocorre!), cria múltiplos vetores que se interinfluenciam, alterando a valência máxima (transcendente) do hegemônico. Portanto, o dominante ou hegemônico nunca consegue controlar o sentido e o significado da produção de verdades, de subjetividade ou de relações sociais. Tomar certa racionalidade, ou um paradigma, ou um modo de produção, ou um conjunto de valores, como absolutamente dominantes, significa negar a possibilidade de mudança, implica desconhecer as contradições que operam entre valores dominantes e a prática de sujeitos concretos, bem como as novas sínteses que o trabalho sobre estas contradições desenvolveria. [...] No caso, ser-sujeito implica em múltiplas possibilidades de relação e de trânsito entre estes distintos Planos. A possibilidade de sofrer a influência destes Planos, mas também de reconstruí-los e, glória! A de entrar e sair deles. Entrar e sair. Construir e desconstruir. O grau de autonomia dos sujeitos depende de sua capacidade, maior ou menor, de uso combinado das variadas gradações existente na escala acima sugerida. Uma escala sem valores pré-determinados. Hierarquias situacionais, construídas e impostas pelo contexto. Tudo junto, misturado. Movimentos que quase nunca ocorreriam na ordem apresentada, diga-se, também, em benefício da complexidade das coisas (CAMPOS, 2013, p. 70).

Campos (2013) concebe a autonomia como a capacidade de lidar com esses distintos Planos, de forma a construir maior capacidade interna para alterar as práticas, o que ocorreria em graus ou em coeficientes de autonomia. Assim, através da construção de sistemas de cogestão é possível modificar as relações de poder nas instituições, objetivando outras

---

<sup>35</sup> Conforme Barembliitt (2002), um processo **instituinte** é mobilizado por forças produtivo-desejantes que tende a fundar instituições ou a transformá-las. O resultado dessa ação é denominado de **instituído** e cumpre o papel de ordenar as atividades sociais para a vida coletiva. O instituído tem uma tendência a permanecer estático e imutável, tornando-se resistente e conservador.

estruturas organizacionais que atendam às necessidades sociais e os desejos e interesses dos sujeitos da produção. Se criam, então, miríades de linhas de fuga que possibilitam rupturas com o instituído. Introduz, nessa perspectiva, o conceito de **transversalidade** de acordo com as proposições de **Guattari (1985)** e de **Guattari e Rolnik (1996)**. Identifica-se, assim, a **terceira intertextualidade**. O conceito de transversalidade<sup>36</sup> é utilizado por Guattari e Rolnik (1996, p. 125) na lógica da micropolítica e compreende a elaboração de múltiplos arranjos como alternativa para os diversos graus de verticalidade e de horizontalidade nas organizações:

Quando queremos caracterizar a “alternativa” por seu caráter processual é sinal, simplesmente, de que não podemos totalizá-la numa teoria, numa ideologia, numa prática. O que não quer dizer que vamos fazer um vago conchavo, um vago sincretismo. Pelo contrário, vamos elaborar uma compreensão sem paranoia, sem projeção ou culpabilização. Isso exatamente para que seja possível, através dessa articulação, desenvolver um processo de reflexão e de análise, todo um trabalho de metabolismo de mudança de percepção das situações, que eventualmente possa até desembocar em alianças. As alianças, nesse caso, se caracterizam por constituir sistemas de “transversalidade” cujo critério é a posição do desejo. Seria preciso instaurar dispositivos e estruturas que estabelecessem um modo de contato totalmente diferente. Uma espécie de autogestão, de auto-organização de uma problemática que não parte de um ponto central que vai dispor os elementos, esquadrihar, fazer uma ordem do dia, mas que, pelo contrário, deixa os diferentes processos singulares tentarem um desdobramento rizomático.

O conceito também aparece em Lourau (1975, p. 190), quando se refere à transversalidade como processo terapêutico de intervenção nas instituições:

A transversalidade é uma dimensão permanente, continuamente submetida a exame e continuamente renovada, da instituição. O sujeito da instituição, diz Guattari, o sujeito efetivo, isto é, o inconsciente, aquele que detém o poder real, nunca é dado de uma vez por todas. Indica também que toda possibilidade de intervenção criadora dependerá da capacidade de fazer sair da toca o sujeito da instituição. A psicoterapia de grupo, e com ela todo tipo de intervenção em um grupo, fica, então, definida operacionalmente com relação à transversalidade: só a manifestação de um nível mais ou menos grande de transversalidade que poderá chegar a dar nascimento, durante certo tempo (porque, nesse assunto, tudo se encontra sempre submetido a exame), a um processo analítico, abrirá aos indivíduos a possibilidade de se servirem do grupo como de um espelho. Então, ao mesmo tempo, o indivíduo manifestará o grupo e ele próprio. Se for o grupo enquanto cadeia significante pura que ele encontra, poderá revelar-se a si mesmo para além de seus impasses imaginários. Que seja possível a um indivíduo inserir-se no grupo segundo a maneira de ser ouvido-ouvinte e com isso ter acesso ao além do grupo que interpreta mais do que manifesta, tal é a alternativa na qual pode se propor a intervenção terapêutica.

No entanto, dada a relação de Campos (2013) com os textos de Guattari (1985) e de Guattari e Rolnik (1996), interpreto que esse é o intertexto presente. Embora Campos (2013) faça uma ressalva quanto ao pensamento unicista e não dialético das proposições de Guattari

---

<sup>36</sup> O conceito de transversalidade está relacionado à ideia de linhas de fuga e de rizoma (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Esses conceitos são apresentados no capítulo 3 deste trabalho.

(1985), identifica nesse referencial que a prática dos sujeitos e dos coletivos fundada em desejos e interesses possibilita a criação de múltiplos vetores que se interinfluenciam, apontando, então, para a viabilidade de construção de arranjos organizacionais que suplantem o instituído. A esse respeito, destaca:

[...] parece-me que para Guattari, durante todo o tempo, e na prática, somente opera a singularidade. Todo acontecimento seria Singular. Tanto o momento Universal, quanto o Particular seriam conceitos abstratos, indicativos de extremos; na realidade, inexistentes e jamais passíveis de serem alcançados. Nunca haveria pura imanência do Desejo ou do Interesse (Plano Particular puro), ou pura transcendência do passado ou do instituído sobre os Sujeitos (Plano do Universal). Um pensamento unicista e não dialético. De qualquer modo, e sem desconsiderar a complexidade das pendências entre todas estas concepções, parece possível deduzir-se que não cabe tomar o dominante ou o hegemônico (sejam estruturas, culturas, valores, o mercado ou qualquer modo de produção) como sendo o único mecanismo de produção de subjetividade ou de constituição dos Sujeitos (CAMPOS, 2013, p. 69-70).

Outro aspecto abordado por Campos (2013, p.124) é a reconstrução do modo de gerir instituições, que passa pelo reconhecimento de que todo coletivo organizado para a produção cumpre um duplo papel: “[...] produzir bens ou serviços de interesse social, ou seja, valores de uso que tenham a potencialidade de atender a necessidades sociais; e, ao mesmo tempo, assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integram ou que dela dependam”. Todavia, Campos (2013) compreende que essas finalidades atuam com sentidos não necessariamente coincidentes, já que o processo produtivo se realiza entre sujeitos com diferentes graus de saberes e de poderes, e que se filiam a diferentes paradigmas, tendendo a haver heterogeneidade de interesses e projetos que produzem contradições e conflitos. Por isso, para que um coletivo funcione, precisa de arranjos organizacionais que assumam e trabalhem com o conflito, firmando compromissos entre as distintas esferas de interesse para interferir no contexto institucional e incluir os sujeitos nos espaços de gestão.

Assim, identifica-se que a **quarta intertextualidade** nas proposições de Campos (2013) é a utilização conceitual da categoria **trabalho** em **Marx (2013)**. Campos (2013, p. 40) explica que o resultado do trabalho é materializado em produtos que assumem a forma de bens ou serviços que, no capitalismo, possuem um duplo valor, de uso e de troca:

A utilidade de um produto (um bem – uma escova de dente -, ou um serviço – uma consulta médica) é dada pelo fato desses produtos, potencialmente, atenderem a necessidades sociais. 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. [...] As necessidades sociais cristalizam-se a partir de processos complexos dependentes da dinâmica econômica, social e política. A formação econômico-social e os movimentos políticos, ideológicos e culturais é que produzem as necessidades. Escova de dente é um bem material; consulta médica é um serviço, um procedimento, uma prática social, que têm o potencial de atender a necessidades sociais. Não são, diretamente, necessidades sociais.

Para Campos (2013), o resultado do trabalho somente indiretamente atende a necessidades sociais com algum valor de uso presumido, isto é, com capacidade potencial para preencher o gosto ou o desejo das pessoas. A utilidade de um bem ou serviço não é algo intrínseco a ele, mas resulta de um processo socialmente construído. Segundo Campos (2013), o valor de uso de algo varia conforme a época, a classe e o contexto social, e se expressa na forma de necessidades sociais. Por isso, entende que a equivalência estabelecida entre produtos e práticas com o atendimento imediato a necessidades sociais é uma manobra ideológica que interessa ao capital, na medida em que transforma um meio em um fim. No entanto, para Campos (2013, p. 41), isso não impede que, por meio de uma reflexão crítica, se possa realizar uma análise concreta que identifique o valor de uso dos bens e serviços produzidos:

O Método da Roda pretende enfatizar essa diferença sutil, ampliando as possibilidades de análise dos coletivos. Examinar com olhar crítico todas as políticas, projetos, programas, modelos, práticas sociais e produtos, considerando-os meros meios para o atendimento de necessidades sociais. Repetir sempre a pergunta: que valores de uso estão sendo produzidos em tal ou qual processo? A que necessidades sociais atendem? E a partir da análise desses pontos, autorizar os coletivos a reconstruir as organizações e os processos produtivos.

Conforme Campos (2013, p. 139), a orientação para qualquer processo produtivo é a produção de bens e serviços voltados para a produção de valor de uso, que deve “[...] articular a vocação interna de cada um com necessidades e demandas dos outros, o que se materializa em obras: um modo de trabalhar, um produto com a marca e o estilo daqueles que o produziram”. Assim, entende que é possível ampliar a capacidade de negociação e de interferência dos sujeitos no processo produtivo, tanto no reconhecimento dos valores resultantes do seu trabalho, quanto na realização de seus desejos e interesses no ato da produção.

A partir da apresentação do aporte teórico-filosófico, Campos (2013) descreve a concepção metodológica de seu modelo de Gestão em Saúde. Conforme Campos et al. (2014, p. 986), “[...] o exercício compartilhado de governo implica em coparticipação de sujeitos com distintos interesses e diferentes inserções sociais em todas as etapas do processo de gestão: definição de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação de resultados”. Assim, os autores destacam que o espaço coletivo é o lugar organizacional no qual os sujeitos com distintos interesses e papéis institucionais se encontram, construindo momentos para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes para o coletivo. Conforme Campos et al. (2014, p. 986-987), o método

Paideia (ou método da Roda) propõe construir espaços com essas finalidades, integrando-os a sistemas de gestão participativa em diferentes planos:

Há espaços coletivos estruturados e inscritos nos organogramas das organizações. É o caso dos Conselhos de Saúde previstos no SUS, espaço de cogestão em que haverá participação de usuários, trabalhadores de saúde e de gestores. A metodologia sugere a ampliação desses espaços permanentes de cogestão, criando-se colegiados de gestão, em que haverá participação de gestores e de trabalhadores; equipes de referência, em que haverá participação somente dos trabalhadores. Todos esses espaços coletivos, para funcionarem em cogestão, devem ter um caráter deliberativo, isto é, devem permitir a tomada de decisões por parte dos atores envolvidos em cada uma dessas instâncias. Podem ainda ser construídos espaços coletivos de caráter eventual, dependentes do contexto e da necessidade – dispositivos eventuais como oficinas, assembleias, seminários, etc. Encontros cotidianos entre distintos sujeitos podem ser tomados como espaços coletivos de cogestão, desde que ocorra análise sobre um tema e tomada de decisões.

Assim, o primeiro arranjo organizacional é uma modificação dos organogramas dos serviços de saúde, através da criação do que denomina como Unidade de Produção - uma alternativa ao departamento ou às seções:

As Unidades de Produção seriam construídas segundo a lógica da produção simultânea de valores de uso e de Coletivos, e não a das especialidades ou corporações. Uma organização pode ser recortada em várias Unidades de Produção, segundo a identificação de equipes que operem com o objeto de trabalho e objetivo comuns. Uma Unidade de Produção, neste sentido, seria um Coletivo Organizado em potencial, já que juntaria sob a mesma direção profissionais e especialistas de várias disciplinas, todos envolvidos com certo processo produtivo. Assim, em um hospital, ao invés de departamento médico ou de enfermagem, haveria Unidade de Produção de saúde da criança, da emergência, etc. [...] Essa linha de reformulação enfrenta o tema da fragmentação do trabalho e da dificuldade em se operar, na prática, de forma interdisciplinar (CAMPOS, 2013, p. 162).

De acordo com Campos (2013, p. 164-165), a implementação das Unidades de Produção ambiciona produzir efeitos no plano político, social, subjetivo, pedagógico e gerencial, conforme os seguintes sentidos:

- Funcionando com instâncias de deliberação política, espaços em que a disputa de poder e a construção de projetos, compromissos e contratos sejam eventos corriqueiros, quebrando-se o automatismo das alianças e composições definidas a priori.
- Operando como espaço para a análise institucional, ou seja, permitindo a emergência de novas visões de mundo, com a reconstrução da organização, bem como da subjetividade do grupo e das pessoas.
- Contribuindo para a educação continuada, função pedagógica mediante a inclusão de atividades de ordem educativa, discussões e leituras sobre o como fazer, etc.
- E, afinal, organizando-se como instância de gerência propriamente dita, comprometida com a operação concreta do cotidiano, a exemplo da gestão de pessoas de trabalho, de correção de problemas, de redefinição de grupos, etc.

Em outro texto, Campos (1998) detalha a forma de implementação das Unidades de Produção e o organograma para as instituições de saúde. Segundo o autor, cada Unidade de Produção teria um único coordenador responsável pela elaboração de um projeto de trabalho,

definindo compromissos e responsabilidades para todos os seus integrantes. Para cada Unidade de Produção, haveria uma composição multiprofissional em um Colegiado encarregado de elaborar diretrizes, metas e programas de trabalho, com reavaliações periódicas. Aos coordenadores caberia, ainda, o papel de direção executiva das Unidades, implementando as decisões do Colegiado, além de tomar decisões imprevistas, conforme a dinâmica dos acontecimentos. Além disso, o coordenador funcionaria como um dos elos de comunicação com outras Unidades de Produção, com a Direção Geral e com os usuários. Para a implementação, o planejamento e a reflexão do coletivo devem compor o processo habitual do processo de trabalho nas organizações:

Para viabilizar este novo estilo de trabalho haveria que se alterar a cultura organizacional. Para isto, recomenda-se facilitar o acesso de todos às informações fundamentais e criar horários para encontros periódicos do coletivo em cada uma destas Unidades de Produção (em geral, não mais do que 10% da jornada de trabalho). Escolher um tempo para reuniões ordinárias dentro do período normal de trabalho, ou seja, o planejamento e a reflexão fazendo parte do processo habitual do trabalho. Nestes espaços se discutiriam necessidades de saúde, divisão de tarefas e papéis de cada um, para, em seguida, elaborarem-se planos, modelos de atenção, programas e metas. Cada equipe seria estimulada a reconstruir modelos ou programações recomendadas ou experimentadas em outras localidades, envolvendo a maioria de trabalhadores com a construção de uma nova obra. Um modo de fazer as coisas com a qual os trabalhadores se identificassem e que, ao mesmo tempo, cumprisse os compromissos daquela Unidade, daquele serviço, ou seja, atendesse a alguma demanda social, ou seja, produzisse valores de uso. Realizar uma mistura, resultado que seria uma mescla de determinados produtos (socialmente necessários) com uma obra (criação singular) (CAMPOS, 1998, p. 866).

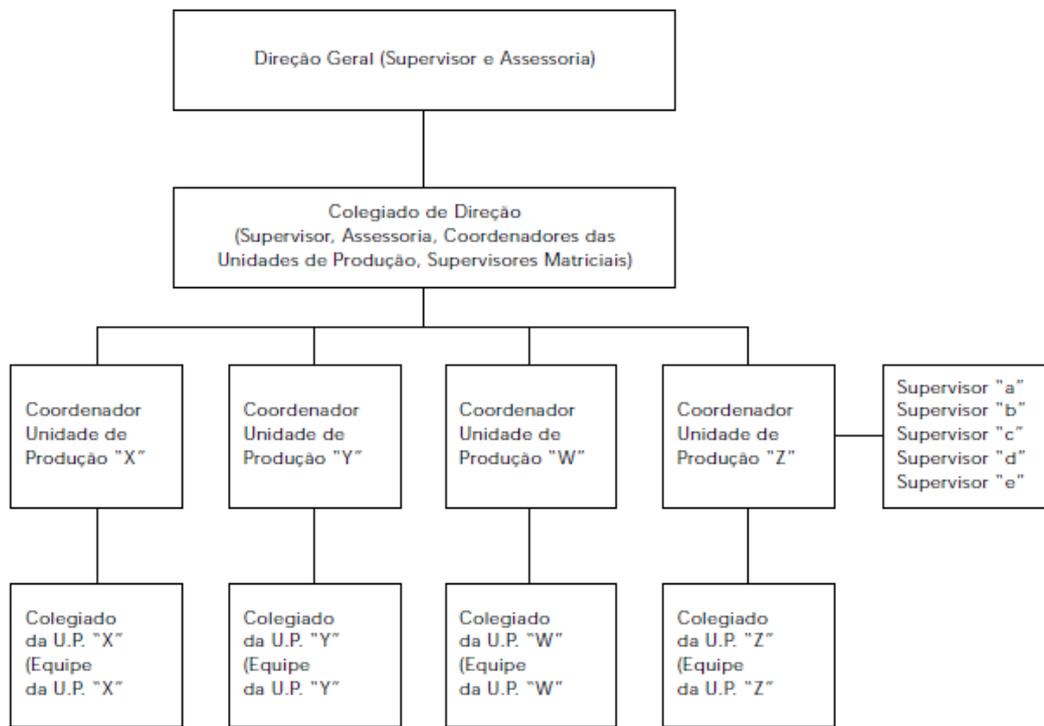
Além disso, sugere modificações no formato organizacional da Direção: ao Diretor ou Superintendente e seus assessores, caberia uma função executiva semelhante a dos Coordenadores das Unidades de Produção, compondo com esses um Colegiado Geral de Direção como a instância máxima de deliberação.

Com reuniões periódicas, este grupo seria a instância máxima de deliberação do estabelecimento: um Colegiado composto pela Direção-geral, assessores e por cada um dos Coordenadores das Unidades de produção e, eventualmente, alguns dos Supervisores. Um espaço para elaboração e compatibilização das demandas e projetos de cada Unidade de Produção, mas também correia de transmissão e de elaboração de diretrizes do sistema de saúde, dos projetos e prioridades provenientes ou de outras instâncias de Governo ou oriundas dos Conselhos de Saúde em que há participação de usuários. Este Colegiado Geral cumpriria uma função integradora, tentando articular aquilo que a descentralização do poder tenderia a opor ou a fragmentar (CAMPOS, 1998, p. 867).

Campos (1998, p. 870) apresenta, então, o organograma do que denomina como “nova geometria para instituições democratizadas” (Figura 6). Na vertical estão a Direção Geral, os Coordenadores e os respectivos Colegiados; na horizontal, num sentido matricial, estão os

supervisores e trabalhadores que realizem tarefas em mais de uma Unidade de Produção (CAMPOS, 1998).

**Figura 6 – Organograma das Unidades de Produção**



Fonte: CAMPOS (1998, p. 870).

Segundo Campos (1994, p. 40-41), a implementação das Unidades de Produção ocorreu, pela primeira vez, quando atuou como Secretário de Saúde de Campinas/SP, no período de 1989 a 1991, na reforma da estrutura organizacional que compreendeu ações de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde:

Nesta época também experimentamos sistemas de gestão colegiada, criamos colegiados de governo desde as unidades locais até a cúpula da Secretaria; inventamos novas modalidades de cogestão de hospitais e regiões e adaptamos propostas oriundas da Zona Leste de São Paulo que advogavam comissões gerenciais tripartites, envolvendo representantes dos governos, dos profissionais e da clientela local. Reformulamos os organogramas do sistema como um todo e de cada unidade em particular, procurando romper com a verticalidade das estruturas e a centralização do poder de mando – serviço médico, de enfermagem, etc. – e criamos unidades operacionais com função e objeto de trabalho bem definidos, reforçando, na prática, a interdisciplinaridade e a redistribuição de poder, tanto entre as várias categorias de trabalhadores, como entre governo, trabalhadores e usuários. No Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira realizou-se um radical processo de reestruturação do poder e da lógica da gestão. Foram criadas várias unidades autônomas com papéis bem definidos, cada uma delas com um colegiado de gestão e com representantes no colegiado geral da instituição. O planejamento passou a realizar-se a partir de cada local de trabalho com envolvimento de todos os componentes da comunidade. Criaram-se equipes de saúde multiprofissionais que participavam da gestão e elaboravam projetos terapêuticos para a unidade de serviço e para cada paciente em particular, introduzindo-se o hábito da reavaliação periódica das atividades e do desempenho dos vários atores.

Outro arranjo organizacional proposto pelo autor é o apoio matricial e as equipes de referência. Conforme Campos et al. (2014, p. 988), esse arranjo objetiva constituir equipes multiprofissionais para atuar nos serviços de saúde, tomando como fio condutor o compartilhamento de saberes, competências, responsabilidades e ações:

A equipe de referência é um tipo de arranjo contratual que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: no lugar das pessoas se responsabilizarem predominantemente por atividades e procedimentos (geralmente uma responsabilidade quantitativa), busca-se construir a “responsabilidade de pessoas por pessoas”. Ou seja, formar um “time” em que os trabalhadores tenham uma clientela sob sua responsabilidade: uma equipe responsável por certo número de leitos em um hospital ou, como no caso da Equipe de Saúde da Família (ESF), uma equipe responsável por uma clientela adscrita, pertencente a dado território. No arranjo equipe de referência, a definição de clientela possibilita a construção do vínculo, a relação terapêutica longitudinal e o acompanhamento do processo saúde-doença-atenção de cada usuário. Isso faz com que a equipe conheça na singularidade o modo de viver do sujeito e sua história de vida, colocando-se como responsável pelo tratamento. A marca central desse arranjo é o fato de a equipe de referência, por meio de um plano compartilhado, tomar para si o acompanhamento do paciente em suas diferentes facetas além da biológica, como os âmbitos sociais, familiares, políticos, psíquicos, entre outros.

Para compor a interdisciplinaridade das equipes, Campos et al. (2014, p. 989) apresentam a concepção de campo e núcleo, conceitos que permitem distinguir os saberes e práticas peculiares a cada profissão dos saberes e práticas comuns a todos os profissionais de saúde:

No *núcleo* haveria uma aglutinação de conhecimentos e práticas, conformando as identidades profissionais e determinados padrões de compromisso com a produção da saúde: os saberes, práticas e responsabilidades peculiares aos médicos, ou aos enfermeiros, ou aos Agentes Comunitários de Saúde, psicólogos, assistentes sociais. Já o *campo* seria um espaço de interseção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática, e onde o profissional de saúde deveria atuar, independentemente de sua categoria ou formação.

Nessa perspectiva, Campos et al. (2014) explicam que, para atuar no campo, cada profissão busca apoio em outras áreas, cumprindo as tarefas e reforçando a interdisciplinaridade. Assim, os profissionais das áreas especializadas que não participam do trabalho cotidiano das equipes de referência oferecem suporte técnico especializado para essas equipes. Essa dinâmica é o que fundamenta a concepção do apoio matricial:

O apoio matricial tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, ou seja, pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela. A partir de discussões clínicas conjuntas ou mesmo intervenções concretas junto com as equipes (consultas, visitas domiciliares, grupos), os apoiadores matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada que contemple a complexidade da vida dos sujeitos. Mas existe também uma dimensão de suporte assistencial, o que demanda do apoiador a realização de ações clínicas diretamente com os usuários. Contudo, o trabalho na lógica matricial permite distinguir os casos

e situações que podem ser acompanhadas pela equipe de referência, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada, a ser oferecida pelos próprios apoiadores matriciais ou, de acordo com o risco, a vulnerabilidade e a gravidade, pelos serviços especializados ou por outras instâncias como assistência social, educação, etc.

Campos (2013, p. 200-201) destaca, ainda, que suas proposições podem ser tanto autoaplicáveis, quanto também podem contar com a figura de um ou mais agentes externos denominados como “Apoiador Institucional”, desempenhando funções junto às equipes e colaborando na reorganização dos processos de trabalho e na gestão organizacional:

Os Apoiadores Institucionais, ao contrário da tradição das “assessorias”, trabalham junto às equipes, usuários ou às Unidades de Produção, ajudando-as com a construção de Espaços Coletivos. Espaços onde o grupo analisa, define tarefas e elabora projetos de intervenção. Neste sentido, o Apoiador compromete-se com as Equipes, a quem deve comunicar suas avaliações e achados, e não somente com a cúpula dirigente de cada organização. É óbvio que cabe ao Apoiador Institucional trazer para dentro das equipes diretrizes definidas nos níveis superiores de poder, bem como propiciar o exame e a análise do contexto externo ao próprio grupo: diretivas organizacionais e orçamentárias, diretrizes políticas, programas, indicadores de avaliação e, particularmente, a reflexão sobre os interesses e necessidades do público externo à organização. Os Apoiadores Institucionais, para o Método da Roda, têm uma inserção matricial (na linha horizontal do organograma), devendo prestar contas de seu labor e divulgar seus julgamentos, em primeira instância, dentro da própria equipe com a qual estejam trabalhando.

Conforme Campos (2013), o Apoiador Institucional atua mediante a elaboração de **contratos** entre os sujeitos de um coletivo nos quais são estabelecidas expectativas, regras e objetivos como método de intervenção. Assim, identifica-se a **quinta intertextualidade**. Segundo **Barembilit (2002)**, na análise institucional é realizado um trabalho de intervenção socioanalítico que propõe analisar uma determinada instituição a partir das relações de poder que são estabelecidas entre os sujeitos que a compõem. Para isso, o analista institucional atua em conjunto com um coletivo através do estabelecimento de um contrato, no sentido simbólico do termo, no qual os participantes se comprometem a expressarem seus sentimentos – semelhante a um processo psicoterapêutico -, a fim de compreenderem os conflitos e contradições internas à instituição. Ou seja, trata-se de uma análise das relações sociais nas instituições e como isso se expressa nos coletivos que as constituem. Nesse processo, conforme Campos (2013, p. 202-203), há transferência e contratransferência de sentidos entre o coletivo e o Apoiador Institucional, produzindo a crença nos sujeitos que compõem as instituições de que as relações sociais são móveis e, por isso, podem ser redefinidas:

No caso da cogestão, estar-se-á valendo da transferência para se pensar alguns aspectos da relação entre Apoiador Institucional e a Equipe, bem como das relações internas à Equipe e desta com o processo de trabalho, com a instituição e com figuras da sociedade. [...] Reconhecer que há circulação de afeto é reconhecer que as

peças em co-gestão se afetam, gerando incômodo, desafio, inveja, disputa, simpatia, mudança e ódio entre elas. Processos de produção de afetos em que as pessoas transferem às outras características estereotipadas, o que tende a criar padrões fixos de relação, os quais podem bloquear a co-gestão e a vida dos coletivos. Assim, reconhecer a existência desses processos, analisá-los como crítica e intervir sobre os significados transferidos são poderosos recursos de gestão.

Além disso, explica que a metodologia opera com a ideia de que há simultaneidade na coleta e na análise de informações geradas pelo coletivo, que são organizadas em temas que não só precedem o diagnóstico como também o orientam. Uma vez interpretados os temas, são tomadas decisões em conjunto que se desencadeiam em ações práticas, mediante a distribuição de tarefas entre os membros. “Com a criação de Espaços Coletivos se facilita a constituição de Sujeitos com capacidade crítica de análise. Na prática, então, ir desconstruindo os obstáculos estruturais, culturais e subjetivos à possibilidade de análise dos Coletivos” (CAMPOS, 2013, p. 207).

Para o autor, quando se realiza uma análise sobre um determinado tema, o coletivo constrói um tipo de texto que possibilita interpretar os saberes e as práticas dos sujeitos. Campos (2013, p. 2009) destaca que suas proposições analisam a dinâmica dos coletivos intervindo sobre seu desenvolvimento e elaborando novos sentidos e significados para o agir concreto dos sujeitos:

O Método da Roda trabalha com a hipótese de que as equipes constroem, interpretam e modificam textos com base nessa dialética. Há um texto geral, há textos temáticos, e há, ainda, textos dessa ou daquela fração de cada coletivo ou organização, já que os “leitores” também participam da composição do texto. No caso, um texto nunca será apenas um conjunto de informações representando, sem mediações, a realidade. Uma mescla de dados objetivos e de construção ativa dos sujeitos, essa é a natureza dos textos. [...] Considera-se que a análise de informações organizadas em textos ganha muito quando um grupo, que já fosse imediatamente ação, incluisse suas práticas entre os temas de reflexão. O fazer antecedendo e sucedendo o pensar. Pensar sobre a prática, todo o tempo. E abrir a prática a sugestões da teoria produzida pela análise.

Nesse sentido, a escuta e a observação também são métodos de coletas de informações que podem ser utilizados para modificar a Gestão em Saúde. “[...] Assim, colher informações sobre a fala, mas também sobre o modo de operar, sobre o modo de produzir. Sobre a práxis, enfim, dos coletivos” (CAMPOS, 2013, p. 211). Para o autor, a escuta conota abertura tanto do analista quanto do sujeito em análise para signos (sinais e sintomas) produzidos durante o processo analítico que remetem a eventos da história de vida do analisado. Dessa maneira, a escuta propicia uma análise reflexiva sobre o coletivo organizado, criando as bases para a mudança das práticas e dos valores do grupo:

Ou seja, a escuta reflexiva permite a construção de um texto e de um modo de analisar que produz conhecimentos sobre os mecanismos de produção de fatos e

posturas, tanto daqueles dependentes de fatores internos, quanto de fatores externos ao grupo, permitindo construir-se projetos de intervenção sobre o real. Ao Apoiador Institucional resta estimular modos de escuta e de análise que facilitem posturas reflexivas, o que implica em descobrir os modos de produção das coisas e dos fenômenos, e em descrever aspectos contraditórios e complementares de cada tema (CAMPOS, 2013, p. 215).

Campos (2013, p. 227) propõe, então, um roteiro de temas para a implementação de suas proposições: o “mapa de núcleos temáticos de análise para orientar intervenções em coletivos”. Esses temas possuem pontos que variam de acordo com o contexto institucional de cada coletivo, estabelecendo “[...] algumas rotas escolhidas pelo próprio grupo, em conformidade com os temas demandados pela própria equipe; outras, ofertadas por agentes externos. Estes pontos de passagem seriam alguns Núcleos Temáticos de Análise” (CAMPOS, 2013, p. 227). A análise dos núcleos temáticos é uma tarefa coletiva que envolve toda a equipe de uma Unidade de Produção, bem como o Apoiador Institucional e outros agentes externos que se fizerem necessários. Em torno dessa ideia, apresenta algumas orientações para a introdução do mapa no trabalho de construção dos coletivos, agrupando temas que considera indispensáveis.

O primeiro tema é o objeto de trabalho dos coletivos. A análise desse núcleo temático objetiva examinar a adequação entre o recorte do objeto de trabalho e o valor de uso que se pretende produzir. “Também ajuda o grupo a perceber qual o limite do compromisso social assumido, indicando um padrão de responsabilidade assumido pelo Coletivo. [...] A consequência, o objetivo, produzindo um seu suposto antecedente, o objeto sobre o qual irá se trabalhar para a produção de valores de uso” (CAMPOS, 2013, p. 231). O segundo núcleo temático se refere ao processo de trabalho em equipe e à organização de práticas e recursos em torno da ideia de que todo saber e toda prática são interdisciplinares:

O Núcleo de responsabilidade de cada profissional indica uma identidade: o compromisso com certo saber e com um conjunto de práticas e de tarefas. O Campo, uma ampliação situacional do Núcleo, orientada pela necessidade de se cumprir objetivos acordados em um dado contexto, ou seja, a definição de Campo depende da existência de recursos (financeiros, técnicos, humanos, etc.). A cogestão do Campo e do Núcleo é uma forma de assegurar, na prática, o trabalho interdisciplinar, discutindo e recompondo, de modo permanente, a distribuição de encargos e a circulação de saber dentro de uma Equipe. A cogestão do Campo e do Núcleo dos vários papéis profissionais coloca na Roda o saber monopolizado pelos especialistas, a negociação das responsabilidades e o encargo de tarefas; democratizando, em decorrência, o poder (2013, p. 233).

O terceiro núcleo temático orienta a avaliação de resultados. Para Campos (2013, p. 233), é necessário que as equipes possam se debruçar sobre os resultados do próprio trabalho, medindo os resultados de acordo com três perguntas: “[...] uma relativa à produção de valores

de uso (avaliação de eficácia, os produtos atenderam a necessidades sociais?); outra, à sobrevivência da organização (há eficiência, legitimidade social e política?); e uma terceira, à constituição de Sujeitos (há realização pessoal e profissional, e produção de obras?)”. O quarto núcleo temático é a análise dos objetivos do coletivo. Segundo Campos (2013), a construção processual e participativa é um dos elementos fundamentais para a conformação de um coletivo, devendo almejar como objetivo principal a produção de valores de uso que atendam a demandas e necessidades sociais. O quinto e sexto núcleos temáticos são a análise e a reconstrução dos saberes (modo teórico conceitual) do sistema de valores. O autor entende que é necessário questionar os modelos teóricos que orientam a gestão e o planejamento dos coletivos a fim de provocar reflexões que logrem colocar em cheque o sistema de referência dos coletivos. O sétimo e oitavo núcleos temáticos tratam da construção e análise do texto. Conforme Campos (2013), em torno disso, é possível oferecer aos coletivos organizados elementos que os auxiliem a analisar e a operar sistemas de cogestão, propiciando estímulos para que o grupo possa reconstruir sua própria prática. A intenção é atenuar o predomínio do controle que a estrutura exerce sobre o coletivo, possibilitando maior autonomia aos sujeitos que a compõem (CAMPOS, 2013). Por fim, Campos (2013, p. 238-239) sintetiza como núcleo temático a necessidade de construção de espaços coletivos como capacidade de intervenção nas organizações tomando como objeto central a produção de bens e serviços, tendo em vista a realização pessoal dos sujeitos a partir dos seus desejos e necessidades.

A partir do que foi exposto, passo à análise das proposições do autor. Conforme descrito, o ponto de partida de Campos (2013) é uma crítica à racionalidade gerencial compreendendo que sua lógica produz a separação concreta dos trabalhadores dos meios de produção e dos resultados do seu próprio trabalho. Para o autor, a expressão desse fenômeno é a alienação, que se expressa na impossibilidade dos trabalhadores participarem da gestão. Em contraposição, apresenta como objetivo a construção de um método de gestão fundamentado na cogestão, alterando o significado e o modo como se organiza o trabalho nas organizações, assumindo como tarefa não só a produção de bens e serviços que atendam a necessidades sociais, mas também a constituição de sujeitos e coletivos autônomos.

Afirmando a partir de uma concepção dialética marxista, analisa a constituição dos sujeitos e coletivos utilizando a categoria “Ser” (sujeito) em Lefebvre (1995). Entretanto, ainda que Campos (2013) utilize a categoria fazendo referência a um trecho do texto de Lefebvre (1995), não apreende seu significado original, resultando numa análise superficial de

suas proposições e de suas implicações. Dessa forma, retomo a categoria em Lefebvre (1995) para explicitar o sentido conforme desenvolvido no texto original.

Lefebvre (1995) apresenta, em sua obra, as diferentes proposições que a escolas clássicas fundadas sobre uma concepção metafísica têm sobre a lógica formal, fazendo uma crítica a essas concepções que tomam a história de uma forma idealista que admite o primado do espírito com relação à natureza e do pensamento com relação ao mundo. “O pensamento, a consciência, o espírito humano são realidades; por separá-los de todo o desenvolvimento biológico e social do homem, que levou a tais realidades, o metafísico idealista coloca-os no absoluto, fora da natureza e do devir, conferindo-lhes um primado abstrato”. Para Lefebvre (1995, p. 88), os instrumentos do pensamento não podem ser separados dos objetos aos quais se aplicam, ou seja, da própria teoria do conhecimento como história da prática social:

A lógica se funda sobre a história, na medida mesmo em que a história aparece como inteligível. Se a história geral fosse apenas um caso de anedotas e de violências; se a história do conhecimento não passasse de uma sequência caótica de tentativas e de doutrinas, seria inútil buscar uma lógica concreta. Mas, se a história implica uma estrutura; se, na sociedade como no pensamento, as interações de elementos opostos constituem a *dialética* da história; se o desenvolvimento do homem, de seu poder sobre a natureza e de sua consciência de si, fornece-nos o movimento do conjunto e o sentido concreto dessa história, então, e simultaneamente *a razão torna-se histórica e a história torna-se racional*. A lógica concreta, portanto, encontra-se ligada a uma concepção científica (racional) da história. A razão, a lógica, a história, tornam-se simultaneamente concretas e verdadeiras, ao se tornarem *dialéticas*.

Dessa forma, explica que a categoria “Ser” (sujeito) aparece em dois sentidos, que a um tempo são contraditórios e inseparáveis:

O ser abstrato, vazio, indeterminado; e o ser rico de determinações, desenvolvido. O pensamento se move entre esses dois polos: um, o ser abstrato, irreal, que ele parte para conhecer; outro, o ser concreto, desconhecido no início, e que o pensamento não pode extrair ou deduzir do ser abstrato, mas que ele penetra, conhece e determina ao se determinar a si mesmo, e, portanto, a um tempo, “de dentro”, por sua exigência própria, e “de fora” (para empregar esse termo clássico que não é inteiramente exato, pois não existe um “fora” propriamente dito), pelo contato com o conteúdo e com o real (LEFEBVRE, 1995, p. 178).

Lefebvre (1995, p. 178) afirma, então, que o pensamento “[...] ‘é’, e só pode ser transição, movimento, passagem de um grau a outro, de uma determinação a outra; ele é, e só pode ser *relação* com o real e com suas próprias etapas percorridas: pensamento de uma relação e relações descobertas, e depois pensadas”. Esse progresso, segundo o autor, se realiza através das contradições da própria realidade, ou seja, o pensamento as atravessa e depois as relaciona descobrindo sua unidade:

“Contradição” não significa absurdo. “Ser” e “nada” não são misturados, ou infinitamente destruídos um pelo outro. Descobrir um termo contraditório de outro

não significa destruir o primeiro, ou esquecê-lo, ou pô-lo de lado. Ao contrário, significa descobrir um complemento de determinação. A relação entre dois termos contraditórios é descoberta como algo preciso: cada um *é* aquele que nega o outro; e isso faz parte dele mesmo. Essa *é* sua *ação*, sua *realidade concreta*. [...] O desconhecido é posto não como “transcendente” e absolutamente exterior, mas *ao mesmo tempo* como interior e exterior: exigido, solicitado de dentro pelo movimento do pensamento que avança para o conteúdo e o desconhecido; e, não obstante, exterior num sentido relativo, ou seja, como algo que necessita ser experimentado, povoado, descoberto, a fim de tornar-se conhecido (LEFEBVRE, 1995, p. 178-179).

Assim, Lefebvre (1995) afirma que o movimento do pensamento aparece na totalidade dos seus momentos: determinados cada um em seu ponto, analisados e recolocados no conjunto. “Esse movimento *é* uma história, uma história ‘inteligível’, um todo *racional*” (LEFEBVRE, 1995, p. 179).

Retomando Campos (2013), a apropriação superficial da categoria “Ser” (sujeito), de Lefebvre (1995), não evidencia a concepção original do autor sobre a totalidade das relações sociais. Além disso, articula proposições contraditórias ao relacionar a categoria à concepção de Planos em Deleuze e Guattari (1992). Contudo, a respeito disso, *é* preciso destacar que Campos (2013) adapta o conceito de Planos a suas proposições, já que Deleuze e Guattari (1992) não tratam da constituição dos sujeitos, mas da constituição dos conceitos no Plano de Imanência da filosofia. Para Deleuze e Guattari (1992), os conceitos filosóficos são totalidades fragmentárias que não se ajustam uns aos outros, mas que ressoam na filosofia que os cria e os unifica, apresentando-os como um todo não fragmentado, como um plano de consistência ou, mais precisamente, como um Plano de Imanência.

A filosofia *é* um construtivismo, e o construtivismo tem dois aspectos complementares, que diferem em natureza: criar conceitos e traçar um plano. [...] O plano envolve movimentos infinitos que o percorrem e retornam, mas os conceitos são velocidades infinitas de movimentos finitos, que percorrem cada vez somente seus próprios componentes. [...] Os conceitos são agenciamentos concretos como configurações de uma máquina, mas o plano *é* a máquina abstrata cujos agenciamentos são as peças. Os conceitos são acontecimentos, mas o plano *é* o horizonte dos acontecimentos, o reservatório ou a reserva de acontecimentos puramente conceituais: não o horizonte relativo que funciona como um limite e que muda com um observador e engloba estados de coisas observáveis, mas o horizonte absoluto, independente de todo observador, e que torna o acontecimento como conceito independente de um estado de coisas visível em que ele se efetuará (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 51-52).

Na interpretação de Campos (2013), entretanto, essa concepção filosófica *é* remetida à constituição dos sujeitos em função de Planos que se expressam em três dimensões ou momentos: particular, singular e universal. Compreende, então, que a autonomia *é* a capacidade dos sujeitos em lidarem com esses distintos Planos, de forma a construírem capacidade interna (subjéctiva) para alterar os processos de trabalho, através da implementação de sistemas de cogestão. Afirma, então, que as relações de poder nas instituições podem ser

modificadas a partir da constituição de outras estruturas organizacionais que atendam aos desejos e interesses dos sujeitos da produção. Nesse sentido, centrando suas críticas à lógica gerencial, Campos (2013) acredita que é possível repensar o significado e o modo como se opera o trabalho a partir da construção de espaços coletivos de gestão como modelos de cogestão, atenuando a alienação dos trabalhadores concebida pelo autor como a impossibilidade dos sujeitos de participarem da gestão nas organizações.

Além disso, compreende que os espaços de cogestão motivam os sujeitos para a produção e o atendimento de necessidades sociais a partir da identificação dos valores de uso resultantes do seu trabalho, comprometendo-os com a reorganização dos processos produtivos. Todavia, não explica que, no capitalismo, a produção de valor de uso implica na forma mercadoria. Embora o autor faça referência à Teoria do Valor em Marx (2013), a partir da categoria trabalho, o significado dado ao conceito não corresponde às proposições dos textos originais. Marx (2013) evidencia que, no capitalismo, o processo de produção de valores de uso implica na forma de mercadoria, na medida em que é o substrato material do valor de troca. Se todos os fatores do processo de trabalho estão subordinados ao capital, sendo que a força de trabalho assume a forma de mercadoria, seu produto, o resultado do trabalho, passa a ser propriedade do capitalista e não do produtor direto, o trabalhador. Ao analisar as relações de troca das mercadorias, Marx (2013) identifica que é na esfera da circulação que elas aparecem como entes autônomos. Ao circularem, as mercadorias assumem relações sociais que transcendem a produção, tomando, dessa maneira, as relações sociais de seus produtores para si. A aparência dessas relações, assumidas pela mercadoria, constituem o que Marx (2013) denomina de fetichismo da mercadoria:

O caráter misterioso da forma-mercadoria consiste, portanto, simplesmente no fato de que ela reflete aos homens os caracteres sociais de seu próprio trabalho como caracteres objetivos dos próprios produtos do trabalho, como propriedades sociais que são naturais a essas coisas e, por isso, reflete também a relação social dos produtores com o trabalho total como uma relação social entre os objetos, existentes à margem dos produtores (MARX, 2013, p. 147).

Os produtos do trabalho, portanto, se tornam mercadorias. Há uma inversão: as relações sociais entre produtores passam a ser relações sociais entre coisas, entre os produtos de seus trabalhos. O que Marx (2013) evidencia é que o conjunto dos trabalhos privados, que constituem o trabalho social total, ou seja, a soma total do trabalho e o que dele é produzido, se efetiva mediante a troca de seus produtos. Isso significa que é por meio da troca que os produtores realizam, entre si, as relações entre seus produtos e seus trabalhos, estabelecendo as relações sociais entre os produtores. O caráter misterioso reflete o contrário, como uma

visão distorcida dessas relações, pois os produtos do trabalho dos homens se tornam algo externo à sua própria produção, ou seja, aparecem fora deles, de suas relações sociais, na medida em que, ao circularem, assumem a aparência de relações sociais entre coisas, entre mercadorias. Portanto, as mercadorias ganham vida própria, ocultando as relações entre seus produtores e o trabalho. O que Marx (2013) demonstra é que as relações entre as mercadorias, ao assumirem a aparência de relações sociais, obscurecem o fato de que são fruto do trabalho do ser humano e da natureza.

A alienação, portanto, é a essência do processo de produção e reprodução do capital, porque rompe com a totalidade das relações sociais pela forma como o trabalho está organizado na sociedade capitalista. Conforme já evidenciado neste trabalho, no contexto em que o neoliberalismo é o estágio atual do capitalismo, o gerencialismo é ideologia complementar e braço operacional do capital, funcionando, então, como matriz teórico-ideológica é parte de uma estratégia de classe para a reprodução da lógica do mercado em todas as dimensões da vida associada (MISOKZKY; ABDALA; DAMBORIARENA, 2017). Ao abordar as categorias marxistas de forma superficial, sem evidenciar como foram desenvolvidos nos textos originais, Campos (2013) rompe com a principal contribuição de Marx (2013) que é analisar o modo de produção no capitalismo tendo em vista a totalidade das relações sociais e a alienação como consequência de fundamento ontológico do capitalismo que é o fetiche da forma mercadoria.

Além da apreensão superficial das categorias marxistas, Campos (2013) aproxima proposições contraditórias ao articular a lógica da micropolítica desenvolvidas por Guattari (1991) e Guattari e Rolnik (1996). Conforme destacado no capítulo 3, na lógica da micropolítica, o objetivo é compreender como se dá a produção da subjetividade no modo de produção capitalista, uma vez que, para os autores, a essência do capitalismo está na tomada do poder da subjetividade como forma de controle social. Através do conjunto de práticas discursivas – denominados dispositivos desejanter – identificam a possibilidade, na própria micropolítica, de disputa ideológica para que se construam novos modos de subjetividade. No entanto, suas proposições não ultrapassam a análise da produção da subjetividade na elaboração de discursos que provocam, no máximo, microrupturas ao que é imposto pelo capitalismo. Todavia, mesmo reconhecendo o pensamento unicista e não dialético de Guattari (1985), essa é a perspectiva assumida por Campos (2013) em suas proposições.

Além disso, articulando a lógica da micropolítica com a abordagem da análise institucional, propõe repensar o significado e o modo como se opera o trabalho nas instituições a partir de uma intervenção psicanalítica que se expressa na figura do Apoiador Institucional e o estabelecimento de contratos terapêuticos (BAREMBLITT, 2002), modificando, então, as relações de poder que são estabelecidas pelos sujeitos que a compõem. No entanto, compreende-se que essa análise não tem tratado efetivamente dos conflitos e contradições internos às organizações, propondo-se a, no máximo, resolver as limitações imposta pela organização instituída a partir do desejo e interesses subjetivos dos sujeitos que a compõem. O resultado disso é que essa abordagem, materializada nas ações indicadas por Campos (2013) e Campos et al. (2014) sobre Gestão em Saúde, que objetivam construir, por exemplo, arranjos organizacionais e dispositivos de gestão denominados como apoio institucional, equipes de referência e apoio matricial, ficam subordinadas à estrutura institucional e ao modelo de gestão hegemônico.

A partir do que foi exposto em minhas análises, no Quadro 11 apresento uma síntese das proposições sobre o tema da Gestão em Saúde em Campos (2013), discriminando os principais conceitos utilizados em sua abordagem; os referenciais teóricos e o significado do conceito original em suas proposições; e, por fim, o significado dado a esses conceitos nas proposições de Campos (2013).



**Quadro 11 – Síntese das proposições de Campos sobre o tema da Gestão em Saúde, discriminadas por principais conceitos, referencial teórico, significado conceitual nas proposições dos textos originais do referencial teórico, e significado dos conceitos nas proposições de Campos**

<b>Síntese das proposições do autor sobre Gestão em Saúde</b>			
<p>Propõe uma concepção ampliada de gestão fundamentada em uma articulação de conceitos da política, da filosofia, da psicologia e da análise institucional. Desenvolve um método de apoio à cogestão denominado Método Paideia (ou Método da Roda), visando a produção de bens e serviços que atendam a necessidades sociais, e a constituição de sujeitos e coletivos autônomos. O objetivo principal de suas proposições é “[...] repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho. Entendê-lo com uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do sujeito e dos coletivos. O trabalho significando não somente um meio para assegurar sustento material, mas também implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedade” (CAMPOS, 2013, p.3). Apresenta arranjos organizacionais e dispositivos de gestão denominados como apoio institucional, equipes de referência e apoio matricial. Dentre o conjunto de políticas e práticas de saúde que vem sendo implementadas no Brasil, a partir de suas proposições, Campos et al. (2014) destacam: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Política Nacional de Humanização (PNH) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).</p>			
<b>Principais conceitos</b>	<b>Referencial teórico</b>	<b>Proposições nos textos originais do referencial teórico</b>	<b>Proposições de Campos</b>
Ser (sujeito)	Henri Lefebvre <i>Lógica Formal e Lógica Dialética</i>	Lefebvre (1995) apresenta, em sua obra, as diferentes proposições que a escolas clássicas fundadas sobre uma concepção metafísica têm sobre a lógica formal, fazendo uma crítica a essas concepções que tomam a história numa forma idealista que admite o primado do espírito com relação à natureza e do pensamento com relação ao mundo. Para o autor, os instrumentos do pensamento não podem ser separados dos objetos aos quais se aplicam, ou seja, a própria teoria do conhecimento como história da prática social. Dessa forma, explica que a categoria “Ser” (sujeito) aparece em dois sentidos, que a um tempo são contraditórios e inseparáveis: “O ser abstrato, vazio, indeterminado; e o ser rico de determinações, desenvolvido. O pensamento se move entre esses dois polos: um, o ser abstrato, irreal, que ele parte para conhecer; outro, o ser concreto, desconhecido no início, e que o pensamento não pode extrair ou deduzir do ser abstrato, mas que ele penetra, conhece e determina ao se determinar a si mesmo, e, portanto, a um tempo, ‘de dentro’, por sua exigência própria, e ‘de fora’ (para empregar esse termo clássico que não é inteiramente exato, pois não existe um ‘fora’ propriamente dito), pelo contato com o conteúdo e com o real” (LEFEBVRE, 1995, p. 178).	Parte de uma concepção dialética marxista para analisar a constituição dos sujeitos e coletivos utilizando a categoria “Ser” (sujeito) em Lefebvre (1995). Entretanto, ainda que utilize a categoria fazendo referência à Lefebvre (1995), não apreende o significado original de suas proposições, fazendo apenas uma citação direta de um trecho do texto original, resultando numa análise superficial de suas proposições e de suas implicações. Além disso, aproxima proposições contraditórias, ao articular categorias marxistas à concepção de Planos em Deleuze e Guattari (1992).
Planos	Guiles Deleuze e Felix Guattari	Segundo Deleuze e Guattari (1992), os conceitos filosóficos são totalidades fragmentárias que não se ajustam uns aos	A concepção filosófica de Deleuze e Guattari (1992) é adaptada a suas proposições. Compreende que a constituição

	<i>O que é a filosofia?</i>	outros, mas que ressoam na filosofia que os cria e os unifica apresentando-os como um todo não fragmentado, como um plano de consistência ou, mais exatamente, como um plano de imanência. “A filosofia é um construtivismo, e o construtivismo tem dois aspectos complementares, que diferem em natureza: criar conceitos e traçar um plano. [...] O plano envolve movimentos infinitos que o percorrem e retornam, mas os conceitos são velocidades infinitas de movimentos finitos, que percorrem cada vez somente seus próprios componentes” (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 51).	dos sujeitos se realiza em função de Planos que se expressam em três dimensões ou momentos: particular, singular e universal. Afirma que a autonomia é a capacidade dos sujeitos em lidarem com esses distintos Planos, de forma a construir capacidade interna (subjativa) para alterarem os processos de trabalho. Essa concepção é articulada ao conceito de transversalidade em Guattari (1985) e Guattari e Rolnik (1996) na lógica da micropolítica.
Transversalidade	Félix Guattari <i>Revolução molecular: pulsações políticas do desejo</i>  Felix Guattari e Sueli Rolnik <i>Micropolítica: cartografias do desejo</i>	O conceito de transversalidade é utilizado por Guattari (1985) e Guattari e Rolnik (1996) na lógica da micropolítica e compreende a elaboração de múltiplos arranjos como alternativa para os diversos graus de verticalidade e de horizontalidade nas organizações.	Embora Campos (2013) faça uma ressalva quanto ao pensamento unicista e não dialético das proposições de Guattari, identifica, a partir desse referencial, que a prática dos sujeitos e dos coletivos fundada em desejos e interesses possibilita a criação de múltiplos vetores que se interinfluenciam, apontando, então, para a viabilidade de construção de arranjos organizacionais que suplantem o instituído. Através da implementação de sistemas de cogestão, afirma que as relações de poder nas instituições podem ser modificadas a partir da constituição de outras estruturas organizacionais que atendam aos desejos e interesses dos sujeitos da produção.
Trabalho	Karl Marx <i>O Capital</i>	Como criador de valores de uso, como trabalho útil, o trabalho é condição universal de existência do ser humano, independentemente das formas sociais. No modo de produção capitalista, no entanto, o processo de produção de valores de uso implica na forma mercadoria. Os valores de uso são, portanto, o substrato material do valor de troca. A força de trabalho é uma mercadoria no processo de produção capitalista. No desenvolvimento conceitual do processo de trabalho, em Marx (2013), a análise sobre o modo de produção capitalista tem em vista a totalidade das relações sociais, visando chegar a sua essência.	Compreende que os espaços de cogestão motivam os sujeitos para a produção e o atendimento de necessidades sociais a partir da identificação dos valores de uso resultantes de seu trabalho, comprometendo-os com a reorganização dos processos produtivos. Todavia, não explica que, no modo de produção capitalista, o processo de produção de valores de uso implica na forma de mercadoria. Ao abordar as categorias marxistas de forma superficial sem evidenciar como foram desenvolvidos nos textos originais, inviabiliza a principal contribuição de Marx (2013) que é analisar o modo de produção no capitalismo, tendo em vista a totalidade das relações sociais. Além do uso isolado das categorias marxistas, essa construção expressa uma aproximação entre proposições contraditórias ao articular a lógica da

			micropolítica, conforme desenvolvida por Guattari (1991) e Guattari e Rolnik (1996) com a linguagem conceitual de Marx (2013).
Contrato	Gregorio Baremlitt <i>Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática</i>	Segundo Baremlitt (2002), na análise institucional é realizado um trabalho de intervenção socioanalítico que propõe analisar as instituições a partir das relações de poder que são estabelecidas entre os sujeitos que a compõem. Para isso, o analista institucional atua em conjunto com um coletivo através do estabelecimento de um contrato, no sentido simbólico do termo, no qual os participantes se comprometem a expressarem seus sentimentos – semelhante ao que ocorre em um processo psicoterapêutico -, a fim de compreenderem os conflitos e contradições internas à instituição. Ou seja, trata-se de uma análise subjetiva das relações sociais nas instituições e como isso se expressa nos coletivos que as constituem.	Destaca que suas proposições podem ser tanto autoaplicáveis, quanto também podem contar com a figura de um ou mais agentes externos denominados como “Apoiador Institucional”, desempenhando funções junto às equipes e colaborando na reorganização dos processos de trabalho e na gestão organizacional. Para isso, os apoiadores atuam mediante a elaboração de contratos entre os sujeitos de um coletivo nos quais são estabelecidas expectativas, regras e objetivos como método de intervenção institucional.

Fonte: elaborado pelo autor.

## CONCLUSÕES

Como abordei no início, esta Dissertação parte do meu interesse sobre o tema da saúde, que vem desde minha Graduação em Administração e dos trabalhos desenvolvidos junto ao Grupo de Pesquisa Organização e Práxis Libertadora, e do exercício de minhas atividades profissionais no campo da saúde. Adotando uma postura influenciada pelo estudo sistematizado do livro *O Capital* de Marx (2013), dirigi meu interesse de estudo para o tema da Gestão em Saúde, dando enfoque às abordagens dominantes no campo da Saúde Coletiva. Para isso, foi realizado um estudo exploratório dos principais programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil e, no momento da pesquisa, 16 Programas disponibilizavam essas informações e em todas as referências utilizadas eram citados três principais autores: Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. Utilizando como categorias de análise a “interdiscursividade” e a “intertextualidade” desenvolvidas por Bakhtin (2006), a partir de sua filosofia marxista da linguagem, foi possível identificar, através do estudo sistematizado dos textos dos autores do meu recorte analítico, o sentido que a Gestão em Saúde assume em suas proposições.

Emerson Elias Merhy afirma que o principal objetivo de suas proposições é pensar o agir no âmbito das organizações de saúde, particularmente nos processos produtivos dos atos de saúde como lugar de transição tecnológica para um novo patamar produtivo. Adotando a micropolítica do trabalho vivo em ato, defende que a Gestão em Saúde é crucial para a reestruturação dos processos produtivos em saúde e da produção do cuidado. Ao mesmo tempo, identifica que o campo de ação do trabalho vivo é o lugar central da transição tecnológica na saúde, porque é o território em disputa das várias forças interessadas. Através da tecnologia leve - entendida como o conjunto de saberes do trabalhador - afirma que é possível modificar as relações que se concretizam no processo de trabalho e sua organização no interior dos estabelecimentos de saúde. Afirma que no ato de cuidar há um processo de intercessão, que se estabelece na relação entre o trabalhador de saúde e o usuário, no qual são criadas as condições para modificar a lógica que preside o processo de trabalho como produção e satisfação de necessidades. Nessa relação é que se abrem fissuras para uma nova forma de Gestão em Saúde, já que o trabalhador possui autonomia para criar e modificar a forma como se dá o processo de trabalho. Propõe, então, um modelo assistencial multiprofissional e desenvolve o que chama de “caixa de ferramentas”, como contribuição para operacionalizar as ações dos gestores. Composto por dispositivos gerenciadores do cuidado em saúde, Merhy (2002) entende que esse modelo possibilita matriciar toda

organização de saúde, construindo a figura do gestor do cuidado. Sua operacionalização efetivaria resultados naquilo que o autor concebe como um modelo usuário centrado, impactando - na dimensão organizacional - modos de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar os profissionais de saúde e os usuários.

Na interdiscursividade com seus referenciais, articula categorias marxistas com a lógica da micropolítica (GUATTARI, 1991; GUATTARI; ROLNIK, 1996). Porém, ao delimitar sua análise à micropolítica do trabalho, analisa os processos de trabalho em saúde como se fossem isolados das relações sociais nos quais estão imersos. Utiliza o conceito de intercessão (DELEUZE, 1992) na análise da relação de produção e consumo que se realiza no serviço de saúde, fazendo referência ao encontro de necessidades que ali acontece. Os usuários são tratados como clientes ao expressarem suas demandas por consumir atos de saúde, de modo a satisfazer suas necessidades. Ainda que a referência seja Deleuze (1992), encontram-se ecos de como a relação entre produtor e cliente é tratada no campo da gestão e, mais especificamente, do marketing em termos do encontro de serviços (KOTLER, 2002). Além disso, utiliza o conceito de gestão e participação em Motta (1996), que tem como principais referências as proposições de Peter Druker e outros ideólogos do gerencialismo. Assim, mesmo que Merhy expresse contrariedade à lógica do mercado, já que afirma estar fazendo crítica à gestão, o sentido discursivo e prático-operacional de suas proposições se materializa na interdiscursividade travada com seus referenciais teóricos. Dessa forma, as ações indicadas pelo autor para a produção do cuidado, que visam construir, entre outros, acolhimento, vínculo e responsabilizações dos trabalhadores através de posicionamento ético usuário-centrado, ficam presas à lógica gerencial, porém apresentadas como se fossem reestruturados do processo de trabalho.

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio defende um modelo tecno-assisencial denominado “Em defesa da vida” e comprometido com a mudança na Administração Pública na perspectiva da Reforma Sanitária brasileira. O modelo deve garantir espaços de participação democrática e o acesso às informações institucionais dos serviços, construindo uma metodologia de planejamento e de administração que inclua os sujeitos sociais envolvidos na organização do sistema de saúde. Na interdiscursividade com seus referenciais, Cecílio (1994d) utiliza os conceitos nucleares da proposição original de Matus (1993; 1996a) – situação, ação social, e produção social -, porém, sem apresentar o significado conceitual de ator social e de jogo social, tratando-os como se fossem conceitos auto-evidentes. Ao não explicar como Matus (1996a) desenvolve esses conceitos, Cecílio (1994d) apresenta de

maneira superficial uma importante contribuição de Matus (1993; 1996a) que é a analogia da ação social com a participação em um jogo, abarcando desde estratégias de conflito puro e/ou de cooperação extrema entre atores que mobilizam recursos de poder para a manutenção ou modificação da realidade. Através desses conceitos, Matus (1996a) explicita que o poder e, em consequência, o conflito, é constitutivo da sociedade e, ao mesmo tempo, é um recurso inerente à produção de fatos sociais. Ao não explicar esses conceitos na lógica proposta por Matus (1996a), Cecílio (1994d) apresenta a TPS como se fosse uma etapa final da proposição original, quando ela é sua fundamentação.

Além disso, identifica a TPS desconectada da teoria do processo social numa concepção marxista. Contudo, nas proposições originais de Matus (1993; 1996a) sobre a TPS, identifica-se que há uma intertextualidade com a concepção marxista sobre o processo de produção social, principalmente quando Marx (2013) evidencia a categoria trabalho como mediação do metabolismo do homem e a natureza, sendo a produção um caráter intrinsecamente social. Além do uso isolado dessas categorias, Cecílio (1994d) delimita sua análise sobre o conflito interno nas organizações, aproximando proposições contraditórias ao articular a linguagem conceitual de Matus (1993; 1996a) com a TAC de Habermas, através do Planejamento Comunicativo de Rivera (1995). Dessa maneira, inviabiliza a compreensão do conceito de poder em Matus (1996a) ao conceber que os atores sociais compartilham de uma mesma situação no processo social e que valores contraditórios podem ser resolvidos de forma consensuada através do diálogo. Assim, o sentido da Gestão em Saúde em suas proposições subordina o poder à estrutura organizacional, tomando as relações sociais que ocorrem em seu interior como expressão da realidade. Portanto, a participação e a inclusão de atores sociais na organização do sistema de saúde ficam limitadas à estrutura de seu modelo de Gestão em Saúde.

Gastão Wagner de Sousa Campos parte de uma crítica à racionalidade gerencial compreendendo que sua lógica produz a separação concreta dos trabalhadores dos meios de produção e dos resultados do seu próprio trabalho. Afirma, então, que esse dilaceramento é a alienação, que se expressa na impossibilidade dos trabalhadores participarem da gestão. Em contraposição, apresenta um método de gestão denominado “Método Paideia” (ou “Método da Roda”) fundamentado na cogestão. Alterando o significado e o modo como se organiza o trabalho nas organizações, assume como tarefa não só a produção de bens e serviços que atendam a necessidades sociais, mas também a constituição de sujeitos e coletivos autônomos.

Para isso, apresenta arranjos organizacionais e dispositivos de gestão denominados como apoio institucional, equipes de referência e apoio matricial.

Na interdiscursividade com seus referenciais, analisa a constituição dos sujeitos utilizando a categoria “Ser” (sujeito), de Lefebvre (1995), porém sem apresentar o significado original, resultando numa análise superficial de suas proposições e de suas implicações. Além disso, articula a categoria à concepção de Planos em Deleuze e Guattari (1992), também adaptando o conceito a suas proposições. Embora Campos (2013) faça uma ressalva quanto ao pensamento unicista e não dialético nas proposições de Guattari (1989; 1991), assume essa concepção identificando, a partir desse referencial, que a prática dos sujeitos e dos coletivos fundada em desejos e interesses possibilita a criação de múltiplos vetores que se interinfluenciam. Afirma, então, a viabilidade de construção de arranjos organizacionais que suplantem o instituído. Através do conceito de transversalidade (GUATTARI, 1985; GUATTARI; ROLNIK, 1996) defende que a implementação de sistemas de cogestão possibilita que as relações de poder nas instituições podem ser modificadas a partir da constituição de outras estruturas organizacionais que atendam aos desejos e interesses dos sujeitos da produção. Compreende, então, que os espaços de cogestão motivam os sujeitos para a produção e o atendimento de necessidades sociais a partir da identificação dos valores de uso resultantes de seu trabalho, comprometendo-os com a reorganização dos processos produtivos.

Todavia, não explica que, no modo de produção capitalista, o processo de produção de valores de uso implica na forma de mercadoria. A alienação, portanto, é a essência do processo de produção e reprodução do capital, porque rompe com a totalidade das relações sociais pela forma como o trabalho está organizado na sociedade capitalista. Assim, ao abordar as categorias marxistas de forma superficial, sem evidenciar como foram desenvolvidos nos textos originais, inviabiliza a principal contribuição de Marx (2013) que é analisar o modo de produção no capitalismo tendo em vista a totalidade das relações sociais e a alienação como consequência de fundamento ontológico do capitalismo que é o fetiche da mercadoria. Por fim, destaca que suas proposições podem ser tanto autoaplicáveis, quanto também podem contar com a figura de um ou mais agentes externos denominados como “Apoiador Institucional”, desempenhando funções junto às equipes e colaborando na reorganização dos processos de trabalho e na gestão organizacional. Os Apoiadores atuam mediante a elaboração de contratos (BAREMBLITT, 2002) entre os sujeitos de um coletivo, estabelecendo expectativas, regras e objetivos como método de intervenção institucional.

Além do uso isolado de categorias marxistas, aproxima proposições contraditórias articuladas à lógica da micropolítica e da análise institucional. Portanto, ainda que o autor contraponha a racionalidade gerencial, sua crítica é restrita na medida em que se mantém dentro dos limites da gestão, provocando, no máximo, micro-emancipações que não colocam em risco a ordem do capital.

Diante do exposto, e reconhecendo as diferentes abordagens dos autores sobre o tema da Gestão em Saúde, identifico que na elaboração de suas proposições há uma característica comum que é a utilização de conceitos sem manter o significado dos textos originais. Isso fica evidente na forma como apresentam suas análises, afirmando, cada um a sua maneira, que é adequado realizar miscelâneas de referenciais, conceitos e autores. Isso não só expressa uma apropriação equivocada porque modifica o significado original, mas também é uma adaptação interessada a suas proposições, visto que traduzem conceitos para expressarem valores próprios. Além do uso isolado de conceitos, articulam proposições contraditórias que são apresentadas de maneira superficial e descontextualizadas sem evidenciar os valores sociais (de classe) e o sentido ideológico contido nos discursos de seus referenciais. Isso fica claro quando, por exemplo, pretendendo criticar a Administração e sua racionalidade, incorporam prescrições impregnadas do que discursivamente rejeitam.

Retomando as reflexões de Bakhtin (2006), o autor ressalta que não existe neutralidade discursiva, já que em todo discurso há sempre uma intenção dotada de sentido que está inserida, inevitavelmente, em uma dimensão política que se apresenta como expressão de uma situação histórica concreta que deu origem à enunciação. Por isso, afirma que toda interação verbal ocorre em uma esfera única de relação social organizada e contextualizada. Logo, tudo que é dito, expresso e enunciado, constitui um produto ideológico. Isso implica que, na constituição do discurso, o enunciador inevitavelmente carrega consigo o sentido do discurso de outrem, já que seu discurso está sempre atravessado e ocupado pelo discurso alheio (BAKHTIN, 2006). Por isso afirma que em um discurso há uma relação interdiscursiva com outros autores que, dotada de sentido, reflete e refrata ideologicamente a realidade.

Compartilhando desse ponto de vista, e apesar das críticas à gestão sob a racionalidade gerencial, entendo que a interdiscursividade e a intertextualidade travadas pelos autores com referenciais que afirmam valores de classe (capitalista), resultam na incorporação desses valores para suas proposições sobre Gestão em Saúde, ainda que isso não seja nítido em seus

discursos. Por isso, compreendo que as miscelâneas conceituais realizadas pelos autores são parte de uma estratégia discursiva para trazer uma aparência que não é real e que esconde as reais intenções de suas proposições. Sem contextualizar os textos originais, os autores não evidenciam o sentido ideológico que é incorporado em suas proposições e que são traduzidos e apresentados sob outra roupagem, como se fossem reestruturadoras das relações de produção do trabalho. Face à articulação de proposições teóricas contraditórias, o resultado prático é a idealização das relações de produção no capitalismo e a sobrevalorização da possibilidade dos trabalhadores transporem as relações institucionais nas quais estão imersos. Sobretudo, as críticas feitas ao campo disciplinar da Administração são limitadas, porque seus modelos de gestão não ultrapassam os limites da ordem estabelecida pelo capital. Em seus modelos de gestão, a reorganização dos processos de trabalho é sempre referida à reestruturação das organizações e dos serviços de saúde. Por isso, propõem arranjos organizacionais e dispositivos de gestão como alternativa ao que está instituído. Ou seja, ao se relacionarem de maneira superficial com o conhecimento produzido em outro campo disciplinar terminam por reproduzir tecnologias de gestão já experimentadas e criticadas.

A partir, então, da identificação e sistematização das proposições dos autores sobre a Gestão em Saúde em interface com a Saúde Coletiva, faço o seguinte questionamento: qual é a expressão prática dessas proposições sobre Gestão em Saúde nos cotidianos de trabalho das pessoas? Sem a pretensão de esgotar essa discussão, apresento alguns apontamentos. A reflexão sobre esses autores permitiu evidenciar que seus modelos de Gestão em Saúde não superam o discurso gerencialista, mas o ressignificam, porque traduzem para suas proposições conceitos de referenciais que defendem a lógica de mercado em todas as dimensões da vida associada, ainda que com a intenção de reorganização dos processos de trabalho. Além disso, porque criticam o campo disciplinar da Administração sem questionar a concepção hegemônica de organização que fundamenta o discurso gerencialista, e propõem, sob a mesma retórica, modelos de Gestão em Saúde que subordinam as pessoas e os processos de trabalho à estrutura de seus modelos. Sobretudo, é de se estranhar que os autores critiquem as Teorias Organizacionais (TOs) sem apresentar e analisar as vertentes dominantes, que em suas proposições ficam restritas a uma abordagem anti-taylorista. Ou seja, cabe questionar o porquê de uma crítica tão comedida e simplificada sobre as TOs, já que suas proposições de Gestão em Saúde são apresentadas como alternativa a essas concepções.

Sob um discurso pautado nos desejos e interesses, afirmam que as relações de produção podem ser modificadas, bastando, para tanto, a vontade dos sujeitos. Todavia, esse

discurso expressa um dos principais valores da ideologia gerencialista que concebe os indivíduos como responsáveis por suas condições de vida, aprofundando, assim, o individualismo e as soluções parciais e localizadas dos problemas sociais. Embora esses autores defendam uma postura crítica sobre a concepção de Gestão em Saúde, a análise de discurso fundamentada na filosofia marxista da linguagem de Bakhtin (2006), possibilitou evidenciar que suas proposições são carregadas de sentido ideológico gerencial e limitadas a um olhar fragmentado sobre a realidade, inviabilizando, dessa forma, a possibilidade de compreender o mundo social como totalidade para, então, transformá-lo.

Além disso, também cabe questionar o porquê dos modelos de Gestão em Saúde desses autores serem os dominantes no campo da Saúde Coletiva. Sobretudo, por que os Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva utilizam como referência, em suas disciplinas, textos escritos por autores que retratam o campo da Saúde Coletiva da década de 1980 e 1990. Em uma rápida pesquisa nos sítios eletrônicos das principais revistas de Saúde Coletiva são encontrados textos atuais desses mesmos autores sobre o tema da Gestão em Saúde e de suas experiências recentes, mas que estão ausentes nas ementas das disciplinas dos Programas. Então, por que não são utilizados? E onde estão outros autores que também trabalham com essa temática? E seus orientandos, por que não são referências nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva? Enfim, tais questionamentos não se esgotam nos objetivos propostos por essa Dissertação, mas indicam possibilidades de pesquisas a serem desenvolvidas. O primeiro passo nessa direção será a realização de uma pesquisa que objetiva analisar o processo de institucionalização que faz com que essas abordagens continuem sendo as dominantes nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e, também, nas capacitações dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Sobre a Abrasco. 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/sobreabrasco/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- \_\_\_\_\_. Anais do III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Natal. 2017. Disponível em: <[https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/08/Livro-Anais-Cong-Politic3\\_2017.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/08/Livro-Anais-Cong-Politic3_2017.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- ALIANZA PARA EL PROGRESO. Documentos Básicos. Punta del Este, Uruguay : Biblioteca Nacional de Chile. 1961.
- AROUCA, Sérgio Antônio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 261 f. Tese. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- BAKHTIN, Mikhail Mikhailovich. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12. ed., São Paulo: HUCITEC, 2006.
- BAREMBLITT, Gregorio. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 2002.
- BRAIT, Beth. (Org.). **Bakhtin: conceitos-chave**. 5. ed., São Paulo: Contexto, 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Plataforma Sucupira*. Brasília, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2019a. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. 2019b. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012.
- BROSE, Markus. O método ZOPP para planejamento e gestão de projetos. In: BROSE, Markus (Org.). *Metodologia Participativa: uma introdução a 29 instrumentos*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001, p. 177-184.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. 1991. 399f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A Saúde Pública e a defesa da vida**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. 175p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde.** In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.) *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, p. 19-31, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000100003>>. Acesso em: 14 Jun. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um Método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n.4, p. 863-870, 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>>. Acesso em: 14 Jun. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda.** 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; JÚNIOR, Nilton Pereira; CASTRO, Cristiane Pereira de. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, v. 18, p. 983-995, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>>. Acesso em: 12 Jun. 2019.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Apresentação. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.) *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994a. p. 9-10.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Contribuições para uma teoria da mudança no setor público. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.) *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994d. p. 235-334.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Inventando a mudança em uma região de saúde: reconstituição e análise da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS – 5) – 1883/1987. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.) *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994b. p. 89-116.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Prólogo. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.) *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994c. p. 11-28.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na administração pública: reconstituição e análise de três experiências na Saúde.** 1993. 399 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

COSTA, Rodrigo Prado da Costa. **Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca.** 2015. 88 f. Monografia (Graduação em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

COSTA, Rodrigo Prado da; MISOCZKY, Maria Ceci; ABDALA, Paulo Ricardo Zilio. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 990-1001, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811916>>. Acesso em: 15 Mar. 2019.

DE FARIA, José Henrique. A realidade e seu conceito: comentários sobre a crítica ao “sequestro da subjetividade”. **Revista Eletrônica de Administração**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 269-282, abr. 2019. ISSN 1413-2311. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/read/article/view/90276/52536>>. Acesso em: 30 Mai. 2019.

DELEUZE, Gilles. **Conversações: 1972 - 1990**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O que é a filosofia?** São Paulo: 34, 1992.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1. ed., Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FARACO, Carlos Alberto. **Linguagem e diálogo: as ideias linguísticas do Círculo de Bakhtin**. São Paulo: Parábola Editorial, 2009.

FIORIN, José Luiz. **Introdução ao pensamento de Bakhtin**. 2. ed., São Paulo: Contexto, 2017.

FLORES, Fernando. **Inventando la empresa del siglo XXI**. Chile: Universitaria, 1989.

GIOVANELLA, Ligia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, 1991. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000100004>>. Acesso em: 30 Mai. 2018.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1991.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Ed. 34, 2000.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Sueli. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

GUATTARI, Félix. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GUTIERREZ, Gustavo Luis; ALMEIDA, Marco Antonio Bettine. Teoria da Ação Comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo. **Veritas**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 151-173, jan/abr. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15448/1984-6746.2013.1.8691>>. Acesso em: 12 Mai. 2019.

HUERTAS, Franco. **Entrevista com Matus: o método PES**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

KLIKAUER, Thomas. What is managerialism. **Critical Sociology**, v. 41, n. 7-8, p. 1103-119, 2013.

KOTLER, Philip. **Marketing de Serviços Profissionais**. São Paulo: Manole, 2002.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica Formal e Lógica Dialética**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LEVCOVITZ, Eduardo; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; UCHÔA, Severina Alice da Costa; NESPOLI, Grasielle; MARIANI, Mânia. **Produção de conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília (DF): OPAS; 2003. p.74. [Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2].

LOURAU, Réne. **A Análise Institucional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social**. São Paulo: Boitempo, 2012.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATUS, Carlos. **Adeus senhor presidente: governantes e governados**. São Paulo: FUNDAP, 1996a.

MATUS, Carlos. **Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi: estratégias políticas**. São Paulo: FUNDAP, 1996b.

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, Carlos. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: FUNDAP, 2005.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar as ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.) *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 117-160.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. (Orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2013. P. 19-67.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314. 1999. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>>. Acesso em: 12 Mai. 2018.

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo. (Org.). *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. Editora Hucitec/ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995. p.117-149.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; FILHO, Roberto Costa Nogueira. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuições para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 83-89, dez. 1991.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sonia. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. Editora Lemos, São Paulo, 1997. p. 125-141.

MISOCZKY, Maria Ceci; ABDALA, Paulo Ricardo Zilio; DAMBORIARENA, Luiza. A trajetória ininterrupta da reforma do Aparelho de Estado no Brasil: continuidades nos marcos do neoliberalismo e do gerencialismo. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 9, n. 3, p. 184-193, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.21118/apgs.v1i3.1306>>. Acesso em: 15 Mai. 2019.

MISOCZKY, Maria Ceci. **O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: Dacasa. 2002.

MISOCZKY, Maria Ceci. **Teorización organizacional: de las mutaciones funcionales a las posibilidades de una crítica ontológica**. Texto inédito. 2016.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1998.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n. 2, p. 5-21, 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>>. Acesso em: 17 Mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO E PRÁXIS LIBERTADORA. Sobre. 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/organizacaoepraxislibertadora/sobre/>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Formulación de Políticas de Salud**. Chile. 1975.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto anovos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>>. Acesso em: 17 Mai. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp, p. 73-

78, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011>>. Acesso em: 20 Mai. 2018.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Entre a administração e a política: os desafios da gestão pública democrática**. Campinas: São Paulo, 2003.

PEREIRA, Ilídio Medina; MISOCZKY, Maria Ceci. Peter Drucker e a legitimação do capitalismo tardio: uma análise crítica de discurso. GESTÃO.Org. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 5, p. 261-283, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaoorg/article/view/21609/18303>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

PIRES, Denise. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas**. 1991. 347f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP.

PUELLO-SOCARRÁS, José Francisco. **Nueva Gramática del Neo-liberalismo. Itinerarios teóricos, trayectorias intelectuales, claves ideológicas**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, 2008.

PUELLO-SOCARRÁS, José Francisco. Ocho tesis sobre el neoliberalismo (1973-2013). In RAMÍREZ, Hernán. *O neoliberalismo Sul-americano em clave transnacional: enraizamento, apogeu e crise*. São Leopoldo: Oikos - Unisinos, p. 13-57, 2013.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ROCHA, Juan Stuardo Yasle. Análise crítica dos modelos de planejamento em saúde na América Latina. **Revista Educación Médica em Salud**, v. 26, n. 2, p. 206 – 224, 1992.

TRAGTENBERG, Maurício. **Administração, poder e ideologia**. São Paulo: UNESP, 2005.

## ANEXO A

Um grupo de pacientes de hanseníase, de hipertensos, de tuberculosos, entre outros, também podem ser acompanhados em uma coorte, através da qual pode-se medir, com alguns indicadores, o processo de desmedicalização do grupo, a melhoria ou piora dos quadros iniciais, o conjunto das condutas, o uso adequado ou não de recursos, etc.

Neste mesmo sentido, discutimos que os dados coletados sobre um grupo de alta prevalência, como, por exemplo, o de crianças asmáticas, também são adequados para medir grau de autonomia, diminuição do agravamento, da internação e dos retornos, podendo traduzir vários dos parâmetros pretendidos.

A questão da satisfação foi entendida principalmente do ponto de vista do usuário, mas sem excluir a do trabalhador, e chegamos à conclusão que a periodicidade da sua coleta poderia ser trimestral, a partir dos próprios usuários que compunham os conselhos, ou pelos próprios movimentos que existissem na área. A técnica sugerida foi a do satisfatômetro (ver artigo Informação e Gestão, citado logo acima).

No caso do acolhimento, pode-se procurar medir como a população esta sendo recebida pelo grupo de acolhimento de cada área, verificando a informação que a população está recebendo em relação ao seu problema, e se o grupo está gerando alternativas de atenção, procurando sempre criar uma possibilidade para o usuário. Além disso, pode-se medir se o que está sendo feito resolve alguma coisa, em relação à expectativa do usuário; medir o tempo de espera para a intervenção, o tempo de atendimento, o conhecimento que o usuário tem do processo, entre outros.

Consideramos que um território deve ser construído como espaço de exercício de cidadania e de direitos e, não, imposto. Deste modo, quando discutimos o que esperávamos do grupo de acolhimento, considerou-se que como há pessoas que não se submetem ao estabelecimento de relações muito estruturadas com os serviços de saúde, preferindo serviços rápidos que não os empatem, enquanto outras querem que o serviço lhes ofereça a possibilidade de terem acesso e vínculo constante no momento em que sentem necessidade disto, o serviço tem que estar preparado para oferecer acolhimento, de diferentes tipos e/ou com ofertas diferentes. Tendo que desenvolver uma capacidade de escuta muito apurada, inclusive para discriminar o próprio processo de encaminhamento para onde a oferta seja mais adequada, sem deixar de ser responsável por isto. A área de atenção — por exemplo, da criança — sempre é a responsável com o que vai acontecer com aquele usuário, devendo monitorar o seu andar pelos outros níveis, ou servir de referência para ele quando

tiver problemas em outros lugares, uma vez que a área de atenção é o lugar onde se deve procurar construir o vínculo, a relação de confiança.

Mesmo que o mais adequado para uma U.B.S. seja encaminhar um paciente com uma citologia oncológica positiva para um atendimento em outro nível, como já assinalamos atrás, a responsabilidade continua sendo do lugar que percebeu o problema e com o qual o usuário procurou vínculo; ela, inclusive, torna-se responsável pela realização dos exames necessários para que o usuário tenha seu problema resolvido.

Por isso, advogamos a idéia de que a área é responsável pelo conjunto do modelo de atenção à saúde para aquele grupo, desde o acolhimento até o aumento do coeficiente de autonomia dos usuários, e que isto deve estar expresso em compromissos que o grupo assume publicamente dentro da unidade de saúde e com o conjunto dos atores interessados em seu trabalho. Por isso, achamos vantajoso poder organizar o trabalho do grupo com autonomia, mas dentro de um compromisso público, respondendo por ele conforme os parâmetros definidos pelo modelo, explicitando a responsabilidade de cada profissional dentro do grupo pelo desempenho qualitativo do mesmo. Procurando-se adscrever uma clientela por profissional, na medida do possível, pode-se ajudar muito na constituição de uma prática de acolhimento, não só na porta da unidade, mas, também, nos consultórios, nas salas de enfermagem, entre outros, facilitando inclusive a criação do vínculo para o usuário que estiver apto e interessado.

Para trabalhar com a questão do acesso, podem-se tomar doenças de baixa prevalência, mas de risco importante, que, se estiverem espontaneamente sendo recebidas pela unidade, indicariam uma abertura da unidade para captar clientela. Devemos verificar se está se agregando demanda, o que é um bom indicador de vínculos, de abertura para receber novas procuras e de satisfação.

### A SUGESTÃO DE ALGUNS INDICADORES

Montamos três grupos que fizeram as seguintes sugestões de indicadores que, depois de uma discussão mais coletiva, resultou na criação de pelo menos 20 tipos de indicadores que devem ser coletados para dar o perfil de toda a rede, sendo que algumas unidades podem ir realizando outras análises, com outros indicadores, que, com o tempo, poderão ser incorporados à planilha básica, conforme decisão do Colegiado de Coordenadores:

1. 
$$\frac{\text{n.º de consultas médicas/área por mês realizadas}}{\text{n.º de consultas médicas/área por mês procuradas}}$$

objetivo: tentar medir o uso de recursos disponíveis para responder ao projeto implantado permitindo ao grupo discutir sua relação com a busca do acesso.

fonte: registro na própria unidade no grupo de acolhimento/área.

meta:

período de coleta: diário.

2. n.º e tipo de outras formas de assistência geradas a partir da solicitação de consulta médica/área por mês

n.º de consultas médicas procuradas mas não realizadas que virou outra forma de assistência

objetivo: idem.

fonte: idem.

meta:

período de coleta: diário.

3. distribuição proporcional das consultas médicas, consultas de enfermagem, atividades de grupos, encaminhamentos para outros serviços (e outros itens específicos das áreas\*), por área/mês em relação ao total de procura no acolhimento.

objetivo: medir padrão de oferta oferecida mensalmente pela unidade em uma análise longitudinal e que permita ao grupo discutir sua relação de acesso e acolhimento com a demanda.

fonte: mapa de realizações junto ao grupo de acolhimento.

meta:

período de coleta: diário.

4. tempo de espera entre solicitação de atendimento e o atendimento realizado, podendo medir também o tempo de espera na unidade para ser resolvido o caso, i.é, entre o horário de chegada e a saída. Por área e colhido de tempo em tempo, não é necessário colher todo dia, sugere-se durante uma semana a cada trimestre, e por amostra.

objetivo: medir acessibilidade e acolhimento.

fonte: levantamento amostral feito pelo grupo da área.

meta:

período de coleta: uma semana por trimestre.

\*observação: em caso de mulheres férteis, colocar dados sobre consultas obstétricas, citologias, DIUS, planejamento familiar...

5. análise de uma coorte bem definida. Neste item deve-se tomar um grupo de pessoas que tenham em comum uma determinada característica classificatória e que tenham sido registradas, ou iniciadas em tratamento ou observação, em um mesmo período e que possam, assim, ser acompanhadas através de um pool de indicadores de acordo com um protocolo bem claro, como grupo de diabéticos, hipertensos, tuberculosos, etc...

- 5.1. n.º de altas por cura/controle no final do mês de junho  
n.º de inscritos no mês de janeiro para iniciar trata/o

5.2. n.º de altas por óbitos e por abandono.

5.3. tipo de resultado por esquema de tratamento e gravidade.

5.4. n.º de eventuais que foi gerado por grupo de tratamento e de gravidade.

5.5. n.º de consultas médicas realizadas por grupo de tratamento e gravidade.

5.6. concentração de exames realizados por grupo.

5.7. n.º de pacientes que pioraram.

5.8. pode-se inventar muitos outros conforme a característica do grupo e o protocolo objetivo: permitir com estes estudos que o grupo possa discutir a melhor organização do seu trabalho em função de ações efetivas, dentro dos padrões de eficiência advogada pelo protocolo, e, ainda, conforme a coorte analisar a própria contribuição para aumentar o coeficiente de autonomização do usuário, através do vínculo estabelecido. Por exemplo, em um estudo da qualidade da atenção aos diabéticos, na medida em que não há alta por cura, é importante avaliar o número de pacientes que melhoram e que vão precisando cada vez menos do serviço. Inclusive, a própria medida do tempo de espera dos que precisam do serviço em determinadas intercorrências, e dele estão tendo resposta pronta e eficaz, é um bom dado avaliador. Toda esta análise tem um sentido sentinela, pois estas coortes podem sugerir problemas mais comuns para o conjunto do modelo de atenção por área. Assim, cada área de atenção deve escolher algumas situações de coorte.

fonte: registros que o grupo da área deve montar.

meta: indicada pelo protocolo adotado.

período de coleta: a todo atendimento.

6. n.º de exames de C.O.  
n.º de mulheres em idade fértil atendidas em primeira consulta

e

n.º de mulheres em idade fértil atendidas em primeira consulta

n.º de mulheres em idade fértil previstas na área anos

objetivo: medir a cobertura que está sendo dada dentro do serviço e procurar verificar complementarmente a cobertura para a população feminina da área.

fonte: a área e o nível central.

meta:

período de coleta: diário.

7. n.º de C.O positivas que fez colposcopia

n.º de C.O positivas (com alterações III, IV e V)

objetivo: permitir ao grupo a análise de seu compromisso e responsabilidade pelos resultados e pela resolução do caso colocando em cheque o mero papel de encaminhador, devendo ser também o responsável pelo que vai se seguir a partir da detecção do caso.

fonte: registro do grupo da área.

meta:

período de coleta: diário.

8. n.º de tipos de vacinas realizadas no grupo de 0-1 ano

n.º de tipos de vacina esperadas

objetivo: discutir cobertura e eficácia de intervenção do grupo de atenção à criança.

fonte: o grupo e o nível central.

meta:

período de coleta: diário.

9. n.º de crianças de 0-2 anos registradas na unidade por bronquite asmática que foram internadas no mês

n.º de crianças de 0-2 anos com bronquite asmáticas acompanhadas no grupo atenção à criança

\*observação: este pode ser um caso típico de estudo de coorte e que pode medir através de determinadas patologias de alta prevalência, inclusive o uso de outras modalidades de assistência como leitos hospitalares, exames mais sofisticados, capacidade de gerar autonomia e de resolver problemas por parte da equipe. Outras patologias podem ser escolhidas dentro desta idéia e vários indicadores podem ser montados para cada uma delas conforme os resultados propostos no protocolo, que deverá se pautar pelos parâmetros orientadores, como acesso, acolhimento etc..

152

objetivo: verificar o impacto do grupo sobre a situação de determinados eventos sentinelas, como algumas doenças de alta prevalência e relevantes para um determinado grupo populacional

fonte: registro da própria área e o nível central.

meta: conforme protocolo.

período de coleta: diária e se for coorte sugerimos que seja semestralmente acompanhada.

10. n.º de contra-referência realizadas por especialidade, por área/mês

n.º de referências solicitadas por especialidades por área/mês

objetivo: trabalhar com a relação de rede de ajuda que esta constituída entre os vários serviços.

fonte: registro do próprio grupo.

meta:

período de coleta: diário.

11. n.º de contra-referência realizadas por médico do ambulatório de especialidade por unidade solicitante e por mês

n.º de referências solicitadas para o médico do ambulatório por unidade solicitante e por mês

objetivo: analisar a rede de ajuda e a pertinência do pedido por especialidade, por unidade e por especialidade, para medir capacidade de resolução.

fonte: o ambulatório de especialidade.

meta:

período de coleta: diário no caso do indicador e no caso de auditoria uma semana a cada trimestre.

12. tempo de resposta de exames de apoio diagnóstico/ por exame por área e por unidade de saúde e por mês.

objetivo: ver a capacidade de resposta da retaguarda diagnóstica para as atividades fins.

fonte: laboratório e o diagnóstico por imagem.

meta:

período de coleta: diário.

\*observação: o ambulatório de especialidade deve colher em esquema de auditoria uma amostra destes encaminhamentos e analisar trimestralmente a qualidade do solicitado e do realizado

153

13. primeiro atendimento no ano/área  
n.º total de população prevista  
objetivo: discutir a cobertura e possibilitar uma discussão sobre as outras possíveis modalidades de assistência que estão sendo usadas pela população, e que poderão ser pesquisadas eventualmente pela equipe em estudos populacionais e amostrais.  
fonte: grupo da unidade e nível central.  
meta:  
período de coleta: diário.
14. n.º de pacientes solicitaram e são atendidos pelo profissional X  
n.º de pacientes que são atendidos pelo profissional X  
objetivo: discutir a possibilidade de vínculos que se criam, mas permitir com um estudo de coorte de pacientes de um determinado profissional uma análise da qualidade do atendimento oferecido pela análise da dependência  
fonte: registro na área.  
meta:  
período de coleta: duas semanas no trimestre.
15. n.º de pacientes fora da área/ por área de origem, atendidos por área de atenção e por mês  
n.º de pacientes atendidos na unidade por área de atenção e por mês  
objetivo: ver a origem da demanda e permitir discutir o acolhimento e a acessibilidade que cada um está gerando e formar um contrato de rede de ajuda e de captação  
fonte: registros do grupo de acolhimento de cada área de atenção por unidade.  
meta:  
período de coleta: diário.
16. indicadores que podem ajudar na montagem de um monitoramento da capacidade de resolução da unidade e que podem, em alguns casos, ser usados em estudos de coorte.
- 16.1. n.º de casos encaminhados para internação pela área de atenção X por mês  
n.º de casos atendidos pela área de atenção X por mês

\*observação: fazer pesquisas com os de outras áreas de abrangências o porquê da procura. Isto pode ser feito uma semana a cada trimestre

- 16.2. n.º de casos internados segundo área de abrangência por todas as causas por mês  
n.º total de casos internados por mês
- 16.3. n.º de casos internados pela causa X, segundo área de abrangência por mês (pode-se usar as 3 causas primeiras)  
n.º total de casos internados pela causa X  
objetivo: permitir discutir as causas principais que contribuem com a morbidade hospitalar na área de abrangência e verificar as ações que estão sendo realizadas pela unidade. Com isto também se mede capacidade de intervenção, de resolução e possibilidade da montagem de uma rede de relações de petições entre as unidades.  
fonte: nível central e registros do grupo de atenção.  
meta:  
período de coleta: diário e conforme a dinâmica do monitoramento da Unidade de Avaliação do movimento hospitalar do nível central.
17. distribuição proporcional dos tipos de procedimentos que foram solicitados através dos encaminhamentos pelo total de encaminhamentos pedidos, por mês e por área de atenção.  
objetivo: verificar como as áreas estão usando as suas relações com as retaguardas diagnósticas, com que adequação e com que proporção.  
fonte: registro na própria área.  
meta:  
período de coleta: diário.
18. n.º de casos encaminhados por procedimento por mês e por área de abrangência  
n.º total de casos atendidos por procedimento  
objetivo: permitir interrogar os diferentes comportamentos entre as unidades na sua capacidade de resolução e suas relações com a rede de ajuda.  
fonte: registro no ambulatório de especialidade, no laboratório e no diagnóstico por imagem.  
meta:  
período de coleta: diário.
19. n.º de casos notificados de doenças de notificação compulsória por área de abrangência por mês.

objetivo: ter alguma informação sobre morbidade e que poderá ser completada com inquérito eventual sobre a demanda dos Centros de Saúde que podem sugerir o perfil de demanda ambulatorial.

fonte: nível central e inquérito feito na própria unidade pelo menos uma semana por trimestre e por amostra.

meta:

período de coleta: mensal e/ou eventual

$$20. \quad \frac{\text{m\u00e9dia de consulta odontol\u00f3gica}}{\text{tratamento completado}}$$

e

$$\frac{\text{pacientes de alto risco de doen\u00e7as bucais}}{\text{total de pacientes da sa\u00fade bucal}}$$

objetivo: medir abrang\u00eancia do modelo de aten\u00e7\u00e3o a sa\u00fade bucal para al\u00e9m dos j\u00e1 necess\u00e1rios e cl\u00e1ssicos resultados pretendidos pela \u00e1rea.

fonte: grupo de odontologia.

meta:

per\u00edodo de coleta: di\u00e1rio.

21. para montar indicadores de autonomia nas coortes, levar em considera\u00e7\u00e3o o problema que est\u00e1 sendo analisado e o significado da autonomia para a situa\u00e7\u00e3o. Por exemplo, se voc\u00ea se encontra diante de um grupo de pacientes da \u00e1rea de sa\u00fade mental que sempre estiveram presos em um manic\u00f4mio e agora est\u00e3o sendo atendidos em um outro modelo de aten\u00e7\u00e3o que permita terem algum grau de cidadania, pode ser um bom indicador de autonomia a inser\u00e7\u00e3o em atividades produtivas em algum mercado de trabalho. Deste modo, para pacientes diab\u00e9ticos um aumento do seu grau de autonomia diante do seu problema pode ser a menor depend\u00eancia do servi\u00e7o para definir suas atividades, seus riscos, suas necessidades do pr\u00f3prio exame, enfim, para definir o seu pr\u00f3prio cotidiano de vida. Para a hipertens\u00e3o deve ser outra medida, e assim por diante, conforme o problema e a proposta de aten\u00e7\u00e3o.

22. o n\u00edvel central deve gerar por \u00e1rea de abrang\u00eancia dados do relat\u00f3rio hospitalar do Hospital Marcio Cunha, al\u00e9m das informa\u00e7\u00f5es sobre a mortalidade que permitam uma pr\u00e1tica de vigil\u00e2ncia de \u00f3bitos e uma abordagem mais cr\u00edtica da aten\u00e7\u00e3o hospitalar, permitindo a unidade respons\u00e1vel pela \u00e1rea realizar atividades de aten\u00e7\u00e3o domiciliar ou por bairros.

156

23. indicadores de satisfa\u00e7\u00e3o da clientela em rela\u00e7\u00e3o a modalidade de atendimento que vem usando.

Aqui estamos sugerindo a aplica\u00e7\u00e3o de um satisfat\u00f4metro pelos membros dos Conselhos Locais ou de movimentos da regi\u00e3o que queiram fazer uso dele e que pretendam usar a sua informa\u00e7\u00e3o para discutir com os trabalhadores de sa\u00fade o sentido do atendimento. Assim, sugerimos que sejam usadas perguntas que explorem o modo como o usu\u00e1rio vem sentindo o acesso, o acolhimento, o v\u00ednculo (como responsabilidade, compromisso e confiabilidade) e sua autonomia em rela\u00e7\u00e3o ao servi\u00e7o. Deve-se aplicar, periodicamente, este instrumento para que seus resultados sejam analisados sempre que necess\u00e1rio nas reuni\u00f5es entre usu\u00e1rios e trabalhadores.

Lembramos que uma rede de peti\u00e7\u00e3o e compromissos \u00e9 uma rede de produtores e clientelas e que expressa expectativas dos mesmos, podendo ser um bom material para medir qualidade dos servi\u00e7os propostos e, para tanto, vale aquela id\u00e9ia de que o cliente, sen\u00e3o sempre, tem muita raz\u00e3o quando reclama.

Vamos mostrar, como sugest\u00e3o, como trabalhamos com o satisfat\u00f4metro em uma unidade de sa\u00fade, mas aplicado por uma equipe de pesquisadores n\u00e3o pertencente \u00e0 \u00e1rea de atendimento. Entendemos este instrumento como uma maneira de medir as impress\u00f5es subjetivas do usu\u00e1rio e que pode nos dar algum par\u00e2metro da satisfa\u00e7\u00e3o do mesmo, ou pelo menos parte dela.

Para isto, aplicamos um question\u00e1rio aos usu\u00e1rios do servi\u00e7o no qual constam algumas quest\u00f5es para as quais ele tem que dar nota. Para ele poder dar esta nota, mostramos para ele uma r\u00e9gua em uma escala de menos (-) para mais (+), com quatro subdivis\u00f5es. Concretamente, colamos quatro caixinhas do mesmo tamanho, horizontalmente, uma do lado da outra, e pedimos para ele dar nota: para coisas que gosta muito, que detesta ou gosta mais ou menos. E, assim, ele aprende a usar o satisfat\u00f4metro.

O question\u00e1rio que adotamos era o seguinte:

FICHA N.º

I) Identifica\u00e7\u00e3o:

1. \u00e1rea de atendimento: P... CM... GO... SM...

2. idade:

3. primeira consulta: S... N...

II) Acesso:

4. o que voc\u00ea acha da localiza\u00e7\u00e3o do CSMA (aqui aplica o medidor)

0 — 25 . 26 — 50 . 51 — 75 . 76 — 100

157

por que:

5. que meio de transporte utiliza mais frequentemente para vir até o CSMA:  
( ) vem a pé  
( ) ônibus  
( ) veículo particular  
( ) veículo da prefeitura  
( ) outro qual .....
6. quanto tempo leva da sua casa até o CSMA.....minutos.
7. qual a sua opinião sobre o tempo que você espera para conseguir marcar uma consulta.  
0-25 ( ) 26-50 ( ) 51-75 ( ) 76-100 ( ).  
por que: .....
- ( ) não utiliza
8. qual a sua opinião sobre o tempo que você aguarda no CS no dia em que você vem para a consulta:  
(aplicar o medidor e o porquê).

### III) Estrutura Física e acolhimento

o que você acha:

9. do conforto da sala de espera  
(aplicar o medidor e o porquê)
10. da localização da recepção  
(idem)
11. da privacidade da triagem  
(idem)
12. da privacidade do consultório  
(idem)
13. da localização e da privacidade da sala de procedimentos (curativos, inalação, vacinas)  
(idem)
14. da limpeza do CS  
(idem)

### IV) Relacionamento e acolhimento

você gosta do atendimento do:

15. prontuário (local onde você pega a pasta)  
(idem)
16. marcação de consulta

158

(idem)

( ) não utiliza

17. consulta de enfermagem

(idem)

18. consulta médica

(idem)

19. saúde mental

(idem)

( ) não utiliza

20. sala de procedimentos (curativos, inalação, vacinas)

(idem)

( ) não utiliza

21. farmácia

(idem)

( ) não utiliza

22. secretaria

(idem)

( ) não utiliza

23. se alguém precisar de atendimento, você indica este serviço?

( ) sim ( ) não

( ) por que? .....

24. por que você procura este serviço?

( ) 1. é o mais perto

( ) 2. gosta do atendimento daqui

( ) 3. falta de outra opção

( ) 4. por outro motivo qual? .....

### BIBLIOGRAFIA

- CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública em defesa da vida*. São Paulo. Hucitec. 1991.
- CAMPOS, G. W. S. *A reforma da reforma. Repensando a saúde*. São Paulo. Hucitec. 1992.
- CAMPOS, G. W. S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo. Hucitec. 1986.
- CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E. e NUNES, E. D. *Planejamento sem normas*. São Paulo. Hucitec. 1989.
- CASTORIADIS, C. *A encruzilhada do labirinto IV*. São Paulo. Brasiliense. 1986.
- CECILIO, L. C. O. "A construção de uma cultura institucional de planejamento: a contribuição do município". *Revista Saúde em Debate*. N.º 31. Londrina. CEBES. 1991.
- FLORES, C. F. *Inventando la empresa del siglo XXI*. Chile. 1992.
- MATUS, C. *Política, Planificación e Gobierno*. Venezuela. ILPES e Fundação Altadir. 1991.
- MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário*. São Paulo. Hucitec. 1993.

159