

**AGIR EM SAÚDE**  
**um desafio para o público**

EMERSON ELIAS MERHY (ORG)  
ROSANA ONOCKO (ORG)

LIVRO PUBLICADO EM 1997  
HUCITEC  
SÉRIE DIDÁTICA

**NA SEQUÊNCIA CAPÍTULOS 2 E 3**

## **EM BUSCA DO TEMPO PERDIDO: A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO EM ATO, EM SAÚDE**

Emerson Elias Merhy

**O TRABALHO VIVO NÃO PODE EM ATO, NO INTERIOR DO PROCESSO DE TRABALHO, LIBERTAR-SE PLENAMENTE DO TRABALHO MORTO, MAS TEM CONDIÇÕES DE COMANDÁ-LO SE CONSEGUIR APRENDER A INTERROGÁ-LO, A DUVIDAR DO SEU SENTIDO E A ABRIR-SE PARA OS RUÍDOS/ANALISADORES PRESENTES NO SEU COTIDIANO. COM ISSO, E DE POSSE DE UMA CAIXA DE FERRAMENTAS QUE TENHA O COMPROMISSO COM O SUJEITO DA AÇÃO, E EM AÇÃO, PODE-SE REINVENTAR A LÓGICA DO PROCESSO DE TRABALHO, SUA GESTÃO, ORGANIZAÇÃO E FINALIDADE, EM ATO, COLETIVA E PUBLICAMENTE.**

### **APRESENTAÇÃO**

Não tem sido muito estranho, para os que estão nas mais diferentes frentes de lutas e ações na defesa de um sistema de saúde para todos - universal, igualitário, de qualidade e implicado na construção da cidadania - que um dos temas mais tratados e problemáticos na organização deste, vem sendo o modo como estruturam-se e gerenciam-se os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva.

Aliás, no campo da saúde coletiva, este tema faz parte de uma discussão muito instigante, já há algum tempo, travada entre vários pensadores e militantes da reforma sanitária brasileira. Paradoxalmente, porém, entendemos que este é exatamente um dos grandes nós críticos das distintas propostas e experiências vivenciadas nestes últimos anos, que apostam e apostaram na mudança da direção efetiva do atual modelo tecno-assistencial das políticas de saúde, que tem se mostrado comprometido com muitos tipos de interesses, exceto com a saúde dos cidadãos.

Nestes muitos anos de militância e de acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada.

Assim, de alguns anos para cá, temos tentado construir processos de intervenções institucionais em diferentes estabelecimentos de saúde que tomem

como desafio central a produção de uma reforma “publicizante” do sistema de direção destes serviços, que impliquem em uma “coletivização” da gestão dos processos de trabalho em saúde, cotidianamente, tomando como referência-chave o interesse do(s) usuário(s) dos serviços, representado enquanto necessidades de saúde.

Esta foi a direção que vivenciamos em algumas experiências municipais nestes últimos cinco anos, dentre as quais destacamos as dos municípios de Ipatinga<sup>1</sup> e Belo Horizonte, em Minas Gerais (BR), e que serviram de base para a reflexão que se segue, na tentativa de compreender melhor a dinâmica micropolítica do trabalho em saúde, para permitir a construção de “dispositivos” de mudanças que busquem no usuário final dos serviços de saúde o seu mais profundo significado.

Neste caminho, estaremos dialogando com os modos como, no dia-a-dia, os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços produzem-se mutuamente, como uma “máquina” permanente de produções de “subjetividades”, de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades, na busca de um tempo perdido por nós, “reformadores” de modelos de atenção à saúde.

## INTRODUÇÃO

### **Detalhando o problema em discussão**

Tentando facilitar a compreensão dos complexos temas acima abordados, vamos iniciar nosso trabalho apresentando um jeito de se olhar um serviço de saúde, de qualquer natureza, que permita perceber algumas situações e características importantes sobre o “fazer a saúde”, e que permita refletir sobre como é o trabalho no dia-a-dia dos serviços, o que lhe é próprio, quem trabalha e como o faz, para que, por que, a quem e como serve, etc.

Para isto, vamos trabalhar com uma certa “ferramenta” de análise que permite ajudar na busca das respostas para estas perguntas e que, como regra, todos nós fazemos quando estamos diante do tema *trabalho em saúde*.

Antes, contudo, devemos dizer que neste momento não pretendemos, com esta “ferramenta” de análise, compreender todas estas questões em torno deste tema, pois temos como pretensão inicial apenas possibilitar a formulação de algumas respostas e a produção de novas perguntas para a abertura de um novo processo de reflexão que permita respondê-las.

A “ferramenta” que vamos usar chamamos de “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” e, hipoteticamente, vamos restringir o nosso local de análise a um serviço de saúde (como por exemplo um centro de saúde), para mais adiante ousarmos um vôo analítico sobre um conjunto maior de serviços.

O fluxograma, de um modo muito simples, é um diagrama muito usado por

---

<sup>1</sup> Veja capítulo 3 do livro *Inventando a mudança na saúde*, organizado por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, pela editora Hucitec, no qual fazemos uma de nossas primeiras reflexões nesta direção.

diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de "desenhar" um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção.

Alguns dos símbolos utilizados para a construção deste diagrama são padronizados universalmente. Por exemplo, com o desenho de uma elipse (confira o diagrama mais adiante), mostra-se tanto o começo da cadeia produtiva, quanto o fim, chamando a isto uma representação da entrada e da saída do processo global de produção, em análise. Por meio de um retângulo mostra-se os momentos nos quais se realizam etapas de trabalhos importantes da cadeia produtiva, nas quais se realizam consumos de recursos e produção de produtos bem definidos, que vão servir para abrir novas etapas na cadeia, até o seu final.

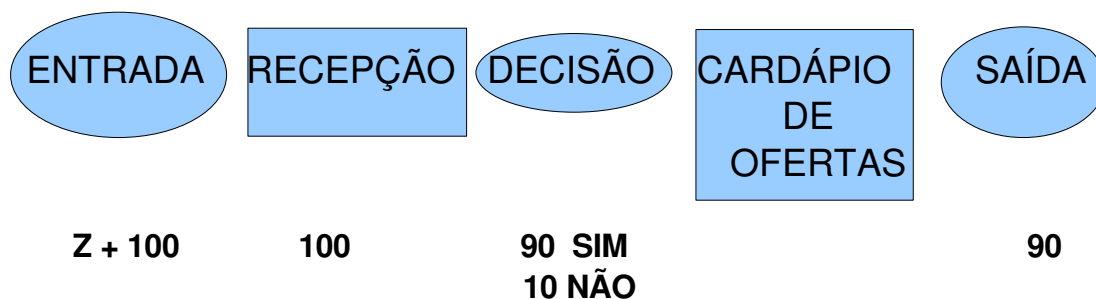
Através de um losango, representa-se momentos em que a cadeia produtiva enfrenta-se com um processo de decisão de caminhos a serem seguidos, que aparecem normalmente após cada etapa, e que são sempre momentos de decisões e de possibilidades de percursos para se atingir etapas seguintes e distintas.

Na nossa ferramenta analisadora, além de procurar com o diagrama representar o que acontece com qualquer serviço de saúde, particularmente os ligados a um trabalho diretamente "assistencial" - que aqui não tem o significado de ser só médico, mas sim todos os trabalhos que com suas ações (saberes e práticas), fazem intervenções tecnológicas tipicamente em saúde, tanto individual e/ou coletiva, como por exemplo ações médicas, sanitárias, educativas, do campo "psi", odonto, entre várias outras - temos a pretensão de operar, em primeiro plano, com um diagrama-resumo, que permita esquematizar de um modo básico, como que uma "janela-síntese" de todos os processos-chave que ocorrem e caracterizam um determinado serviço de saúde, e que possa servir de "guia" para a construção dos outros processos nele presentes.

Estamos usando uma idéia semelhante a de um programa de computador bem conhecido, o *Windows*, que funciona com mecanismos de sobretextos e que, quando ligado, mostra no monitor uma tela básica a partir da qual podemos abrir e mostrar novos textos, desenhos ou programas, que estavam "ocultos" (virtuais), com o "clique" de um *mouse* em uma dada imagem.

Este primeiro diagrama, no nosso caso o "fluxograma-resumo", tem esta mesma perspectiva, isto é, a de ser uma primeira "janela" de todo o processo produtivo básico de um serviço de saúde, permitindo a abertura de novos "textos" que estão embutidos nele e que podem ser "acionados" conforme as questões ou perguntas que a gente faça como um olhar analisador, revelando o modelo de atenção à saúde cotidianamente realizado, em um processo reflexivo e acumulativo.

Em síntese, consideramos que qualquer serviço assistencial de saúde pode ser enquadrado na seqüência mostrada pelo diagrama abaixo:



Aqui a entrada (representada simbolicamente por uma elipse) pode ser analisada pelo movimento que em um dia se faz na "porta" de uma dada unidade de saúde e no qual alguns dos usuários acabam por chegar na etapa da recepção enquanto outros, não. Por isso simbolizamos que antes da entrada temos  $Z + 100$  usuários (este número é fictício, pois ele é obtido anotando-se de fato o que chegou na recepção durante um dia previamente selecionado para o estudo, pela própria equipe de trabalhadores de uma unidade qualquer). Com o  $Z$  procuramos mostrar que há pessoas que ou chegam e não esperam para entrar, ou mesmo por "experiência" nem vão ao serviço por saberem que isso não adianta, pois não serão recebidas. Mas, apesar da dificuldade de se conhecer o seu tamanho, é importante ter em mente a sua existência para se poder registrar a informação de que uma parte dos usuários procura, mas não entra no serviço.

Uma parte deste  $Z$  pode ser medido de algum modo, porém isto exige uma investigação mais apurada e própria. Aqui, neste momento, entretanto, não nos interessa muito medi-lo, porque a nossa preocupação maior e inicial é procurar entender quem são e o que ocorre com os cem que entraram. Eles podem ser bem conhecidos e analisados pelo serviço, como por exemplo: de onde vêm? quem são? são da área do serviço? por que o procuraram? pertencem à cidade?, etc.

Os cem que entraram vão ser recebidos de alguma maneira e por grupos muito distintos de trabalhadores, mesmo se considerarmos os serviços semelhantes de uma mesma rede. Por exemplo, se analisarmos uma rede de Centros de Saúde de um mesmo município, vamos verificar que há unidades em que uma parte dos cem chega de madrugada e fica esperando sua abertura por um vigia e pela entrega de senhas que definirão se tais pessoas vão ou não ser atendidas, se vão ou não ter acesso ao que "desejam" (aqui como expressão direta de uma vontade imediata). Além disso, uma outra parte pode ter sido agendada para vir em um dado horário e provavelmente será recebida diferentemente. Outros chegarão no meio de um período de atendimento e vão ser recebidos de um modo ainda diverso.

Como se não bastasse esta distinção no próprio serviço neste momento da "etapa recepção", se olharmos com atenção os vários Centros de Saúde, vamos ver que um recebe de um jeito distinto do outro. Há unidades em que os usuários

não chegam de madrugada, pois todos que querem ser atendidos, a qualquer hora, são ouvidos por uma equipe na recepção e alguma forma de intervenção é sempre esboçada. Há outras que deixam cartazes na porta dizendo quantos vão ser atendidos, indicando que a partir deste número os próprios usuários não devem insistir.

A bem da verdade, se formos descrever tudo que conhecemos teríamos que relatar uma quantidade enorme de distintos modos de recepções, o que evidenciaria o que já falamos antes. Mas, aqui, gostaríamos de mostrar uma outra questão, a de que eles se constituem em processos de trabalhos diferentes de construção desta etapa. Valendo registrar, por enquanto, em cada serviço, como os cem foram recebidos, quais as maneiras distintas que o mesmo serviço pratica, quem faz este trabalho, em que momento, onde os usuários ficam, etc.

Para nós, chama a atenção que o trabalhador de saúde - e aqui mesmo um vigia - torna-se um trabalhador neste sentido <sup>2</sup>, tendo uma certa autonomia para "decidir coisas" neste seu encontro com o usuário.

Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo "autogoverno" para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado como o "modo de atuar". Pois ele pode ter uma relação mais "acolhedora" ou não, pode decidir se "quebra o galho" daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor "necessidade" por serviços, e assim por diante. E, deste modo, como qualquer outro trabalhador da saúde pode interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo.

Mesmo que ainda não nos debruçemos sobre algumas das principais questões envolvidas até agora, vale deixar registrado que o encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um, ao "carregar" a representação de um dado "problema" como "problema de saúde / necessidade de saúde", procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a "sinceridade", a "responsabilização" e a "confiança na intervenção, como uma possível solução"; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera.

Além do mais, o trabalhador de saúde opera em um espaço de "autogoverno" que lhe dá inclusive a possibilidade de "privatizar" o uso deste espaço, conforme o modelo tecno-assistencial, sem ter que prestar conta do que e do como está atuando. Mais tarde, veremos que isto tem a ver tanto com a

---

<sup>2</sup> Esta idéia será desenvolvida no correr deste texto, mas vale assinalar que em qualquer lugar de um estabelecimento de saúde onde ocorre um contato entre um trabalhador e um usuário, como no caso do vigia, há a produção de um processo de trabalho em saúde através das relações de acolhimento, de vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica.

dimensão ético-política do processo institucional, quanto individual. Porém, vamos ver agora algumas das características do que acontece nos passos seguintes, representados pelo "fluxograma-resumo".

Após a etapa da recepção (representada por um retângulo), há um momento de decisão (representado por um losângulo), no qual procura-se registrar os distintos critérios de que os serviços se utilizam para poder dizer se o que o usuário está trazendo como um "problema de saúde" será ou não objeto de ação do serviço, enquanto uma certa intervenção tecno-assistencial.

Sabemos que os cem que chegaram na recepção vão ser argüidos sobre o que os levaram ao serviço e, após esta "pesquisa", o trabalhador que os estará recebendo, irá "decidir" sobre para onde encaminhá-los. Decide se vai mandá-los para a próxima etapa do processo de trabalho a ser realizado dentro do próprio serviço, que é a da intervenção tecnológica em saúde propriamente dita, ou se irá mandá-los para um outro serviço, ou mesmo se simplesmente negará qualquer alternativa de assistência.

É importante perceber que os critérios adotados para estas decisões são muitos e bem variados. Às vezes, para a negação da intervenção, usa-se a falta de vagas, às vezes a inexistência de oferta do tipo de ação que se imagina que ele precisa, às vezes outros critérios muito próprios de quem está atendendo.

Além disso, é importante reparar como este atendimento está sendo feito em termos do processo de "interseção" que a relação trabalhador/usuário representa se, ao negar uma assistência, isto é feito como uma simples recusa do usuário ou se esta negação é processada dentro de uma certa lógica "acolhedora" e assistencial (a qual destacamos como sendo, por enquanto, aquele espaço intercessor trabalhador/usuário que se abre para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários finais).

É importante também percebermos que os processos de "aceitação" do "problema de saúde/necessidade" também são muito variados, em termos dos distintos critérios adotados. O que vale neste momento é poder descrever o mais detalhadamente possível todos os mecanismos utilizados para dizer sim ou não, além da descrição de como isto é feito, por quem é feito e para onde é mandado. Mapear como os cem se distribuem por estes critérios nos dá estas informações.

Muito rapidamente, podemos dizer que são estes critérios que dão um certo sentido e concretude ao conceito de "necessidades de saúde" que o serviço opera, que o serviço utiliza. É aqui que se vê se o "problema de saúde/necessidade" representado pelo usuário vai ser ou não base para se construir uma relação com ele. Para o usuário, a "necessidade de saúde", neste momento, está sendo representada e sentida como "um problema" que ele "sinceramente" vive, como um sofrimento, ou risco de sofrimento, e que ele "traduz" como uma "questão de saúde" a ser enfrentada com a ajuda de "alguém", pelo menos para ele, usuário.

Vendo que uma parte dos cem vai para a próxima etapa, a da intervenção tecnológica e assistencial propriamente dita, vale verificarmos como esta está sendo traduzida no serviço, a partir das ofertas de ações expressas por um verdadeiro cardápio de intervenções a serem realizadas pelos mais diferentes profissionais e nos mais variados lugares.

O que conta é que nesta etapa concretiza-se um trabalho que toma centralmente um conjunto de sabedorias e de práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo "problema de saúde", conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-o como um "objeto de ação de saúde" em um dado processo individual ou coletivo, visando alterar a lógica do sofrimento representada como problema de saúde pelo usuário ou o seu percurso no indivíduo ou no coletivo, ou mesmo alterar a sua produção ao nível do conjunto das relações sociais.

Fazem parte deste cardápio tanto os tipos de consultas mais clássicas que um médico realiza em um consultório, quanto as que ele realiza no corredor de um modo simples e rápido. Elas representam formatos (modalidades) tecnológicos e assistenciais distintos. O mesmo conta quando pensamos sobre o trabalho de uma enfermeira ou outro trabalhador qualquer. O que interessa neste momento é conseguirmos descrever o que se faz com os que entram, como e quem. E é possível se perceber com facilidade, como aqui indiscutivelmente o "autogoverno" do trabalhador é muito amplo, podendo exercê-lo sob um processo intensamente privatizado e fragmentário, ou não, dependendo centralmente do modelo de atenção, entre várias outras intencionalidades.

Finalmente, os que sofreram intervenções vão sair. E devemos procurar descrever como eles saem. Classicamente os serviços de saúde dão saídas dentro de uma tipologia razoavelmente prevista. Por exemplo: alta por cura, por óbito e por abandono (ou fuga), encaminhamento para exames ou para outros serviços assistenciais e retornos dos mais diferentes tipos para o próprio serviço.

Descrever este final é chave para se poder analisar tanto se o processo intercessor trabalhador/usuário é também "acolhedor" na saída, quanto que tipos de "resultados" a cadeia produtiva está realizando. O que servirá para a análise da própria "adequabilidade" do processo ao que lhe é solicitado pelo usuário e ao que ele tem capacidade de atuar, inclusive da própria análise da forma como "resolve" os problemas que enfrenta, e até uma dimensão dos problemas que não enfrenta. Permitirá equacionar as perguntas-chave sobre um serviço, do ponto de vista de um dado modelo de atenção: o que se produz, como é produzido, por quem, para que, para quem é, etc.

Em síntese, este é o "fluxograma-resumo", analisador do modelo de atenção de um serviço. Temos visto que, para montá-lo, como regra geral, basta o estudo de um dia para se visualizar a composição de uma primeira "janela". E isto porque, do ponto de vista de um modelo, um dia é igual ao outro.

Nas várias experiências em que temos participado, o uso de técnicas de visualização coletiva tem se mostrado bem produtivo, pois o fluxograma pode ser



desenhado em um painel e exposto em uma sala do próprio serviço, sendo preenchido em uma reunião coletiva pelos próprios trabalhadores, permitindo que a equipe fique em situação de análise, de modo crítico e público. Ela opera em um movimento de busca de alternativas, desde que interroguem que o sentido último de qualquer serviço de saúde é o de se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo daquele, no seu "modo de andar a vida".

Voltaremos a isto mais adiante. Agora, porém, temos como interesse aprofundar algumas reflexões que nos permitam entender um pouco mais deste espaço intercessor e deste exercício de autogoverno <sup>3</sup> na saúde e a sua importância para a nossa discussão.

### **A presença do trabalho vivo e a organização do processo de trabalho**

Neste momento, estaremos procurando compreender melhor os significados de várias idéias colocadas anteriormente, como por exemplo o "exercício do autogoverno pelos trabalhadores de saúde" e o "espaço intercessor constituído na relação trabalhador de saúde/produtor e o usuário/consumidor", e que se referem à temática do modo de trabalhar em saúde. Entretanto, antes de operar reflexivamente neste tema em particular, vamos procurar nos aproximar de um entendimento mais amplo sobre a questão do trabalho em geral.

Para isto, 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 esta corrente. Iremos, dentro de um certo pragmatismo, tirar proveito de uma parte do conhecimento gerado por este pensamento neste campo de estudo. E, diga-se de passagem, que teremos como referência outros autores na área da saúde que se utilizam de um modo pioneiro e bem criativo da abordagem marxista sobre o trabalho humano, dentre os quais destacamos, em particular, a produção intelectual de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves<sup>4</sup> que tem se tornado uma referência obrigatória quando o tema é trabalho em saúde <sup>5</sup>.

3 O reconhecimento e o debate sobre o exercício de um certo "autogoverno" dos trabalhadores de saúde já vem sendo feito por outros autores, particularmente quando se referem ao trabalho médico e quando citam a sua "autonomia" no exercício de seu processo de trabalho. Porém, esta discussão não tem sido consensualizada e vale destacar como relevante o debate entre Gastão Wagner de Souza Campos e Lilia Blima Schreiber. Neste particular ver Saúde pública em defesa da vida e Programação em saúde hoje ambos editados pela Hucitec, na coleção *Saúde em Debate*.

4 Sem dúvida, este autor é um dos principais responsáveis pela produção intelectual em torno do estudo do trabalho em saúde. Seguindo os passos abertos por M. Cecília F. Donnangelo para a investigação do mundo do trabalho na saúde, nos forneceu um objeto (o trabalho em saúde), ferramentas analíticas (a teoria do trabalho) e temas para estudo (como por exemplo os saberes e os modelos tecnológicos). E, é partindo de seus caminhos que neste estudo se procura tomar o debate sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde, procurando incorporar outros referenciais analíticos que possam recolocar a temática do fazer cotidiano do trabalho e o espaço de autonomia do trabalhador. Adiante, isto tornar-se-á claro com o debate da produção da área, inclusive com a citação das obras tomadas como interlocutoras.

5 Não poderíamos deixar de citar um outro autor, que também tem sido fundamental na abordagem da saúde e que traz grandes contribuições para a compreensão de suas dimensões

Para facilitar a nossa compreensão sobre o processo de trabalho humano, vamos nos valer de uma análise comparativa realizada por Marx sobre o trabalho de uma abelha e de um arquiteto. Antes, porém, deve ficar registrado que, para Marx, o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade mas, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. E, assim, o trabalho "produz" o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo, em atividade.

Vamos ver isto mais de perto, com a comparação da abelha e um arquiteto, para depois analisarmos o processo de trabalho de um marceneiro artesão.

Marx, quando se utiliza destes "seres" para tentar entender algumas características do trabalho humano, afirma que uma das diferenças mais evidentes do trabalho da abelha e do arquiteto na construção de uma "moradia" é que a primeira, como que por um comando instintivo, fabrica sua colméia como se estivesse obedecendo a um certo código fixo, gerando sempre um mesmo produto: a colméia, com suas favas, formadas pelos mesmos desenhos e com os mesmos tamanhos e, como regra geral, produzida com os mesmos materiais. Ao ponto que podemos dizer que há uma abelha genérica, uma abelha em geral, que de geração em geração repete os mesmos rituais, da mesma forma.

Com o arquiteto, ou qualquer homem em atividade de produção de uma moradia, vemos que o produto que realizará, antes de ser construído concretamente, já está pensado, já foi construído mentalmente. E esta construção mental se antepõe ao processo de trabalho em si, e a ele dá um certo sentido de perseguir a finalidade de realizar o projeto pensado. Com isto o homem trabalha a partir de um "recorte interessado" do mundo, projetando-o para as atividades que irão compor o processo de trabalho responsável pela produção da "moradia".

De um modo ainda muito simples, é possível perceber que não se pode falar em homem em geral, neste caso. Pois, diferentemente da abelha, o que é morar e o como morar não seguem um código fixo. Nem os materiais a serem utilizados serão os mesmos. Há uma certa relação de imbricamento entre o modo interessado como os homens constroem suas formas de morar e a organização do conjunto do processo de trabalho. Mais ainda, parece que neste caso temos que pensar sobre como o próprio homem se produz do ponto de vista de construir seus interesses e do modo como vai se relacionando com o mundo no processo de trabalho, para realizá-los.

Devemos também procurar entender como estes interesses se tornam necessidades explícitas a serem buscadas, e mesmo se estas são sempre tão explícitas. Podemos também procurar compreender como o homem, que é trabalho vivo em potência, em virtualidade, vai sendo "desenhado" para construir uma "ação

---

micropolíticas . É o sanitaria argentino Mario Testa, que através de suas análises sobre a temática do poder e as configurações políticas das disputas sobre os distintos projetos de saúde, que operam no interior das instituições, tem nos "alimentado" reflexivamente.

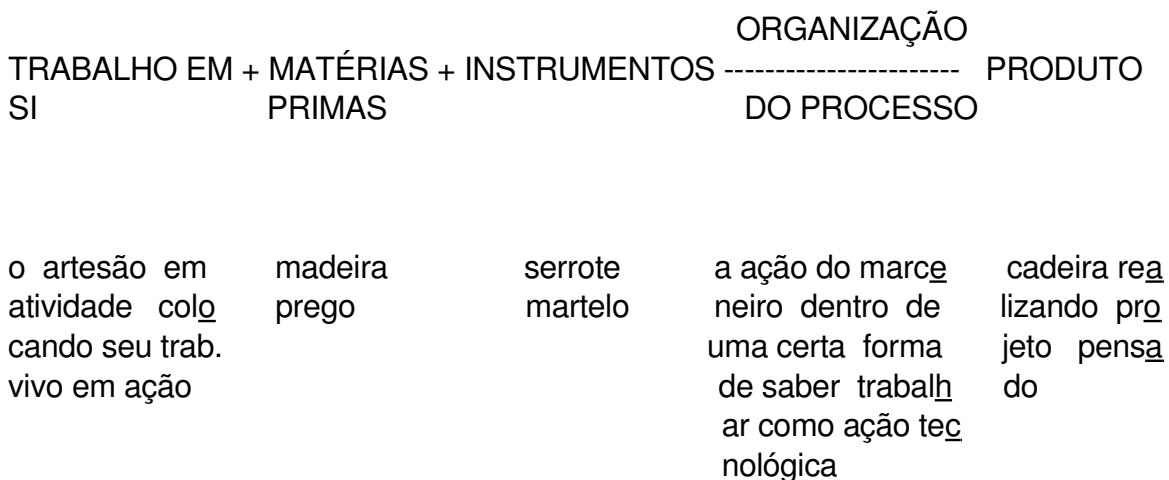
tecnológica" em direção a uma casa nos moldes atuais, como moradia unifamiliar, ou em direção a uma oca que contenha um agrupamento familiar, ou mesmo a uma gruta. Considerando, *a priori*, que todas estas formas são "moradias" e expressões de interesses, ao mesmo tempo que produtos realizadores da satisfação de necessidades, mostrando-se como produtos históricos e não naturais, pois morar em cada situação desta não é a mesma coisa.

Vamos nos debruçar um pouco sobre a "mecânica" do processo de trabalho para entendermos melhor o que estamos dizendo, porém nos atendo ao mundo "humano" do trabalho, deixando as abelhas para trás, pois que já cumpriram seu papel nesta discussão. E agora imaginaremos, como material para a nossa análise, a situação vivenciada no trabalho por um artesão-marceneiro.

Quando um artesão-marceneiro está produzindo, por exemplo, uma cadeira, nós podemos afirmar que no seu processo de trabalho existem componentes que estão sempre presentes, de modo permanente: o trabalho em si do marceneiro, o conjunto dos elementos que são tomados como matérias-primas, os que são utilizados como "ferramentas" ou instrumentos do trabalho.

Sabemos que se juntarmos estes componentes não necessariamente teremos produção de cadeiras, pois é fundamental que eles estejam sendo articulados por um certo modo de organizá-los em torno da realização de um certo projeto. E este modo de organizá-los se constitui em uma certa sabedoria que o artesão possui, como qualificação, para juntar todos estes componentes e com seus atos "vivos", permitir a realização de um certo 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, que poderá ter quatro pernas, ou três, um assento maior ou menor, etc.

Vamos tentar ver isto mais de perto ainda, com o uso do diagrama abaixo:



Como neste diagrama há muitas coisas a serem vistas, que envolvem

questões levantadas até agora, vamos procurar analisá-las por parte.

Inicialmente, gostaríamos de destacar três questões: uma sobre o trabalho vivo e o trabalho morto; a outra sobre a noção de tecnologia e, por último, a de produção, consumo e necessidade; entretanto, dentro do limite desta reflexão inicial contida no desenho do trabalho do artesão-marceneiro.

Chamamos de trabalho morto, neste processo, a todos aqueles produtos-meios que nele estão envolvidos - ou como ferramenta ou como matéria-prima, como o martelo e a madeira - e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes da sua produção como resultado de um processo de trabalho, anteriormente realizado. E os chamamos de trabalho morto neste processo do marceneiro porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma “cristalização” deste trabalho vivo, e de uma maneira distinta do próprio trabalho vivo em si do marceneiro, que neste momento é o trabalho em ato que permite a produção da cadeira, que aliás será um representante a mais do universo de cristalização do trabalho vivo em morto.

Esta diferenciação não é só didática, tendo implicações na análise do processo de trabalho em pauta, pois o trabalho vivo em ato do marceneiro é neste momento o trabalho criador, e o trabalho morto que ele utiliza para realizar a produção da cadeira já está instituído, dado, e lhe é ofertado como um conjunto de situações que entra comandando uma parte de sua atividade produtiva e criativa.

Assim, o seu trabalho vivo instituinte, que está em ação, em um certo “dando”<sup>6</sup>, pode tanto fazer uso do que está dado, quanto em uma certa medida exercer com alguma “autonomia” este uso do que já está dado. O marceneiro, neste sentido, também pode ter um certo “autogoverno” neste processo. Este “autogoverno”, por sua vez, estará marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue.

Vale observar que, nesta situação, há componentes do trabalho morto que são distintos, como já falamos atrás quando apontamos suas diferentes formas como ferramenta ou como matéria-prima. Com isto estamos querendo voltar a atenção sobre um destes termos em particular, que é aquele que vai se constituindo como a parte do trabalho morto que se faz presente, tanto como uma certa sabedoria do marceneiro-artesão em saber ser marceneiro e assim operar a produção de determinados produtos típicos deste trabalhador, quanto como o trabalho morto que se faz presente na forma de uma ferramenta da qual o marceneiro se utiliza para realizar o seu trabalho específico.

Estamos, assim, procurando destacar aquela parte do trabalho morto que está vinculada ao modo de atuar como marceneiro, como aquele conjunto de situações que definem o universo tecnológico do artesão-marceneiro, para mostrar que a idéia de tecnologia está muito vinculada não só a de equipamento tecnológico, mas também a de um certo *saber fazer*, e a um *ir fazendo*, que inclusive dão sentidos ao que será ou não “a razão instrumental” do equipamento.

<sup>6</sup> O uso destes termos “dado” ou “dando” é para mostrar que o instituído está constituído, produzido, e o instituinte está em processo, produzindo. Usamo-los inspirados em Felix Guattari. Para uma melhor explicação didática consultar [Compêndio de análise institucional](#) de Gregório Barembit, edição *Rosa dos Tempos*.

Chamamos a atenção, portanto, para uma parte deste processo de trabalho, constituída por algumas das suas dimensões tecnológicas, que entra neste momento como componente do conjunto do trabalho morto, porém não se apresentando como um elemento qualquer, mas sim como fundamental. Este, inclusive, “captura” o trabalho vivo em ato, de tal modo que ele pode não conseguir exercer nenhuma ação de forma autônoma, ficando, assim, completamente amarrado pela lógica do trabalho morto expresso por algumas das dimensões tecnológicas. Aqui há uma discussão interessante, à qual voltaremos mais adiante, vinculada à possibilidade do trabalho vivo em ato estar ou não sendo instituído plenamente pelo trabalho morto que, para ser pensada, nos remete à última das questões em pauta, que é a de atentarmos para a temática da produção, consumo e satisfação de necessidade que está em jogo neste trabalho do artesão-marceneiro.

Para falarmos um pouco sobre isto, pois voltaremos ao tema quando analisarmos especificamente o processo de trabalho em saúde, vamos considerar duas situações: uma na qual o artesão-marceneiro produz a cadeira para o seu próprio uso e, a outra, quando a produção visa a troca da cadeira por um outro artefato produzido por um outro trabalhador <sup>7</sup>.

No primeiro caso, a cadeira produzida tem um valor de uso para o marceneiro, dado pela sua utilidade “privada”, por exemplo, em um uso doméstico pelo trabalhador que a produziu para descansar, reunir-se com pessoas no seu espaço, colocar coisas em cima para serem guardadas, etc. Enfim, a cadeira foi produzida porque seu consumo poderia 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 seu 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.

No segundo caso, a cadeira será produzida porque o marceneiro poderá trocá-la por um outro produto qualquer - como por exemplo, dinheiro - , que é um equivalente geral no mercado e que, por sua vez, pode ser trocado por qualquer outro produto que possa servir para o marceneiro realizar ou satisfazer uma outra necessidade qualquer, não vinculada ao consumo direto do produto-cadeira. Nesta

---

<sup>7</sup> Estaremos fazendo uso de uma parte dos estudos de Marx sobre a Teoria do Valor, mas sem a pretensão de atrelamento a todas as implicações de seus conceitos.

situação, este produto-cadeira tem um valor de uso para ele, mas que não é dado no seu consumo imediato, e sim o de poder trocá-la por outros bens.

Neste caso, a cadeira vai ter um valor de troca (de alguma forma expressa na quantidade de dinheiro que ele vale) que será útil para o marceneiro ter acesso a um outro produto, que terá um valor de uso imediato, para ele. Agora, o marceneiro vai ter que se relacionar, através do mercado, com alguém que tenha na cadeira a satisfação de uma necessidade e que possa proporcionar uma troca que, no fim, permita a obtenção de um outro bem pelo marceneiro, para satisfazer a sua necessidade como consumidor final.

O mercado, que permite a troca, vai funcionar como um “objeto intermediário” para o acesso do produtor a outros produtos para passar a ser consumidor final. A bem da verdade, até o acesso como produtor para a obtenção de suas ferramentas, matérias-primas, dá-se em uma ida ao mercado, e a relação produção, consumo e necessidade é uma rede bem complexa. Mas a necessidade do marceneiro, em busca de um consumo não imediatamente produtivo, vai se expressar por um duplo movimento de valores de uso: o da cadeira, cujo valor de uso é o de poder ser trocado por dinheiro ou outro bem; e o do produto obtido nesta troca, cujo valor de uso vai satisfazer uma necessidade ao ser diretamente consumido. E o acesso a esta troca de valores de uso dar-se-á devido à presença de um intermediário, o mercado de trocas, regido por valores de trocas, que permite comparar, abstratamente, “quantidades” de trabalhos concretos diferenciados.

Deste mesmo modo, a questão das necessidades aparece também como duplos movimentos: de um lado, há uma primeira necessidade sentida que o trabalho do marceneiro não pode satisfazer, que está representada pelo consumo do produto final, mas ao qual ele poderá ter acesso através da satisfação de uma outra necessidade que está exposta pelo mercado, e que é expressa também pela de um outro a quem recorre com os seus produtos de trabalho. As necessidades evidenciadas, de usar e de trocar, têm que se realizar para que, no consumo do produto final, o marceneiro tenha sua necessidade como consumidor - não imediatamente produtivo - satisfeita, e assim possa continuar trabalhando como trabalhador/consumidor.

Aproveitando estas idéias, Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>8</sup> diz que, no caso da saúde, o usuário de um serviço vai atrás de um consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental, caracterizado como sendo o de permitir que a sua saúde seja ou mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um “bem” - para ele com um valor de uso inestimável -, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.

Estas idéias do autor estão postas aqui para podermos imaginar o quanto é possível a utilização do exemplo do marceneiro para entendermos a questão da

---

8 Veja em particular seus textos dos livros Saúde pública em defesa da vida e Reforma da reforma, publicados pela editora Hucitec, 1992.

produção, consumo e necessidades em saúde. Pois para nós, e de acordo com este autor, estamos diante de um processo que tem especificidades muito próprias que lhe dão características um pouco distintas para o processo de trabalho, quando o que está em discussão é o tema da necessidade de saúde. E, além disso, também nos permite ficar atentos ao fato de que, na saúde, o consumo pelo usuário dá-se imediatamente na produção da ação, esta não está sendo ofertada no mercado como coisa externa, que “se vai e pega” (Não confundir com o consumo de procedimentos, como exames ou raios-x, que às vezes ocupam imaginariamente o lugar do consumo das ações produtoras de saúde).

E, deste modo, no caso da produção/consumo nos momentos finais em saúde, assistenciais, temos a construção de um espaço intercessor <sup>9</sup> entre o usuário e o trabalhador produtor do ato (e isto vale mesmo para ações coletivas de saúde, para não ficarmos com a imagem que só existe nos momentos individualizados), no qual o trabalhador vem instituindo necessidades e modos capturados (e em processo de “captura”) de agir, e o usuário também. Neste momento, temos um encontro e uma negociação, em ato, dos encontros de necessidades.

No senso comum, e por influência de uma longa tradição na qual se inscrevem o marxismo e a psicanálise, temos uma imagem de necessidade exclusiva da carência, como falta de algo que procuramos para consumir. Mas efetivamente podemos afirmar que, além deste formato específico que as necessidades adquirem, há a dimensão da necessidade como expressão de um ser que em potência “deseja” ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele, deseja como uma vontade de “potência de ser”, como uma “máquina desejante” <sup>10</sup>. E, assim, aquele espaço intercessor também expressa esta positividade, como por exemplo, a do usuário que busca nos serviços de saúde um meio de ser mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo <sup>11</sup>.

Neste momento, voltamos à reflexão em torno do trabalho do marceneiro-artesão, para explorar outras dimensões importantes deste tema do processo de trabalho.

Este trabalhador, na segunda situação por nós mostrada, a de produzir a cadeira para a troca, aparentemente não terá tanta “autonomia” para, no ato da

---

9 O termo *Intercessores* está sendo usado aqui com sentido semelhante ao de Deleuze, no livro *Conversações*, do qual já falamos e que discorre sobre a interseção que Deleuze e Guattari constituíram quando produziram o livro *Anti-edipo*, que não é uma somatória de um com o outro e produto de quatro mãos, mas um “inter”. Assim, usamos este termo para designar o que se produz nas relações entre “sujeitos”, no espaço das suas interações, que é um produto que existe para os “dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos. Tratamos com mais detalhes desta questão, no texto “O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde”, publicado como capítulo do livro *Movimento sanitário: 20 anos de democracia*, organizado por Sonia Fleury Teixeira, em edição comemorativa dos 20 anos do CEBES.

10 Tomamos este termo de Felix Guattari e Giles Deleuze que afirmam, desde a produção do livro *Anti-edipo*, que “os vivos” operam como máquinas desejantes. Voltaremos a isto adiante.

11 Em torno destas questões fazemos um exercício sobre o tema “Universalidade, equidade e acesso”, apresentado em um texto ao **V Encontro Municipal de Saúde de Belo Horizonte**, em 1996, e editado nos *Cadernos* deste evento.

produção, usar o seu trabalho vivo sobre a “caixa de ferramentas” (a qual contém os trabalhos mortos: instrumentos e tecnologias) e produzir cadeiras de um modo muito livre, pois deverá orientar esta produção com uma certa dose de normatização em torno do que está sendo “desejado” por consumidores de cadeiras que, além do mais, queiram fazer trocas conforme um certo acordo social (contrato social) que “define” quem ele é e quem são os outros, dentro de uma certa regra social, legítima, legal e imaginária.

Assim, o seu trabalho vivo estará sendo não só comandado por uma parte do trabalho morto contido no seu universo tecnológico, como também pelo modo como se constroem socialmente as necessidades dos consumidores de cadeiras e as maneiras sociais de satisfazê-las.

O trabalho vivo em ato estará sendo quase que plenamente capturado por forças instituídas (como as tecnologias duras, representadas pelas máquinas; e leve-duras, representadas pelos saberes estruturados<sup>12</sup> - da sua caixa de ferramentas, o modo como socialmente se produz necessidades e os modos de satisfazê-las), mas mesmo assim o trabalho vivo do marceneiro pode exercer variações no processo de produção da cadeira. Veremos que, em grande parte, isto se deve ao fato de estarmos falando de um artesão, pois a situação seria bem diferente se estivéssemos falando de um operário em uma fábrica de cadeiras em sociedades capitalistas, onde a “captura” do trabalho vivo em ato pelo controle capitalista tem que ser total.

Mais adiante notaremos que, quando se trata de trabalho em saúde, esta autonomia do trabalho vivo em ato é bem ampla, independentemente de estar ou não sob a forma empresarial, em relação aos movimentos de “captura” pelas tecnologias mais estruturadas (duras e leve-duras)<sup>13</sup> e pelas necessidades. Pois ambas - tecnologias estruturadas e necessidades - capturam o trabalho vivo em ato, no processo intercessor que, em saúde, é sempre um processo “quase-estruturado”.

Para entendermos isto com mais detalhe, voltemos ao produtor e consumidor, na busca de uma melhor explicitação deste conceito de intercessores que estamos utilizando.

Esta idéia de intercessores, como já anotamos em rodapé, está inspirada em Deleuze, que a expõe no livro *Conversações*, quando procura explicar que seus textos produzidos junto com Guattari não são produtos de suas simples somatórias, pois nascem da interseção que formavam naquela produção. É com esta noção que gostaríamos de trabalhar agora, a da interseção formada pelo produtor e pelo consumidor, e como ela se apresenta distinta para os processos nos quais os produtos são consumidos em movimentos separados dos da produção, dentro da

12 Esta classificação tipológica de tecnologias em saúde está mais sistematizada no capítulo adiante, “Em Busca de ferramentas analisadoras...”

13 Verificar-se-á, mais adiante, que há uma terceira modalidade de tecnologias, não tão estruturadas e que denominamos de leves, que são produtoras de relações intercessoras, como é o caso do processo de acolhimento ou de vínculo, como práticas intercessoras em saúde ou mesmo o próprio jogo transferencial dos processos psicanalíticos.



lógica da empresa capitalista, daqueles nos quais o consumo se dá imediatamente na produção, como na saúde, formatando-se processos mais estruturados e quase-estruturados <sup>14</sup>.

Isto está sendo lembrado para percebermos que tanto os produtores como os consumidores são instituintes de necessidades e atuam como forças no espaço intercessor produção/consumo, expondo distintamente suas intencionalidades, “desejos”<sup>15</sup>, necessidades, processos de “capturas” que estejam sofrendo, etc. Portanto, interessa-nos perceber que no processo intercessor produção/consumo vai haver um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, no próprio ato de produção, que os põem em confronto, nem sempre conflituoso, a partir de distintos formatos de necessidades - tanto como carência quanto como potência - e, também, de distintas formas de satisfazê-las. Por exemplo, o produtor de ações de saúde pode estar em busca de dinheiro, mas o consumidor estará sempre, bem ou mal, atrás de defender um “bem”, a sua saúde, que lhe diz respeito quanto a sua capacidade de caminhar pela vida, com uma certa qualidade.

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, ela 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, 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.

Nos próximos itens, vamos nos expressar em torno da realidade do processo de trabalho em saúde, tomando como referencial a micropolítica do trabalho vivo em ato. E é neste contexto que procuraremos operar com os conceitos básicos para esta reflexão que estamos propondo, buscando explicar os processos que compõem a micropolítica do trabalho vivo na saúde e sua ação nas dobras da gestão dos estabelecimentos de saúde: como o lugar onde se governa os processos institucionais, ao ser o espaço da formulação e decisão de políticas, e como o lugar que permite imprimir direcionalidade aos atos produtivos, no interior dos serviços, ao governar processos de trabalho.

Primeiramente, temos que reconhecer que boa parte do conteúdo deste debate não tem sido de todo estranha aos estudos sobre a mudança dos processos de trabalho, pois há um conjunto de idéias e de teorias que o focalizam e que, em parte, o reconhecem. E, adiante, além de tentarmos trazer esta

<sup>14</sup> Este uso de estruturado e quase-estruturado é feito de empréstimo de Carlos Matus ao falar dos tipos de problemas que os atores em situações nomeiam e que refletem a **sua** maior ou menor consensualização, em um dado jogo social no qual atuam, devido às suas vivências ou não do problema e pela possibilidade de compartilhá-los ou não.

<sup>15</sup> Gostaríamos de lembrar que a palavra *desejo* tem conotações muito amplas conforme o referencial que a utiliza, e aqui não estamos tentando cobrir seu pleno sentido psicanalítico associado à questão libidinal, pois a estamos colocando como um momento de expressão, inclusive de vontades mais ou menos conscientes.

discussão para dentro da nossa reflexão, iremos tomar a sua contextualização partindo de uma situação mais genérica, isto é, da realidade do mundo do trabalho nas organizações, para depois nos debruçarmos sobre o tema da saúde.

## **A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO EM SAÚDE: UMA QUESTÃO INSTITUCIONAL E TERRITÓRIO DE TECNOLOGIAS LEVES**

### **Mexer em processo de trabalho é mexer com cabeças e interesses**

Antes de mais nada, vale lembrar que essa discussão - a da mudança do processo de trabalho em saúde - não é nova. Nem do ponto de vista do setor público e privado, nem do ponto de vista da medicina e da saúde pública. A bem da verdade, essa idéia de mudança de processo de trabalho, em geral, é muito mais abrangente do que o que se tem demonstrado nas análises das mudanças de modelos de atenção à saúde.

Toda a discussão atual sobre a mudança do padrão de organização do capitalismo no Brasil e no resto do mundo, de um certo modo, passa pela questão da mudança do processo de trabalho em geral. Alguns autores chegam a tratá-la, do nosso ponto de vista, partindo de algumas premissas confusas, como uma discussão sobre a "revolução tecnológica da comunicação informatizada". Outros a confundem com a "modernização tecnológica" e a robotização dos processos de trabalho. Percebe-se porém que, de um modo ou de outro, estas diferentes perspectivas estão tratando e reconhecendo que as anteriores bases tecnológicas do processo de produção estão mudando.

Dentro deste debate, é interessante observar o que alguns autores, considerados "papas" da gestão empresarial e do processo de trabalho nas organizações, como Peter Drucker, vêm produzindo como reflexão sobre o tema da gestão organizacional neste momento de mudança.

Peter Drucker aponta algumas questões interessantes ao afirmar que a grande característica vivida pela revolução tecnológica hoje é marcada pela contaminação predominante do setor terciário no mundo da produção material, que ele entende como sendo um movimento no sentido de que: da etapa inicial das sociedades, quando a produção material era muito vinculada ao setor primário (agricultura), passamos para as primeiras revoluções industriais, quando obteve relevância o setor secundário, chegando-se inclusive ao ponto de se poder falar em industrialização do campo, da agricultura. A partir disto, contemporaneamente, atingimos a terceirização do processo de produção industrial.

Mas vale a ressalva de que não é dessa terceirização que falamos comumente, do ponto de vista de flexibilização da força de trabalho ou da contratação de uma outra empresa prestadora para fazer parte de algum serviço, como por exemplo, a limpeza dentro de um hospital. Ele não está falando sobre terceirizar as atividades. O que o autor está falando é sobre a natureza do espaço da produção.

Mesmo considerando como limitada esta maneira como ele compreende

este processo ao vinculá-lo ao “conhecimento” como principal força produtiva, parece ser bem estratégica a observação que faz ao relacionar esta transformação como tendo algo a ver com o papel que vem desempenhando, neste momento, a questão do conhecimento. Entretanto, não parece perceber o que está além desta questão do saber, caracterizada como uma dimensão quase que exclusiva e vital da subjetividade e até como representativa universal desta, não destacando, no interior dos processos produtivos, o lugar ocupado pelas tecnologias de “captura” do trabalho vivo, isto é, o quanto a atual “revolução tecnológica” vem sendo marcada pelo papel que o trabalho vivo em ato vem adquirindo no interior dos processos de trabalho em geral, no espaço terciário da produção em particular, inclusive como produtor de mecanismos gerenciais que visam a “captura” dos trabalhos vivos diretamente vinculados à cadeia produtiva material. Esta é uma questão que, devido a sua importância, retomaremos em detalhe mais adiante, ao tratarmos das organizações e do trabalho vivo. Aliás, diga-se de passagem, fato nunca negligenciado pelo capitalismo contemporâneo que vem se alimentando de um território especial de tecnologia para municiar os processos de mudanças capitalistas, e que é a do campo da gestão das organizações e da micropolítica do processo de trabalho.

Há um autor brasileiro, Paulo Roberto Motta, que de uma 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 <sup>16</sup>. 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 dos modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, e que permitem às organizações uma plasticidade que as transformam quase em uma “organização inteligente” <sup>17</sup>, 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.

Entretanto, compreender esta questão dentro do tema deste trabalho exige um aprofundamento sobre a dinâmica do trabalho vivo no interior das organizações produtivas e, para fazer isto, usaremos como exemplo a comparação entre uma fábrica de automóveis e um centro de saúde. Entretanto, estaremos utilizando-o, neste momento, de um modo bem simplificado, pois para explorar melhor todas as implicações desta reflexão faz-se necessária a construção de um texto específico, que tenha como objetivo tratar das relações entre as organizações e o trabalho vivo, tematizando em particular a gestão como expressão do trabalho vivo em ato e suas dimensões tecnológicas.

---

<sup>16</sup> Veja tanto *As Sociedades Pós-Capitalistas*, de Peter Drucker, editado pela Pioneira, quanto *A Gestão Contemporânea*, de Paulo Roberto Motta, editado pela Record.

<sup>17</sup> Este termo é nosso, pois P.R.Motta não o utiliza. Além de concordarmos com parte de suas idéias, achamos que também há, hoje, um profundo movimento para redefinir o que é trabalho produtivo e o que é mercadoria, como mais adiante discutiremos ao dizermos que o trabalho em saúde produz “bens-relações”.

Para dar seqüência à análise comparativa, em primeiro lugar, é necessário imaginarmos que a experiência taylorista pode nos mostrar que as organizações capitalistas sempre tiveram que conviver com a existência de um certo autogoverno do trabalhador no processo de trabalho e que aprenderam, em parte, a domesticá-lo e mesmo otimizá-lo, para poder caminhar para processos de organizações do trabalho nas linhas de produção dentro dos moldes mais clássicos das empresas, como o que ocorreu com as automobilísticas.

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 da 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 do exercício da atual “revolução tecnológica”, como veremos mais adiante. Além disso, este processo pode nos revelar, em termos da discussão sobre o trabalho vivo nas organizações, as muitas perspectivas que apontam para a mudança dos processos de trabalho.

Podemos dizer que o desenvolvimento do universo tecnológico que tem como centro a gestão das organizações produtivas, enquanto uma tecnologia do tipo leve-dura <sup>18</sup>, acompanhou quase passo a passo o que classicamente entendemos por desenvolvimento tecnológico do mundo da produção, desde a introdução de tecnologia dura, como a máquina-ferramenta, que cada vez mais necessita de menos trabalhadores para obter porções maiores de mais-valia, e que é o que se denomina, na discussão clássica do marxismo, de mais-valia relativa e absoluta.

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.

Porém, estas questões não se apresentam de modo idêntico quando o processo produtivo é o das práticas de saúde, 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, como o lugar que dá factibilidade ao trabalho vivo em ato e ao jogo de necessidades, que como vimos define-se no interior de um processo quase-

---

18 Uma discussão bem mais detalhada sobre esta tipologia das tecnologias encontra-se no texto “Em busca de ferramentas...”, já citado acima.

estruturado.

Vejamos isto mais de perto na comparação entre o caso da fábrica e o do centro de saúde.

De um modo bem genérico, ao descrevermos a produção de automóveis em uma fábrica brasileira, podemos dizer que há uma tal ordem imposta ao processo produtivo na linha de produção que, se uma área como a forjaria não seguir os padrões definidos para ela na fabricação de seu produto, como por exemplo uma certa porta do carro, a área seguinte, como a da pintura, não irá nem aceitar o produto ofertado pela forjaria.

Deste modo, há uma lógica na linha de produção que tem que ser seguida sempre em termos de padrões a serem perseguidos para o produto de cada área de produção e, se estes padrões não forem obedecidos, o trabalho vivo nele incorporado será rejeitado. Isto é, neste tipo de organização, a “captura” do trabalho vivo deverá ser total e completa na linha de montagem do produto final, pois esta organização não pode viver com um autogoverno do trabalhador ao ponto deste alterar os padrões dos produtos a serem manufaturados e a sua vinculação com o jogo da criação dos valores <sup>19</sup>.

Logo, uma organização deste tipo deve desenvolver permanentemente um conjunto de ações cuja finalidade é o de garantir a plena “captura” na linha de produção, do trabalho vivo em ato, sendo que estas ações devem atuar para aparar o sentido do autogoverno colocando-o, o tempo inteiro, a serviço da sua lógica capitalista empresarial, previamente definida.

Podemos afirmar, então, que uma organização deste tipo age 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 é controlar e viabilizar a “captura” do trabalho vivo naquele processo, estruturando-o. Esta nova frente de trabalho, não diretamente comprometida com a elaboração do produto final, dá-se no espaço da gestão organizacional e graças a um conjunto de trabalhos vivos, também, que visam tornar o trabalho vivo diretamente comprometido com a elaboração do produto final, um trabalho “capturado” plenamente pela lógica capitalística, no nosso caso, do trabalho morto que opera e padroniza o processo diretamente produtivo.

Uma organização deste tipo centra atenção muito especial neste trabalho vivo, que tem como missão “matar e domesticar” o autogoverno da linha direta de produção, que pretenda alterar a sua lógica. E, se observarmos o mundo das necessidades que estão sendo satisfeitas, podemos afirmar que a do possível usuário do produto final não se faz presente imediatamente no ato da produção, inclusive sendo encarado como algo a ser comandado e estruturado pelo próprio processo produtivo, que procura “capturá-lo” também.

Nesta dinâmica de “captura” do trabalho vivo em ato na linha direta da produção, em uma fábrica de automóvel, realizada pelos componentes do trabalho morto, tanto contido nas máquinas (como tecnologias duras), quanto nos saberes

---

<sup>19</sup> Já tratamos disso na introdução quando abordamos a teoria do valor.

normatizados (como tecnologias leve-duras), como já expusemos, podemos também sentir a presença de um conjunto de outros componentes instituídos por distintas lógicas, que atuam como processos de contenção das possibilidades instituintes do trabalho vivo em ato, produtor de bens finais.

Em particular, destacamos os papéis que jogam os processos de constituição e reprodução dos territórios existenciais auto-referenciais aos quais os trabalhadores estão “colados”, como resultado de processos agenciadores subjetivantes, que os produzem como “grupos sujeitados”, no dizer de Guattari. Vale, neste sentido, destacar tanto o papel capturante de subjetividades que desempenham, por exemplo, as ideologias “domesticadoras” sobre os trabalhadores, quanto as conformações subjetivantes que a própria dinâmica do trabalho impõe ao modelar o corpo como “ferramenta de trabalho”, seus espaços, tempos <sup>20</sup>, e mesmo modos de sentir.

Assim, o modo como as “cabeças estão sendo fabricadas” também opera na micropolítica do processo de trabalho vivo, como forças instituintes de processos de resistência às mudanças, como vemos cotidianamente nos serviços de saúde; ou não, quando estamos diante de processos inovadores em termos de agenciamentos como os casos de movimentos contestadores e anti-hegemônicos <sup>21</sup>. Entretanto, qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios, mexer com as cabeças e interesses, e suas formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos <sup>22, 23</sup>.

Sem dúvida, dentro das organizações bem estruturadas como a fábrica que tomamos para análise, temos descrições de rupturas destas “capturas” em geral, mas isto tem ocorrido comumente só em momentos sociais bem especiais, quando ocorre a aparição de “atores sociais” novos e organizados com capacidade de confronto com o processo instituído.

Entretanto, às vezes assistimos a processos intra-organizacionais que têm a pretensão de provocar mudanças de modo controlado e, neste sentido, vale destacar como tem-se buscado um conjunto de tecnologias que têm como desafio não só o controle do trabalho vivo em ato na produção de bens, mas também o da sua própria capacidade de mudanças. Aliás, este tem sido um tema bem permanente para algumas das correntes que compõem a Teoria Geral da Administração, que foram e são produzidas com a finalidade de construir modos de ações, os quais visam a uma gestão organizacional “capturadora” do trabalho vivo

<sup>20</sup> Nesta direção apontam os estudos de Felix Guattari, no livro *Caosmose*, e de Michel Foucault, no livro *Microfísica do Poder*.

<sup>21</sup> A análise que se realiza aqui está abstraindo que muitos operários inventam modos próprios de gerir seu cotidiano no trabalho, inclusive com a perspectiva de “não adesão” aos processos capturantes. Fatos que podem ser evidenciados pelas faltas, pelo quebra-mão, etc. Entretanto, como tendência organizacional, estes são eliminados se não se constituem em um movimento.

<sup>22</sup> Deve ficar claro que os processos instituídos, como as ideologias hegemônicas, comportam-se também como instituintes nos espaços micropolíticos, disputando com outras forças instituidoras, de naturezas semelhantes e distintas, processo de produção de “grupos sujeitos” no interior das organizações produtivas.

<sup>23</sup> Chamamos atenção aqui para a observação de Baremblikt de que não podemos encarar o instituinte como positivo e o instituído como negativo.

produtor de produtos finais e a sua direcionalidade, a fim de provocar mudanças<sup>24, 25</sup>.

Como vimos até agora, o processo de trabalho em saúde é atravessado por distintas lógicas instituintes, como qualquer processo de trabalho, aliás. Mas nele, em particular, o jogo produção, consumo e necessidades tem um dinâmica muito peculiar, que faz com que esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro permanentemente incerto sobre o que é o padrão do seu produto final, realizado, e o modo de satisfação que o mesmo gera.

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.

Os serviços de saúde têm que atuar em situações nas quais o jogo do processo de gestão do trabalho invade permanentemente o de gestão do equipamento institucional e está sempre nos limites das relações entre o público e o privado, entre a intencionalidade política e a de produção de bens, tornando-se um desafio possível para ele a busca de uma forma de “publicizar” estes espaços de gestão, em todas as suas dimensões, mesmo que em muitos projetos e modelos tecno-assistenciais esta forma se dê sob o modo privatizante.

Nos serviços de saúde, o trabalho vivo em ato, produtor de bens finais, intervem 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.

Neste sentido, fazer uma intervenção institucional na direção da mudança de processos de trabalho e de sistemas de direção não é só ter uma receita de programação para este processo e segui-la, pois isto é muito mais complicado, particularmente nos ambientes organizacionais do tipo de um serviço de saúde. Quando se chega num lugar como um Centro de Saúde que possui trinta trabalhadores, por exemplo, necessariamente estamos diante de uma dinâmica profundamente complexa se considerarmos o conjunto dos autogovernos em operação, o jogo de interesses organizados como forças sociais, que atuam na micropolítica do processo de trabalho, cotidianamente, e as “cabeças” presentes neste cenário. A bem da verdade, basta a existência de duas pessoas, em um ato de produção e consumo em saúde, para que esta situação se torne altamente complexa, em termos dos distintos processos instituintes e instituídos que operam

<sup>24</sup> Adiante teremos um item destacando a análise destas teorias à luz deste modelo teórico. Depois seria interessante, inclusive, vermos como fica esta discussão diante de novos processos produtivos que procuram explorar o autogoverno na linha de produção como fator de qualificação deste e retomar as reflexões de Drucker e Motta sobre isto.

<sup>25</sup> Um exemplo particular de como isto é um fato importante, e que hegemoniza esta discussão no interior das empresas, é o tema da gestão de qualidade total que, apesar de ser um caso particular desta questão, no imaginário da sociedade é considerada como “a” gestão estratégica das instituições, embora este tema seja mais amplo. Ademais, isto ocorre, mesmo considerando-se que a análise dos resultados obtidos com isso não mostrem nenhuma situação muito favorável. Peter Drucker e Paulo Roberto Motta fazem avaliações do impacto desses projetos indicando suas limitações.

neste espaço <sup>26</sup>.

Com isto, talvez, fique mais claro que pensar a mudança de um processo institucional sempre nos posiciona diante de uma situação de alta complexidade, e que não basta possuímos o controle de uma receita para a ação, com técnicas puramente administrativas, mesmo considerando (e com o que concordamos) que deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações, que visam a mudança de processos de trabalho, seja um componente importante e básico da “caixa de ferramentas” dos grupos envolvidos. Mas, sem dúvida, isto não é o suficiente.

Devemos compreender que os distintos gestores, micro e macro, que buscam operar nesta perspectiva, têm a necessidade de procurar o desenvolvimento não só de uma postura mais eclética sobre os vários instrumentais que estão em oferta, como também o de novas possibilidades de ações instrumentais, desde que percebam:

- que terão sempre que enfrentar situações de alta complexidade, em termos qualitativos, os quais caracterizam o conjunto das instituições do ponto de vista produtivo, em particular as da saúde. E que, nestes processos, deve-se procurar trabalhar com a capacidade de problematizar cabeças e interesses, em um processo institucional que atua sobre a permanente dinâmica privatização/publicização dos autogovernos dos trabalhadores; e

- que deverão sempre buscar interrogações, no fundo sempre ético-políticas, para poderem gerar processos de liberação, sobre o sentido da “captura” do trabalho vivo em ato, pelas forças instituintes do trabalho morto, que está cristalizado nos meios de produção e no processo já institucionalizado do modo de trabalhar, conforme determinados saberes e interesses que buscamos questionar. (O que nos remete à percepção de quanto esta liberação pode ser transformadora, particularmente no trabalho em saúde, além do quanto é vital o lugar ocupado pelo trabalhador, neste tipo de perspectiva <sup>27</sup>).

Neste momento, vamos deixar esta discussão e a análise dos inúmeros desdobramentos que ela possa ter e nos debruçar mais ainda sobre a temática da micropolítica do trabalho vivo em saúde e seu papel transformador do sentido das práticas, para podermos compreender melhor esta discussão da relação entre os processos organizacionais e as distintas estratégias que a área da saúde tem adotado, visando uma ação no espaço de intervenção do trabalho vivo em ato.

### **O papel transformador do trabalho vivo em ato na saúde e suas dobras tecnológicas**

O processo de trabalho em sua micropolítica deve ser entendido como um

<sup>26</sup> Já sugerimos, e estamos só reforçando, que a leitura do *Compêndio de Análise Institucional*, de Gregório Barembliht, pode ajudar na compreensão destas questões, bem como o texto sobre psicanálise do livro *Encruzilhada do Labirinto I*, de Cornelius Castoriadis, editado pela Paz e Terra.

<sup>27</sup> Vale dizer que, em suas distintas produções teóricas, Gastão Wagner de Sousa Campos vem escrevendo sobre o lugar privilegiado que os trabalhadores podem ocupar no papel de reinventar os modos de trabalhar cotidianamente nos serviços. Em particular, confira seus textos presentes nos livros *Planejamento sem normas*, *A saúde pública em defesa da vida* e *Reforma da reforma*, editados pela Hucitec.



cenário de disputa de distintas forças instituintes: desde forças presentes claramente nos modos de produção - fixadas por exemplo como trabalho morto e mesmo operando enquanto o trabalho vivo em ato -, até as que se apresentam nos processos imaginários e desejantes, e no campo do conhecimento que os distintos "homens em ação" <sup>28</sup> constituem.

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. Exemplo disto é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser "explorada" para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas.

Mas não se pode desconhecer que isto pode ocorrer nos momentos em que abrem-se fissuras nos processos instituídos e em que a lógica estruturada da produção, bem como o seu sentido, são postos em xeque, incluindo a própria maneira como está sendo gerida pelos trabalhos vivos precedentes que se cristalizaram, aliás, na potência do trabalhador.

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 de como se sabe trabalhar, isto é, à sua configuração tecnológica; à maneira como o espaço institucional, da gestão deste processo, está ordenado. Repensarmos a potência e a impotência como uma característica situacional que pode ser atravessada por distintos processos instituintes - e mesmo agenciada - torna-se, assim, uma das ousadias.

Uma análise mais detalhada das interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como estes sujeitos se interseccionam, permite-nos realizar uma nova compreensão sobre o tema da tecnologia em saúde, ao se tomar como eixo norteador o trabalho vivo em ato, que é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações <sup>29</sup>.

Fazemos uma aposta na possibilidade de se constituir tecnologias da ação do trabalho vivo em ato e mesmo de gestão deste trabalho que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar na busca de processos que focalizem o sentido da "captura" sofrido pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de "quebras" em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente.

Sem mencionar que isto implica em que os "disparadores" destes processos de fuga estejam explicitamente vinculados a um olhar ético-político interrogador e ruidoso, mais do que centrados em um outro modelo prévia e totalmente definido

---

28 A pretensão aqui é marcar uma posição distinta do racionalismo que opera com a noção de homem da razão, subsumindo esta racionalidade aos processos que governam o homem em situação e na ação.

29 Veja de novo o tema dos intercessores, já abordados anteriormente.

que se contraponha globalmente ao trabalho morto cristalizado no instituído <sup>30</sup>.

Entender esta dupla dimensão da ação do trabalho vivo em ato, de gerir processos institucionais e de realizar produções propriamente ditas, assim como as possibilidades de tocá-la com processos diretamente referentes aos seus modos tecnológicos de existir, é primordial na reflexão que estamos propondo, pois com ela pretendemos interferir nos modos como o trabalho vivo opera uma dada produção concreta - enquanto um modo essencialmente intercessor de ser e através de suas formas tecnológicas leves de agir, capturadas de determinadas maneiras em relação ao trabalho morto que opera coetâneo consigo -, ao mesmo tempo em que pretendemos também tocar nas maneiras como institucionalmente este processo é um espaço de ação governamental, privado e público, que define os processos de "penetrabilidade" mais ampla ou restrita, das arenas onde se decidem o sentido da instituição. Queremos pensar tecnologias que possam tanto redefinir os processos de "captura" do trabalho vivo em ato, enquanto um dado modelo de atenção, quanto tornar mais público os processos que governam a sua direcionalidade.

Vale assinalar que, de uma certa forma, estas possibilidades não são totalmente estranhas a alguns pensadores, plenamente aderidos ao sistema capitalista atual, o que pode ser percebido quando analisamos algumas produções contemporâneas no campo da gestão empresarial, no qual vamos também buscar interlocutores para pensarmos aquelas tecnologias.

Há autores, como Fernando Flores <sup>31</sup>, que têm percebido que o conjunto das contribuições da Teoria Geral da Administração <sup>32</sup> (TGA) tem aprisionado o potencial "revolucionário" do trabalho vivo - mesmo que não se utilize desta denominação - para implementar as modificações que se fazem necessárias (ou que ele supõe como necessárias), hoje, no interior das empresas capitalistas. Partindo de uma leitura da administração como fenômeno lingüístico, procura explorar uma dimensão da prática gerencial que, do nosso ponto de vista, é muito devedora ao momento da presença do trabalho vivo em ato no processo de gestão. Mesmo que este autor acabe propondo depois captá-lo com um método informatizado, através do seu Programa Gerencial (software): El Coordinador.

Resumidamente, Flores critica a tradição da TGA dizendo que, a partir de uma postura sistêmico-funcionalista, as suas várias correntes têm tratado os "quebras" cotidianos que ocorrem nas práticas administrativas como disfunções, mas não têm conseguido perceber que estes "quebras" são constitutivos destas

---

3097 Ver Gastão Wagner Sousa Campos, em texto impresso, no qual faz uma reflexão sobre a metodologia de trabalho do LAPA e no qual aponta que, mais do que portadores de um modelo tecno-assistencial, devemos ser "provocadores" de interrogações.

31 Para maiores detalhes, consultar o livro *Inventando la empresa del siglo XXI*, publicado pela Hachete, no Chile.

32 Podemos, inclusive, a partir desta perspectiva micropolítica, tratar as próprias tecnologias para a ação de governar organizações, como as produzidas pela Teoria Geral da Administração, como contribuições a serem constituídas na forma de ferramentas disponíveis para o sujeito da ação em sua atividade de gestor do processo de trabalho, desde que sejam "desencarnadas" de suas lógicas instituintes dadas pelo trabalho morto que representam e, deste modo, possam ser "apossadas" por outras (lógicas instituintes).

práticas, que como fenômenos lingüísticos expõem sempre um ato de linguagem entre pares, que ilocucionariamente estão pondo em jogo o estabelecimento de um compromisso de ação. E, neste sentido, aponta que, sempre que ocorre um ato de linguagem, faz-se presente uma intencionalidade para além daquela mais presente na mensagem emitida (a forma locucionária do ato de fala), e que como intenção ilocucionária deste ato, está sempre criando uma situação comunicativa de explicitação de um dado compromisso para a ação, que não se dá de maneira imediatamente na fala, mas sim nos atos, o qual tem de ser aprendido, explicitado e compreendido para que, no plano gerencial, possa ser compatibilizado com a busca de um processo cooperante de compromissos, entre os pares, no interior das empresas.

Com isso, o cotidiano de uma organização está sempre aberto à possibilidade de um não-compartilhamento ou mesmo de uma não-adequabilidade entre o compromisso ilocucionário que o ato de linguagem comporta e as ações, que se tornam vitais para o cumprimento da missão institucional. O cotidiano seria, então, permanentemente atravessado por estes ruídos. Ser gestor, nesta situação, seria desenvolver a capacidade de escutá-los, construindo um processo de busca de entendimento deles e de um certo estado de ânimo cooperativo para a execução da missão institucional.

Mesmo considerando-se que, para Flores, os instituintes capitalísticos, que instituíram e instituem os lugares dos "falantes", e até o processo do falar, é o parâmetro do que são os interesses missionários da organização, a sua contribuição expõe uma dimensão muito própria de um dos momentos do trabalho vivo em ato nas organizações, que é o expresso pela identificação do ato das "conversas" que criam compromissos para a ação, entre as distintas áreas de produção e os diferentes níveis organizacionais. Também identifica a ação gestora cotidiana que todos detêm como "o" lugar vital para se pensar o processo organizacional.

Na perspectiva do que estamos buscando, ou seja, a possibilidade de tomar os ruídos cotidianos como "abridores" de linhas de fugas do instituído, consideramos limitada a perspectiva de Flores, pois não permite explorar os "quebras" como analisadores que viabilizam agenciamentos de novos processos no campo da subjetividade que opera nos espaços de autogoverno do trabalho vivo em ato, possibilitando a invenção de novas "missões" organizacionais e novos sentidos para o processo de trabalho, ao mesmo tempo em que não compreende com clareza a dimensão propriamente tecnológica do trabalho vivo em ato, nos processos produtivos propriamente ditos, com as suas ações tecnológicas intercessoras.

Mas, mesmo assim, Flores evidencia o quanto o trabalho vivo ocupa um lugar estratégico na ação de "desenhar" a organização <sup>33</sup>, podendo ser "operado" com certas "ferramentas gerenciais" que ponham sua "captura" em xeque,

---

33E que, aqui, neste texto é entendido mais amplamente ainda, pois o tomamos substancialmente como espaço da subjetividade em produção que "carrega" em si muitas outras racionalidades, para além da que aquele autor apreende na dimensão da linguagem e que está implicado com o trabalho em si.

tornando-se fonte inesgotável de produção de possíveis novos mundos e cenários no interior do mundo do trabalho, dado o instituído em jogo que estejamos questionando e querendo superar.

O processo de trabalho, desta forma, pode ser exposto nevrálgicamente como micropolítica e lugar estratégico de mudança, como vimos afirmando ao longo do texto.

Tirar proveito desta maneira de olhar para o campo da gestão do processo de trabalho em saúde é o que se pretende, ao propormos uma reflexão em torno do:

a - processo de trabalho em saúde sobre a ótica do trabalho vivo, como uma dimensão que o abre para práticas criadoras de permanentes processos tecnológicos para enfrentar a complicada temática das necessidades de saúde, que deve ser vista também sob a perspectiva de sua instituição;

b - processo de trabalho em saúde sobre a ótica do trabalho vivo, como uma maneira de analisar a distinção entre o lugar que ocupa - e da própria forma de sua “captura” - para um modelo como o médico-hegemônico e aquele que pode ocupar para um outro, como o de defesa da vida (Nisto temos que reconhecer que temos pouco acúmulo, inclusive para se criar detetores, como os indicadores de saúde, da presença desta tecnologia do trabalho vivo em ato, além do quanto o modelo atual de informação é centrado nos indicadores de trabalho morto do médico-hegemônico ou mesmo da saúde pública mais tradicional, criando-nos dificuldades adicionais para operarmos com estas novas dimensões. Este tema será alvo de análise mais apurada, entretanto, no capítulo seguinte, sobre as ferramentas analisadoras);

c - processo de trabalho em saúde sobre a ótica do trabalho vivo, abrindo uma caixa-preta em torno da presença das “tecnologias leves”, tecnologia de (e das) relações - dos intercessores, no interior dos processos que podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde - e a importância de se incorporar os interrogadores dos espaços intercessores que se constituem entre o trabalhador em saúde e o usuário (que portam processos instituintes distintos sob a forma de diferentes necessidades na construção de seus espaços), sob uma ótica analisadora pautada pela ética do compromisso com a vida e expressas em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida <sup>34, 35</sup>.

<sup>34</sup> Estes elementos estão presentes em maior detalhe nos capítulos do livro Inventando a mudança na saúde e nos capítulos e anexos expostos adiante quando se trabalha a análise de situações concretas. Presente no texto impresso do autor, “Atuar em saúde”.

<sup>35</sup> Que, no nosso argumento, parecem permitir explorar a potência reformadora do trabalho vivo na micropolítica do processo de trabalho em saúde, ao se constituírem em dispositivos analisadores, interrogadores ruidosos, do cotidiano institucional onde se realiza o agir em saúde enquanto serviço, e no qual pode-se pôr a “captura” do trabalho vivo em xeque. Ver esta discussão em maior detalhe no capítulo sobre as ferramentas analisadoras.

## **TRABALHO VIVO EM SAÚDE E SUAS TECNOLOGIAS LEVES NO EXERCÍCIO DOS AUTOGOVERNOS E NOS PROCESSOS INTERCESSORES**

Como já dissemos, em momentos anteriores deste trabalho, tomamos algumas das contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e de Cornelius Castoriadis para entender as questões que se referem à própria capacidade do trabalho vivo em ato na saúde em interrogar o sentido de sua "captura". Assim procuramos conversar, mesmo que correndo o risco de em muitos casos sermos bem superficiais, com a produção teórica destes autores, tentando compreender algo sobre a tecnologia do trabalho vivo em ato e sua relação com a prática de duvidar, analisar e procurar revelar (através de dispositivos interrogadores) o sentido e a direcionalidade (intencionalidade) do processo de trabalho em saúde e os seus modos de operar cotidianamente nos processos produtivos.

Procuramos trabalhar com a reflexão desenvolvida por Ricardo Bruno sobre o processo de trabalho em saúde e o seu olhar sobre a "micropolítica" deste processo, com a qual tenta apreender o comando que o trabalho morto instituído (como modelo tecnológico) realiza sobre o trabalho vivo, em saúde, a partir da consagração de alguns determinados modos de organização do processo de trabalho em saúde, como uma dada singularidade histórica e social.

Ricardo Bruno apreende de forma bem competente a presença de um conjunto de forças instituintes do "sistema capitalístico", na organização do processo de trabalho em saúde, a partir da compreensão do modo como os processos molares <sup>36</sup> deste sistema se fazem "determinantes" no micropolítico deste trabalho. Instrumentaliza-nos, nesta dinâmica, quanto à possibilidade de se detectar alguns mecanismos fundamentais de "captura" do trabalho vivo em ato, na saúde, pelo trabalho morto "capitalisticamente" instituído; abrindo espectros de interrogações sobre esta "captura", que possam pôr em xeque os seus sentidos, porém quando pensa os processos alternativos, quando pensa a mudança destes, fica preso a estas mesmas lógicas "determinantes" e, do ângulo de análise que temos adotado até agora, neste estudo, não explora a riqueza da micropolítica do processo de trabalho do ponto de vista do "revolucionário" que há de indeterminado, na "substância" trabalho vivo em ato e na sua potencialidade para interrogar em processo, em autogoverno, a intencionalidade do trabalho em saúde que o aprisionou e os seus modos de operar.

Com o trabalho de Cornelius Castoriadis, já citado, pretendemos exatamente abrir esta possibilidade analítica, realizando uma reflexão sobre o trabalho vivo em ato, a partir do que este autor constata, quando afirma, dentre várias outras questões, que uma teoria, como a psicanalítica, não consegue e não pode dar (e tomar) conta de todas as dimensões do processo psicanalítico ao vivo.

Diz que, diante de um caso concreto de análise, de um processo intercessor

---

<sup>36</sup> Nesta questão são muito interessantes os textos contidos no livro Revolução molecular, de Felix Guattari, editado pela Brasiliense, em 1981.

em ato entre terapeuta e terapeutizado, não é possível, baseado no arcabouço teórico, no saber estruturado construído a partir dele, dizer qual será o seu caminho e desfecho, mesmo que reconheça que a teoria e os saberes possam contribuir para este percurso (lembrar desta posição no modo como discutimos atrás sobre "caixa de ferramentas").

Castoriadis abre, assim, alternativas teóricas para corroborarmos a maneira como estamos tratando, neste estudo, a dimensão mais processual e transformadora do trabalho vivo (em ato), ao sugerir que o trabalho psicanalítico em ato tem algo que o faz singular, por ser um trabalho que tem sua essencialidade na ação e no que esta tem de próprio no seu momento de estar sendo, assim como nos momentos em que as tecnologias deste trabalho vivo em ato, produtoras dos processos intercessores de relações, como tecnologias leves, constituem o próprio processo terapêutico.

É interessante verificar que Freud, sem o denominar deste jeito, está tratando deste universo tecnológico ao falar da importância da transferência e da contra-transferência como substrato deste processo. Baseados nesta mesma abordagem é que tratamos o acolhimento e o vínculo como componentes deste universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde, e os consideramos como o substrato tecnológico que pode dar o sentido do usuário no interior do processo de trabalho em saúde, se forem "capturados" para criarem aumentos dos graus de autonomia deste no seu modo de caminhar na vida, instituindo suas normas vitais<sup>37</sup>.

Em Ricardo Bruno, a presença do molar/instituído como determinante tem muita força explicativa, o que dificulta a visualização do que, neste processo, pode lhe abrir as portas, no sentido da sua própria superação, que neste autor é tratado como uma possibilidade externa, de um modelo versus outro modelo, já dado, que carregaria uma intencionalidade estrutural distinta, e que é portadora de uma outra direção para o sentido do trabalho em saúde, já instituída e polarizada. Neste autor, cabe encontrar os agentes sociais deste novo modelo e não constituí-los em processo, como resultados da produção de novos sujeitos, agenciados e agenciadores, na interrogação do que está dado, do modo cotidiano como se produz e reproduz o agir em saúde. Em Ricardo Bruno, os modelos em si tornam-se sujeitos plenos da conservação e/ou da mudança, e os homens são só seus substratos.

Assim, na contribuição deste autor o trabalho vivo presente no processo de trabalho em saúde, sempre considerado em sua ótica como aprisionado pelo trabalho morto contido na organização de modelos tecnológicos, deixa de ser portador de uma potência de "desdobramento" em um universo criativo e "ruidoso", com reinvenções das próprias tecnologias disponíveis, como "produtos" da sua ação em ato. Deixa de ser um trabalho instituinte, não necessariamente cristalizado e condenado pelos saberes estruturados, mortos, presentes nas normas,

---

<sup>37</sup>Neste particular, ver O normal e o patológico, de G.Canguillen, editado pela Graal, e A saúde pública em defesa da vida, de Gastão Wagner de Sousa Campos, editado pela Hucitec.

procedimentos e instrumentos.

Este autor não consegue perceber o trabalho vivo como fonte de tecnologias, que reinventam o sentido do que está cristalizado, construindo outros universos instituídos, ao abrir linhas de fuga no já dado, através de um processo de "revelamento", que pode ser explorado cotidianamente pelos dispositivos analisadores próprios da natureza tecnológica deste processo de trabalho, em agenciamento, e que põem em xeque o sentido do trabalhar e sua "captura", expondo-o a novas racionalidades e lógicas institucionais.

Nos trabalhos de Ricardo Bruno <sup>38</sup>, ou nele inspirados <sup>39</sup>, revela-se um predomínio do aprisionamento do processo de trabalho em saúde a uma lógica instituída e dada estruturalmente, especialmente quando toma os saberes tecnológicos constituídos, como a presença instituinte e determinante da totalidade histórico-social, na micropolítica do trabalho.

Isto pode ser visto nas seguintes passagens elaboradas por Maria Inês, em uma apreensão bem precisa do pensamento daquele autor: " (...) dentro do processo de trabalho em saúde, as relações que se estabelecem entre objeto, instrumento e produto, face das necessidades sugeridas e que direcionam a finalidade do mesmo, são dirigidas pela intencionalidade do trabalho frente a um certo saber operatório que encaminha os agentes para o cumprimento de um certo projeto de vida em sociedade"; e ainda, ao compreender que o modelo de organização tecnológica do trabalho contém como características "o saber (...) uma intelecção anterior ao momento do trabalho; os objetos (...) não são dados mas pensados pelo saber; cada objeto contém a necessidade social que gerou o trabalho; os agentes, os objetos e os instrumentos do trabalho são momentos de um só conjunto que realiza interna e externamente as necessidades de reprodução social".

Entendendo-se o processo de trabalho, praticamente como aprisionado por uma dada lógica instituída, concebida a partir de uma posição totalizadora do capital como força instituinte, em uma lógica de articulação entre o momento produtivo e a sua cristalização instituída pela lógica do trabalho criador de valor. O trabalho abstrato comandando o concreto, o produtivo dirigindo o improdutivo (diga-se de passagem que, do ponto de vista teórico, estas são categorias analíticas clássicas da economia marxista para compreendermos o processo operatório do capitalismo) e o trabalho vivo só como expressão do morto e, portanto, sem chances de, ao ser um trabalho com substrato também próprio, vivificar em ato os agires do trabalho.

Ao tratar este momento da implicação do capital sobre a organização do processo de trabalho como totalizador, perde a possibilidade de compreender o complexo universo construído pelos outros processos instituintes, presentes nesta micropolítica, em particular, o lugar do trabalho vivo em ato.

<sup>38</sup>Além do trabalho citado, ver também "Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades", publicado nos *Cadernos Cefor*, em 1992, pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

<sup>39</sup>Como o de Maria Inês B. Nemes, na sua dissertação de mestrado "Hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo", de 1989, FMUSP.

E, neste sentido, aquela autora, centrada no pensamento de Ricardo Bruno, afirma que: "*(...) os instrumentos correspondem à forma pela qual a energia se incorpora ao processo de trabalho...No trabalho em saúde, estes instrumentos correspondem às formas materiais e não materiais que possibilitam a apreensão do objeto de trabalho...voltado para a consecução da finalidade de atendimento das necessidades de saúde (...)* necessidade - carecimento que orienta o processo de trabalho (...)*a atividade humana é articulada a uma finalidade sempre presente, antes e durante o processo.*" Sendo necessidades compreendidas como: "*(...) criações sociais, i.e., da vida coletiva. (...) As necessidades e suas formas de satisfação variam, como também as relações sociais que os homens entre si estabelecem através de seus trabalhos.*"

E, de novo, devemos perguntar: qual energia se incorpora ao processo de trabalho? A do trabalho vivo capturado pelo trabalho morto, preso nas configurações tecnológicas dos processos de trabalho, comandados pelos saberes estruturados, pelas normas, pelas máquinas, pelos procedimentos, etc? E a energia do trabalho vivo em ato e em potência, o que tem a ver com tudo isto? Será que ele não é um componente permanentemente ruidoso deste processo, portador de outras lógicas tecnológicas, para além do que está sendo capturado como modelo tecnológico de organização do trabalho? Tecnologia do trabalho vivo em ato, que é e pode ser fonte de linhas de fugas a este processo instituído, capitalístico, e que está na base de qualquer possibilidade de intervenção no sentido da mudança, centrada no usuário, como o sentido último do próprio trabalho em saúde?

Não será que a subjetividade em ato, como essencialidade do homem em ação, não extravasa o sujeito da prática, das atividades, se esta for só entendida exclusivamente como momento capturado? Por que será que aquele, como um processo em ato, tem que ser permanentemente capturado? Cremos que na vida em movimento, o trabalho vivo em ato vai além dos limites do instituído, provocando permanentemente novas instituições.

Se assim for, se é possível pensar o trabalho vivo como fonte de novos procederes, como algo que tem que ser plenamente capturado para não abrir outras linhas de ação e que, ao mesmo tempo, como no caso da saúde, não pode ser globalmente capturado, expressando-se como autogoverno e processos intercessores, é porque, então, este componente da ação no processo de trabalho em saúde tem sido e será permanentemente o lugar do novo e das novas possibilidades de intervenções.

É partindo deste princípio que devemos, e podemos, refletir sobre uma clínica como atividade que procura tudo capturar *versus* uma outra clínica como ação que se abre para novos processos territorializantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores, uma outra clínica que se faça em ato, centrada na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve.

E neste sentido, uma clínica presente tanto na medicina, quanto na saúde pública, pois é uma clínica que enquanto ação se constitui como um espaço de



intervenção em processos de intersubjetividades, como lugar dos intercessores, no qual os instituintes situados disputam a direcionalidade do processo.

O olhar interrogador deste processo será sempre percebido através de seus “ruídos”, através de indicadores indiretos de sua efetivação porque, como já vimos, o ato de produção no trabalho em saúde se dá no imediato ato de consumir, e o trabalho vivo em ato é um processo que se realiza imediatamente com a produção, sempre um sendo, um dando, em um espaço publicizado, onde penetra a lógica dos intercessores, também em ato, como constitutiva imediata deste trabalho.

É possível considerarmos que a tecnologia do trabalho vivo em ato é sempre um elemento ruidoso e permanente na construção dos sentidos dos processos de trabalho em saúde, como já vimos na abertura deste texto no momento do fluxograma analisador do modelo de atenção, revelando a presença dos autogovernos. E isto, por sua vez, mostra como é relativa a discussão da caracterização histórico-social determinante do processo de trabalho em saúde, pois há que se reconhecer que este está aberto para o que nele há de indeterminado, do que se define em ato, em produção permanente, nos espaços das “interseções”, produções e consumos.

Com isto, o próprio mundo das necessidades está em permanente processo de “captura” pelas tecnologias dos saberes estruturados porque pode e deve ser inventado em processo, no fazer do trabalho vivo que se publiciza para uma nova validação ético-estética no campo do trabalho em saúde, portanto na intimidade entre o repensar a micropolítica do processo de trabalho em saúde e o seu processo de gestão.

A necessidade instituída pressupõe que não haja singularidade, mas modos coletivos de instituir, que massificam sentidos de necessidades. Porém, ao mesmo tempo, estes se singularizam em territórios existenciais auto-referenciais que vivem sempre a possibilidade do atravessamento, da desterritorialização, da auto-emancipação, de ser agenciada por processos de outra ordem, inclusive pelo seu encontro no espaço intercessor com outras direções que o trabalhador procura imprimir com sua ação.

Neste caminho, tomamos como desafio a criação de processos de outra ordem tecnológica para o trabalho vivo em ato na saúde, como um permanente interrogante do instituído, como trabalho morto, e de seus compromissos ético-políticos, no que diz respeito à natureza, diga-se sempre situacional, de seus procedimentos eficazes, direcionalidades e intencionalidades.

Chama-nos a atenção, do que falamos até agora sobre o trabalho vivo em ato, o fato de haver uma íntima relação entre a constatação da sua existência operante e a de que todos os “atores sociais” governam, como diz Carlos Matus. Com isto entendemos que uma dimensão chave do trabalho vivo em ato é o de estar sempre em situação de governo e, assim, mantendo sempre uma estreita vinculação com a discussão sobre os sujeitos em (e da) ação e o conjunto de teorias (caixas de ferramentas) que tem procurado pensar esta questão, em particular aquelas que contribuem para esclarecer a relação entre o sujeito em

ação e o permanente estado de governar cotidianamente o seu caminhar no mundo e, em particular, o seu trabalhar no mundo.

Por este ângulo, procuramos abrir uma reflexão sobre os processos instalados no interior das instituições de saúde como exercícios de governos que o conjunto dos agentes realizam e que operam como mecanismos instituintes no cotidiano em um dado modo de gerir o conjunto do trabalho em saúde, dando-lhe uma cara de um determinado modelo tecno-assistencial em realização, abrindo, portanto, a possibilidade de compreender estes distintos autogovernos, pondo-os em xeque através da busca de mecanismos que pretendam "desprivatizá-los", sem anulá-los, mas sim expondo-os a discussões mais públicas dos seus sentidos, submetendo-os a um "controle" pelo coletivo dos interessados, presentes no interior de um espaço "publicizado" de gestão, tanto dos estabelecimentos institucionais quanto dos processos de trabalho em saúde.

Por um outro ângulo, tentamos tirar conseqüências também das distintas escolas teóricas que permitem refletir sobre esta tecnologia do trabalho vivo em ato, enquanto um dado modo operatório de governar situações, cruzando com esta discussão as suas implicações com a temática e o debate sobre "o governar organizações".

E, na busca de entender estas possibilidades de aprender o universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde, procuramos compreender as tecnologias que a teoria geral da administração produziu, no sentido de capturar o trabalho vivo em ato, tentando refletir sobre a pertinência dos modelos de gestão dos equipamentos institucionais que a T.G.A. oferta para o campo particular do trabalho em saúde. Além disso, tomando como relevante o agir micropolítico do trabalho vivo em ato na saúde como força instituinte, que opera nos espaços intercessores e que intervem pela sua capacidade de gerir os processos de trabalho e os processos organizacionais, dentro da dobra da gestão como processo de produção de políticas e de bens.

O desdobramento desta 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 de decisão sobre a direcionalidade de políticas, ou nos processos de operacionalização e institucionalização das mesmas políticas.

O que, em parte, é o centro temático do capítulo seguinte: "Em Busca das Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde".

## **EM BUSCA DE FERRAMENTAS ANALISADORAS DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE: A INFORMAÇÃO E O DIA A DIA DE UM SERVIÇO, INTERROGANDO E GERINDO TRABALHOS**

Autores: Emerson Elias Merhy e Mauricio Chakkour

Médicos sanitaristas, professores do DMPS / FCM / Unicamp

Co-autores\*: Eduardo Stéfano, Maria Ercília Stéfano, Claudia Menezes Santos, Rodrigo Arnaldo Rodrigues e Patricia Conceição Pires de Oliveira

### **INTRODUÇÃO**

Antes de iniciarmos uma reflexão mais objetiva sobre a informação e a gestão cotidiana de um serviço de saúde, seria necessário apontar alguns pressupostos básicos, importantes na discussão que travamos neste texto e que nos serviram de referenciais básicos.

Vamos, para isso, supor duas situações explicativas sobre o que seria o dia-a-dia de um serviço, a partir do exemplo de uma unidade básica qualquer, como um centro de saúde. Para efeito de análise, tomaremos descritivamente duas explicações bem polares para mostrarmos as distintas implicações destas situações, quanto ao tema em foco.

Quando solicitamos a descrição de seu serviço a algum trabalhador de saúde que ocupa a direção de um centro de saúde, a imensa maioria mostra o desenho de um organograma procurando explicar onde fica o sistema de direção e os seus caminhos de relacionamento com os diversos órgãos que o compõem, além de tentar mostrar o que cada um faz e qual o seu papel na formação do todo orgânico, que em última instância representaria o serviço, globalmente.

Nesta lógica explicativa, o dirigente talvez não perceba que acaba também expondo uma visão do que deveria ser a gestão e, dentro disto, o que seria a informação para a gestão. Pois, provavelmente, neste esquema, a gestão seria todo o conjunto de ações de governo que procurasse manter a organicidade funcional das partes com o todo, dentro de uma articulação funcional, e a informação seria uma ferramenta que mostraria ou mesmo denunciaria a execução ou não desta funcionalidade.

Diga-se, de passagem, que esta funcionalidade esperada é marcada pela própria lógica do papel que missionariamente se dá a um centro de saúde, servindo de parâmetro para as possíveis óticas avaliadoras do cumprimento ou não das funções do “organismo” do serviço em tela.

---

\* A co-autoria diz respeito à parte final deste texto, quando expomos a aplicação de algumas ferramentas analisadoras em um serviço de saúde e para a qual esta equipe foi fundamental. Veja a parte IV deste texto.

Sem querer partir do princípio de que esta idéia explicativa, muito comum, é parcialmente equivocada, vamos tentar demonstrá-lo procurando contemplá-la com uma outra possibilidade.

Vamos supor, agora, que a descrição sobre o que seria o centro de saúde procure mostrar que ele não é bem um organismo, mas sim uma certa “arena”, onde operam distintos agentes institucionais com perspectivas de ação nem sempre comuns, todavia não necessariamente contraditórias também, mas, simplesmente, uma arena.

Neste caso, o centro de saúde seria visto como uma trama de agentes que teriam certas intencionalidades nas suas ações e que disputariam, naquela arena, o sentido global de sua “missão”. Aqueles (agentes) atuariam fazendo uma mistura, nem sempre muito evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo mais público, formado pela presença conjunta dos agentes, suas intervenções e interações.

A gestão, neste caso, não poderia só ser o que foi exposto no outro exemplo, pois ela de fato teria que ser encarada como uma propriedade de cada um dos agentes e de todos eles ao mesmo tempo. Pôr outro lado, mais do que buscar a funcionalidade não cumprida, a gestão institucional seria operar com o jogo de disputas dos distintos agentes, inclusive no modo como conformariam o espaço institucional no jogo público e privado. A gestão institucional seria toda intervenção de governo que possibilitasse “publicitar” os processos de disputas e revelar a “contratualidade” que os agentes instituem entre si, definindo uma certa “cara” instituída para o serviço.

Neste caso, a informação não poderia ser um simples medidor de funcionalidade cumprida ou não, mas teria de ser uma ferramenta que permitisse analisar permanentemente estes jogos do aparente funcional e o não funcional, do público e do privado, balizando de que ponto ético-político pode-se julgar os sentidos a serem adquiridos pelo serviço e a que interesses explicitamente vai se centrar.

Vejamos, através de outro exemplo, o que pode significar esta percepção de um centro de saúde como um “equipamento institucional”, no qual distintas forças instituintes atuam e conformam um processo, cotidianamente visto por nós através do que está instituído. Além do que, como uma ferramenta analisadora (como a informação, por exemplo) poderia nos revelar os “ruídos” que as forças instituintes provocam neste cotidiano, possibilitando-nos interrogar os sentidos funcionais do serviço, as distintas modalidades de jogos de interesses e as alternativas de caminhos para operá-lo cotidianamente.

### **Utilizando-se do jogo de xadrez para entender um pouco mais sobre o cotidiano como um processo em permanente definição**

Para podermos aprofundar as questões apontadas acima, vamos lançar mão de uma reflexão a partir de uma situação vivida em um jogo de xadrez <sup>40</sup>.

---

40Uma parte destas idéias deve-se às produções de autores como Felix Guattari (Caosmose),

Imaginando este jogo em ação, podemos dizer que os jogadores compartilham de um mundo de significações que baliza um certo contrato de relações, que pode ser expresso, inclusive, em uma rede de petição e compromissos entre eles, dentro da qual uma definida funcionalidade cria um processo de previsibilidade e certezas. Como fazem alguns autores, poderíamos dizer que estas certezas são complexas dentro de um modelo probabilístico muito difícil para definir os percursos que cada jogador irá realizar, o que permite a estes mesmos autores, inclusive, falarem sobre um jogo governado por uma certa incerteza operacional. Porém, em termos do contrato que conforma também quem é jogador e quem não é, como joga, e assim por diante, não há incerteza nenhuma. Ao contrário, tudo é previsto, até mesmo o fato de que os jogadores não podem ser sujeitos plenos, mas sujeitos “bem-sujeitados”, correndo senão o risco de ultrapassarem o limite do mundo das significações que os define e que define o próprio jogo.

Baseados nestas idéias, podemos dizer que um cotidiano institucional tem aparentemente esta “cara” exclusiva do mundo das significações. Entretanto, há uma complicação que redefine tudo na comparação com o jogo de xadrez e que, mesmo não dentro do mesmo esquema explicativo, é percebido por distintos pensadores. É mais ou menos a partir disto que Carlos Matus <sup>41</sup> denomina o jogo social de incerteza dura, pois os jogadores podem inclusive alterar a lógica do mundo das significações.

Mas, como isto opera?

Entendemos que o cotidiano institucional se expressa como uma dobra (uma prega) na qual, de um lado, há o “cenário” do mundo das significações, aliás de vários mundos das significações atravessados e não necessariamente compartilhados pelo conjunto dos agentes em situação institucional e, do outro lado, e talvez pelo cenário pouco estruturado dos atravessamentos dos distintos mundos das significações, opera um mundo distinto, o dos sentidos e sem sentidos, que se mostra através de “falhas” ocorridas no anterior.

Para pensar nisto, vamos nos reportar à vivência que temos no plano individual com o sonho, que muitas vezes aparece para nós como um outro, como algo que é ruidoso, mostrando “falhas” no nosso mundo da identidade, das significações, em que construímos nosso território existencial como o lugar de uma certa referência identitária e de desempenho de certos papéis, onde achamos que ali sabemos quem somos e onde capturamos estes processos diferentes, estranhos. Aí, em um sonho, percebemos que um outro em nós se revela, mostrando que aquele mundo de significações onde nos encontramos, definindo-nos e aos outros, pode ser “esburacado”, pois tudo que já tinha um

---

Gregório Baremlitt (Compêndio de análise institucional), Fernando Flores (Inventando a empresa del siglo XXI) e, em particular, Miguel Benasayag, em Pensar la libertad, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1996 - em quem nos inspiramos, particularmente, na análise realizada a partir do jogo de xadrez.

41MATUS, C. Política, planificação e governo. IPEA, Brasília, 1995.

sentido pode começar a se revelar sem sentido, ou mesmo a mostrar outros sentidos e, em alguns casos, este outro vem com tal força que a “captura” mostra-se difícil.

Como uma analogia, é possível imaginar, para além deste exemplo, no plano individual, que este processo ocorre nos lugares/arenas onde somos agentes institucionais coletivos, no interior de estabelecimentos institucionais como um serviço, com territórios de significações bem definidos (veja a idéia de contratos exposta anteriormente), mas nos quais também opera a existência de processos estranhos que mostram “falhas”, provocando ruídos cotidianamente neste esquema que almeja uma boa funcionalidade e que, sem dúvida, é muito marcado pela natureza e tipo de arena que está formada, pelos tipos de agentes em cena e pelos tipos de disputas que neles estão presentes.

Na dobra do sentido e do sem sentido operam estes “outros/estranhos”, tanto nos planos individuais como coletivos, isto é, há processos ruidosos operando dentro de cada singularidade, bem como entre elas. Além disso, operam buscando e possibilitando novos caminhos instituintes, como linhas de fuga do que está estabelecido, possibilitando a emergência de novos instituídos no mundo das significações, desterritorializando o anterior para novos e incertos trajetos.

Agem como forças que aparecem “do nada” e se fazem presentes de modo não funcional, causando estranhamentos no cotidiano.

Estas dobras, das significações e dos sentidos e sem sentidos, são expressões dos homens enquanto operadores do (e sobre o) mundo na sua busca desejante e criadora, que dá sentidos para si e para o mundo com suas ações, operando como uma máquina viva, não definida em todos os seus contornos, como um devir (poder acontecer), como homens em ação enquanto máquinas desejantes e políticas, criadoras de coisas substanciais a partir da virtualidade do mundo das coisas, do nada, e sendo, portanto, em potencial, uma incerteza em ação <sup>42</sup>.

Assim, o cotidiano não é, de modo exclusivo, nem de um lado o aparente/falso e o funcional, em que opera o mundo harmônico das identidades e papéis; nem do outro o lugar só do dissonante, mas sim uma dobra expressiva da simultaneidade destes mundos. O cotidiano é o lugar onde há permanentemente as mútuas invasões dos dois mundos entre si. É, portanto, onde se produz os “estranhamentos”, os “ruídos”, as “falhas” do mundo com sentido no instituído, e cheio de significados, onde os acordos e os contratos existem e funcionam, e ao mesmo tempo onde os instituintes impõem estranhamentos, quebras, linhas de fuga, novos possíveis em disputas.

O homem em ação é paradoxalmente dotado de sentidos, explícitos e não explícitos, um atuante permanente entre um dito e um não dito, mas não porque não queira dizer e sim porque não pode e não consegue dizer tudo, por não ser

---

<sup>42</sup>Uma grande parte desta elaboração é devedora da produção de Felix Guattari e Giles Deleuze, em suas elaborações conjuntas (em suas obras intercessoras).

um “ser pleno de (e da) razão”, por não ser exclusivamente “sujeito enquanto conhecimento”. Enquanto um sujeito desejante, operando inconscientemente tentando produzir um mundo para si, é um agente em ação que não pode ser tomado como o sujeito da razão, consciente, que a tudo pode representar, produzindo em ato, de modo permanente, o consciente e o inconsciente.

Por esta perspectiva, é possível dizer que debruçar-se sobre um serviço de saúde como uma arena de (e em) disputas, sob a ótica da informação, é abrir-se para a produção da informação como uma ferramenta analisadora que pode nos auxiliar para agir nos interstícios dos processos instituídos, ao mostrar os “ruídos” do mundo dos sentidos e sem sentidos sobre o das significações permitindo, a partir deste próprio mundo (o das significações), perceber os ruídos “espontâneos” e “naturais” de situações cotidianas singulares, ou mesmo os ruídos “provocados”, com pretensão analisadora, que podem possibilitar possíveis aberturas para processos mais públicos, partilháveis entre os operadores do cotidiano e nos quais se possa, através de uma certa tecnologia, atuar conformando novos sentidos para o serviço, enquanto uma certa arena institucional.

### **COMO A INFORMAÇÃO PODE SER UMA PODEROSA ARMA ANALISADORA AO PERMITIR OPERAR SOBRE OS RUÍDOS DO COTIDIANO NOS SERVIÇOS**

Para avançarmos na elaboração de algumas idéias na direção do parágrafo anterior, temos diante de nós pelo menos duas questões-chave:

- de um lado, aquela que procura pensar sobre o cenário de um serviço de saúde como um lugar de produção (em um duplo sentido) tanto de relações quanto de bens/produtos;
- e, de outro, aquela que possibilita interrogar sobre como se pode pensar sobre a informação em saúde na dinâmica cotidiana deste processo de produção dos serviços, enquanto uma ferramenta a revelar “as falhas” das ações de saúde no seu cotidiano, e com isso remeter a análise sobre os seus sentidos.

#### **O cenário de um serviço assistencial como lugar de produção de relações e de bens/produtos: falando sobre tecnologias em saúde**

Ao procurar descrever o que estamos querendo dizer neste item, lançaremos mão de uma discussão que envolve o tema da tecnologia em saúde, pois acreditamos que através dela podemos expor, de um modo mais claro, o significado do tema da produção de relações e de bens/produtos neste campo de atividades sociais - além de podermos considerar a informação como uma ferramenta de análise dos sentidos das ações (de saúde) e de seu operar ruidoso, na busca da abertura de novas possibilidades de agir em saúde.

O caminho que adotaremos para pensar sobre a tecnologia em saúde é o de fazer uma reflexão sobre sua incorporação no interior das práticas

assistenciais, a partir do paradigma da micropolítica do trabalho vivo em saúde <sup>43</sup> para conseguirmos, então, explorar a temática da informação nos moldes expostos neste texto, ou seja, o de uma ferramenta analisadora a provocar e/ou revelar “as falhas” das ações de saúde, no cotidiano dos serviços.

Na busca de uma descrição mais didática deste tema, que se mostra um território muito pouco consensual no conjunto das produções teóricas sobre o campo da saúde, procuraremos apresentá-lo sob a forma da enumeração e descrição de algumas teses que possam demonstrar os nossos referenciais mais importantes a fim de pensarmos esta questão da tecnologia em saúde.

Vejam os:

*tese 1 - falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho; e falar em trabalho é falar em ação intencional sobre o mundo na busca da produção de “coisas” (bens/produtos) - que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos - que satisfaçam necessidades;*

*tese 2 - a ação intencional do trabalho realiza-se em um processo no qual o trabalho vivo em ato, possuindo de modo interessado instrumentos para a ação, “captura” interessadamente um “objeto/natureza” para produzir bens/produtos (as coisas/objetos); e que pode ser esquematicamente visualizado no desenho, exemplificado a partir do trabalho de um artesão-marceneiro <sup>44</sup>, em geral; e no qual o trabalho em si atua como trabalho vivo em ato e os instrumentos de trabalho, bem como a organização do processo, como trabalho morto. A rigor, a própria matéria-prima é trabalho morto, pois ela não é um dado bruto da natureza, mas é um produto de um trabalho vivo anterior que a produziu como natureza modificada;*

*tese 3 - o modo do trabalho vivo em ato realizar a captura do “mundo” como seu objeto é vinculado ao modo como o trabalho vivo que o antecedeu, e que agora se apresenta como trabalho morto, atua, enquanto um determinado processo de produção também capturante, mas agora do próprio trabalho vivo em ato, e que se expressa como um certo modelo (dentro de um certo modo) de produção;*

*tese 4 - neste modo de possuir, o trabalho vivo em ato opera como uma máquina de guerra política, demarcando interessadamente territórios e defendendo-os; e, como uma máquina desejante, valorando e construindo um certo mundo para si (dentro de uma certa ofensiva libidinal);*

*tese 5 - este modo de possuir (como produção) instrumentos e pedaços da natureza, produzindo-os como ferramentas e objetos, dando-lhes uma razão instrumental, apresenta-se como tecnologia enquanto saber. As máquinas-ferramentas, por sua vez, são suas expressões como tecnologias-equipamentos;*

<sup>43</sup>Neste particular, ver o texto do autor “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato”, que está sendo publicado nesta mesma edição.

<sup>44</sup>Este esquema está sendo usado no texto “Em busca do tempo perdido...”, acima referido.



*tese 6 - as máquinas-ferramentas são expressões tecnológicas duras, das tecnologias-saberes (leve-duras) e, como equipamentos tecnológicos, não têm razão (instrumental) por si, pois quem a torna portadora desta intencionalidade racional-instrumental é o trabalho vivo em ato com seu modo tecnológico (seu modelo de produção) de agir;*

*tese 7 - o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação. Além disso, atua distintamente de outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção;*

*tese 8 - o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades <sup>45</sup>, para além dos saberes <sup>46</sup> tecnológicos estruturados;*

*tese 9 - por isso, classificamos as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como <sup>47</sup>: leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais);*

*tese 10 - no trabalho em saúde não cabe julgar se os equipamentos são bons ou ruins, mas qual razão instrumental os estão constituindo e dentro de que jogo de intencionalidades; cabendo, portanto, perguntar sobre que modelagem de tecnologia do trabalho vivo em ato se está operando, como ela realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas, e o lugar que os usuários/necessidades, como intenção, ocupa na rede de relações que a constitui;*

*tese 11 - o trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves como em uma dobra: de um lado, como um certo modo de governar, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado, como uma certa maneira de agir para a produção de bens/produtos; sendo uma das dimensões*

---

45ver o texto “O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)”, parte da publicação *Movimento Sanitário 20 anos de democracia*, comemorativa dos 20 anos do CEBES, organizada por Sonia Fleury, e no qual desenvolvemos o conceito de relações intercessoras para trabalhar conceitualmente com estas questões. Uma parte deste texto será apresentada mais adiante.

46 Neste particular, é muito interessante a reflexão sobre a Psicanálise de Castoriadis, C. *Encruzilhada do Labirinto I*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

47 Adiante, no próximo item, estaremos retomando esta classificação de modo mais descritivo.

*tecnológicas capturantes que dá a “cara” de um certo modelo de atenção;*

*tese 12 - para compreender os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, portanto, deve-se tomar como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve, e os seus modos de articulação com as outras;*

*tese 13 - a tecnologia em saúde, dividida em tecnologia leve, leve-dura e dura, permite expor a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo, pelo morto, e vice-versa, no interior dos distintos modelos tecno-assistenciais em saúde;*

*tese 14 - a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, se expressa como processos de produção de relações intercessoras em uma de suas dimensões chaves, que é o seu encontro com o usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde como sua intencionalidade <sup>48</sup>, e, portanto, aquele que pode com seu interesse particular “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena do trabalho em saúde;*

*tese 15 - 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 intercessores, as das relações, que se configuram, por exemplo, através das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização <sup>49</sup>, entre outras;*

*tese 16 - deste lugar pode-se interrogar o formato de realização da tecnologia das relações, como um mecanismo analisador estratégico dos modelos de atenção em saúde, que tem capacidade de expor intensamente “as falhas” dos mundos do trabalho em saúde, como o “jogo” dos sentidos e sem sentidos das práticas de saúde;*

*tese 17 - o sentido deste 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 aquele que se articula com os processos de “governar” estabelecimentos (enquanto equipamentos institucionais), e nos quais se faz presente o encontro do trabalho vivo em ato com os distintos agentes e processos vinculados aos diferentes espaços da gestão.*

Neste sentido, interrogar tanto as lógicas de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto em saúde ou vice-versa, quanto o modo de governar o processo de trabalho e a organização, tornam-se perspectivas vitais para uma informação

---

48 As reflexões de Gastão Wagner de S. Campos sobre a saúde como um bem de uso para o usuário e seus contrastes com a sua formatação como bem de mercado para os serviços e produtores são fundamentais para esta análise. Neste sentido, ver Reforma da reforma. São Paulo, Hucitec, 1992.

49 Aqui, autonomização está referida ao processo intersujeitos que põe em xeque a produção da autonomia, como graus (capacidade) de governar o “modo de caminhar na vida”.

em saúde que tenha o compromisso de revelar “as falhas” nos cotidianos dos serviços de saúde, na busca da construção de um compromisso público com a vida do usuário, individual e/ou coletivo.

Nesta direção, procuraremos mostrar algumas possibilidades de operar a informação em saúde, para além do modo predominante como a mesma vem se constituindo <sup>50</sup>.

### **procurando interrogar os modos de ação das tecnologias em saúde (leves, leve-duras e duras)**

Agora, após esta breve descrição de algumas características do processo de produção em saúde, tentaremos mostrar como operar dentro deste esquema com a informação como uma ferramenta interrogadora dos sentidos e significados do agir em saúde, na possibilidade de se buscar novos referenciais ético-políticos, que se apresentam como ruídos no seu interior.

Em primeiro lugar, vale destacar, que corriqueiramente quando temos que pensar, ou mesmo falar sobre a informação em saúde nos serviços, somos imediatamente tomados pela idéia de que neste campo encontra-se uma boa parte dos principais problemas que os serviços de saúde têm passado, que representamos como a carência da informação dos profissionais de saúde, tanto no sentido dos dados que podem registrar algumas dimensões dos serviços, quanto as que podem se referir à sua própria população alvo.

Assim, no sentido mais comum - que é aquele que identifica a informação como uma ferramenta que só pode, e mesmo que só deve, apontar funcionalidades (ou mesmo a sua outra face: a disfuncionalidade), no interior dos processos organizacionais - apregoa-se que a montagem de sistemas de informações em saúde seria um bom antídoto gerencial para o enfrentamento de uma boa parte dos problemas em saúde, por se entender que a sua “correta” montagem permitiria uma verdadeira visão das necessidades de saúde e dos modos necessários de operar os modelos de atenção, vistos como funcionais para enfrentá-las; o que permitiria, inclusive, planejar/programar da melhor forma possível o conjunto dos recursos necessários para efetivá-los.

Novamente, sem querer negar como um todo estas possibilidades, mesmo porque os processos instituídos, expressos enquanto “o” mundo de significações, têm essencialmente estas características sistêmico-funcionais, gostaríamos de chamar a atenção ao fato de que ao se pensar deste jeito, quase de modo exclusivo sobre o setor saúde, acaba-se por se restringir à perspectiva de que os problemas de saúde seriam unicamente do tipo bem estruturados, e assim, permeáveis a uma representação, imediata e direta, por um “pool” de indicadores e coeficientes, bem estruturados, elaborados a partir de

---

<sup>50</sup> Neste sentido, consultar CAMPOS, Francisco E. de. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde* (tese de doutoramento, apresentada na ENSP/FIOCRUZ, R.J., 1988) e Moraes, Ilara H. S. de. Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. S.P./R.J., Hucitec-Abrasco, 1994.

saberes, também bem estruturados, como a demografia, a epidemiologia, a clínica, e que possibilitariam expressar o que deveria “verdadeiramente” ocorrer de modo funcional no dia-a-dia dos serviços de saúde. E, com isso, “falhas” e “ruídos”, em vez de serem escutados como emergência de possibilidades de novas intencionalidades no campo de ação, fundamentalmente no campo das necessidades, seriam vistas como “disfunções” a serem corrigidas.

Deste modo, operar neste campo de atividades como se o mesmo fosse só captador e portador da lógica sistêmica e instrumental das práticas - sob a idéia de que os serviços de saúde funcionariam como “máquinas cibernéticas”, a exemplo de um computador, que tem um hardware (estrutura), um modo fechado de operar (processo) e produzisse resultados bem definidos, e passíveis de serem apreendidos plenamente pela conformação de um sistema de informação baseado na exclusiva lógica destes indicadores de estruturas, processos e resultados em saúde - é negar a expressão vital e estratégica da informação como uma poderosa ferramenta que pode contribuir para os processos de intervenção institucional, na linha que temos sugerido até agora.

Além disso, dentro deste paradigma que tem conformado uma visão preponderante sobre a saúde, hoje em dia, todas as dobras possíveis da tecnologia em saúde se reduziram aos processos bem estruturados, ao predomínio do trabalho morto contido nas tecnologias leve-dura e dura - não permitindo-se uma abertura para novas possibilidades de se trabalhar com outras dimensões tecnológicas.

Operar nestas novas possibilidades é ir além da informação como uma ferramenta que é exclusivamente possuidora de uma lógica instrumental sistêmica, pois a mesma tem que se tornar analisadora dos jogos instituintes e instituídos que atravessam permanentemente as instituições de saúde.

Para avançarmos nesta direção, devemos superar a visão simplista de que há um despreparo das equipes de saúde para trabalhar com a informação, pois esta só é vista sob a ótica restrita da lógica da montagem dos sistemas de informações em saúde, no qual o conjunto dos problemas tem sido: como montar indicadores, como coletá-los, como processá-los e como devolvê-los aos dirigentes. Pois, no dia-a-dia, o conjunto dos diferentes profissionais na área de saúde, seja nos serviços públicos ou privados, hospitalares ou não, operam constantemente com a produção de dados e informações, dentro de suas lógicas “particulares” de exercerem seus autogovernos, e sem serem coletiva e publicamente interrogados sobre o sentido deste modo de operar, e em torno de uma busca de processos mais públicos e compromissados com o usuário final das ações de saúde.

Por isso, cabe pensarmos sobre o que cotidianamente tem virado informações, nos serviços de saúde? Como? Informação do quê? E, afinal de contas, o que se faz com esta quantidade enorme de dados que são produzidos e coletados em nome dos sistemas de informação? Servem para quê? Com que finalidade opera-se com outras informações? Como? E ainda, o trabalhador que

opera o dia-a-dia, usa qual informação? Produz qual? Evidencia-as nos processos gerenciais mais públicos? Como?

De uma maneira rápida, se olharmos para estas questões no dia-a-dia dos serviços, perceberemos que os dados que são utilizados mais cotidianamente, servem para a construção de determinados tipos de serviços e de determinadas maneiras de geri-los, e não de outros; ou mesmo, servem privadamente de modos distintos para intenções distintas e conflituosamente operantes no dia-a-dia. Por isso, este processo em si é um grande ruído a ser percebido, pelos gestores dos estabelecimentos de saúde.

Para dar conta destes novos modos de olhar para o tema da informação, como ferramenta analisadora e como instrumento efetivo de ação, de todos que se encontram em processos de governos - lembrando aqui a máxima de Matus de que todos governam - procuramos em situações concretas desenvolver métodos de análises dos processos de informação em serviços de saúde que possibilitem expor o jogo gerencial público e privado que impera no cenário dos estabelecimentos (equipamentos institucionais) de saúde.

Nesta discussão, tomamos como primeiro passo o uso de ferramentas analisadoras, que operam com a informação, possibilitando a exposição do modelo cotidiano (instituído) de construir uma certa modalidade de atenção à saúde, imperante no serviço, e expressão da rede de articulação dos vários níveis tecnológicos das práticas de saúde.

Para isto temos feito um uso intenso de uma ferramenta analisadora, o “fluxograma analisador”, a partir do qual procuramos ir penetrando as distintas lógicas institucionais que atuam em um dado serviço sob foco analítico <sup>51</sup>.

Com este texto, do capítulo apontado acima, que explicita o uso do fluxograma, cremos que fica mais claro a discussão sobre a necessidade da informação em saúde ser uma ferramenta analisadora do modo como as tecnologias em saúde operam nos modelos de atenção e as possíveis linhas de fuga que se apresentam, para podermos repensá-los.

Uma parte da reflexão que extraímos deste tipo de análise, para a construção das ferramentas analisadoras, como esta, e que aponta para novas possibilidades no campo da informação em saúde, está também apresentada em um outro texto<sup>52</sup> que produzimos, baseados na visão teórica da micropolítica do trabalho vivo em saúde, para uma compreensão crítica dos vários projetos intervencionistas e mudancistas do movimento sanitário brasileiro, neste contexto atual de “Ajuste Econômico” - que no dizer de vários estudiosos argentinos <sup>53</sup> refere-se ao atual momento de reformas neo-liberais que passamos na A. Latina, no que toca a relação entre o Estado e a sociedade.

---

51 Para ver a definição e uso desta ferramenta, ver em detalhe o capítulo “Em busca do tempo...”

52 Neste sentido, veja citação do rodapé número 112.

53 Neste sentido reporte-se aos trabalhos de Mario Testa; Celia Iriart e Francisco Leone (Las políticas de salud en el marco del ajuste. Cuadernos Médico Sociales, 1995), sobre os atuais processos de reformas das instituições de saúde na Argentina, no interior do Governo Menem.

Neste outro material, em um trecho denominado **“Dos ruídos do cotidiano a novos modos de gerir e trabalhar em saúde - as possibilidades de algumas ferramentas que armam os olhares (analísadores)”**, afirmamos na busca de dispositivos que permitissem analisar e intervir em processos institucionais no campo da saúde, o seguinte:

Com a compreensão destas questões, não fica difícil entender da possibilidade de se criar analisadores institucionais sobre o espaço intercessor em saúde, que permitam interrogar o modo como o trabalho vivo opera com esta “tecnologia leve das relações” e como produz estes “produtos da intersecção”, que consideramos como “bens-relações” fundamentais em saúde; e que também permitem analisar o modo como o processo de gestão do trabalho se realiza, apropriando-se do espaço institucional da gestão organizacional, inclusive expondo a dinâmica da relação de apropriação pública ou privada deste processo.

Através da interrogação sobre o processo de trabalho do ponto de vista, por exemplo, do acolhimento, podemos demonstrar a potencialidade deste caminho para se repensar processos de trabalho em saúde, além de permitir a abertura para um olhar sobre o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato; potencialidade que se expõe nas distintas possibilidades de linhas de fuga que podem se constituir no interior do processo produtivo e gerencial.

Vale a pena, antes, falar um pouco sobre o que pode significar a perspectiva de operar em um terreno que pretende criar “ferramentas” para intervir em processos institucionais, produtores de “bens-relações”. Parece-nos, mesmo que de uma maneira não tão elaborada, que isto não deve ser muito idêntico aos modos de como se atua em processos produtivos mais diretamente vinculados à realização de um produto material explícito e bem definido, além de ter algumas implicações distintas sobre a compreensão do que deve ser entendimento sob a ótica do saber tecnológico.

Como já dissemos em vários outros momentos, tecnologia não é confundida aqui exclusivamente com instrumento (equipamento) tecnológico, e nem é valorizada como algo necessariamente positivo, pois damos a este termo uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo. Deste modo, uma máquina como um computador não seria em si a grande representação de uma tecnologia, mas sim a de um equipamento tecnológico como expressão de uma tecnologia, que se apresenta para nós como saberes que buscam na máquina-computador uma ferramenta que possibilita operar com processamentos rápidos e massivos de dados, por exemplo. A tecnologia mais estratégica, neste caso, seria então o saber, ou saberes, que permitiram construí-la e que estão comprometidos com a realização de determinadas finalidades previamente postas para os processos de trabalhos que lhe são pertinentes.

Nesta perspectiva, tratamos a clínica e a epidemiologia como saberes tecnológicos, por serem saberes que são produzidos comprometidamente com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano sobre os “processos da vida, como a saúde e a doença”. E que estão, deste modo, imediatamente implicados com processos de intervenção. São distintos, nesta dimensão, de outros saberes que não tenham esta implicação imediata.

Entretanto, isto não lhes retira a possibilidade de estarem também produzindo

conhecimento sobre a realidade de modo não imediatamente comprometido com a ação operatória. Um saber tecnológico opera em uma dobra na qual, de um lado, expressa seu compromisso com a “razão instrumental” e, de um outro, com a “razão teórica”. Devendo como tal estar aberto às leituras de seus pressupostos de construção, de suas intencionalidades e finalidades, em ambas as dimensões.

De um lado reverso, um saber que se proponha a ser conhecimento científico mais do que tecnológico, também apresenta esta dobra de revelar “o mundo” e de permitir uma ação sobre ele.

Mas aqui estamos operando com saberes que têm uma distinção importante a se considerar e que é o fato de como um saber tecnológico está imediatamente referido e concretizado em processos de trabalhos bem definidos, que expõem diretamente suas intencionalidades.

Entretanto, tudo indica que, quando estamos diante de uma “tecnologia do tipo leve” (como o acolhimento, o vínculo, etc. ), a situação é um pouco distinta de quando estamos frente a uma “tecnologia do tipo dura” (como a de se realizar uma conduta totalmente normatizada), e isto nos mostra que, no operar das leves, como a própria clínica (leve-dura) ou as das relações (leve), o processo operatório é bem mais aberto ao modo de proceder do trabalho vivo em ato. O que também permite-nos redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa, ela sempre é em processo, em produção. (Aqui temos que rever a noção cara às políticas de saúde pública, que opera com o conceito de escassez permanente e o de priorização focal excludente).

Neste sentido, procurar ferramentas para operar sobre relações institucionais é uma tarefa um pouco mais árdua do que estar tratando de um processo bem definido e normatizado, pois ele vem impregnado de uma quase igual importância tanto do seu lado de instrumentalizar a ação humana de intervir na realidade, como em um processo de trabalho, quanto do seu lado de estar revelando “o mundo” e seus sentidos e significados para os “operadores/interventores”. Afinal, estamos diante de uma situação muito parecida com a dinâmica do trabalho vivo na saúde, que nos põe diante de uma realidade operatória que é sempre um “em processo”, um “dando”, no qual os homens são ao mesmo tempo operadores, sujeitos e objetos dos trabalhos-intervenções.

A perspectiva de construir analisadores ruidosos para a compreensão de processos de trabalho em saúde é marcada pela idéia de se criar dispositivos que tenham o compromisso com a abertura de linhas de fuga em processos instituídos e reveladores dos interesses em disputa, mais do que com a produção de receitas sobre como construir o trabalho de saúde, correto e certo.

A criação destes dispositivos não obedece a um processo aleatório qualquer, pois, como já dissemos, tais dispositivos estão marcados pelas distintas lógicas instituintes que operam no interior dos processos de trabalho em saúde. Assim, tomar os processos instituintes que operam no interior dos espaços intercessores e tentar operar com ferramentas-dispositivos que “abrem” estas presenças lógicas é uma perspectiva vital para a criação de “olhares analisadores ruidosos” sobre o modo como se constituem as práticas de saúde, suas tecnologias e direcionalidades, bem como seus modelos de gestão.

Em algumas experiências em serviços nas quais vivenciamos estas situações, estivemos diante de uma situação-problema que mostrava que um determinado grupo populacional - crianças desnutridas - só tinham acesso aos serviços da rede básica de saúde quando estavam “sem problemas imediatos”, pois sempre que apresentavam uma “intercorrência” eram recusadas (nunca havia vaga, filas enormes para chegarem à

recepção, etc. ) e acabavam sendo atendidas em um “pronto-atendimento” qualquer, sem o mínimo compromisso médico-sanitário e sem capacidade resolutive.

Frente a uma situação deste tipo, consideramos como fundamental pôr o conjunto dos trabalhadores das unidades de saúde em situação, produzindo um certo conhecimento sobre o seu cotidiano, sobre o seu modo de trabalhar para que, a partir de então, interrogassem este cotidiano e pensassem sobre a situação-problema.

Trabalhamos intensamente com o “fluxograma” (veja citação anterior do texto “Em busca do tempo perdido....”), com o qual fizemos coletivamente uma análise dos processos de acolhimento que permeavam o modelo de atenção em pauta.

Tal acolhimento adquiriu, inclusive, uma dupla dimensão nas discussões, pois se de um lado era uma etapa do conjunto do processo de trabalho, realizado em serviços concretos, em particular no momento da recepção destes serviços, que estabelecia o modo como o serviço fazia o seu primeiro contato com a sua clientela, em um processo mútuo de reconhecimento - no qual o usuário se reconhecia como cliente daquele serviço e o serviço o reconhecia como um usuário com direitos em relação ao serviço realizado -, criando suas barreiras e mecanismos de acesso; por outro lado era também uma tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde que ocorria em todos os lugares em que se constituíam os encontros trabalhadores-usuários.

Nestas experiências, dentre as quais destacamos a da rede municipal de Belo Horizonte, vivenciamos um processo coletivo diretamente comprometido com a busca de ferramentas analisadoras que procuravam mostrar com mais clareza o nosso papel de construtores e/ou fazedores de processos interrogadores, que permitissem pôr em questão o espaço da gestão do processo de trabalho, lugar privilegiado de realização do trabalho vivo em ato, junto ao conjunto do processo de trabalho em si.

Com isso, conseguimos criar modos de intervir no interior do processo de trabalho, nas unidades de saúde, no espaço dos “autogovernos”, através de situações interrogadoras da forma como se opera no espaço da gestão (no qual se decide a partir de pressupostos ético-políticos, que se refletem em lemas e missões, em que se atua de modo público e/ou privado, com compromissos de responsabilizações mais ou menos aderidas aos usuários, etc.), além de procurar pôr em xeque o modo como se desdobravam as realizações de um trabalho em ato, em um outro trabalho em ato, cristalizados nas configurações de intercessores destes trabalhos como construção conjunta trabalhador-trabalhador; além de expor na relação trabalhador-usuário as práticas de produção do acolhimento, bem como do vínculo e da responsabilização. Tudo isto nos permitiu analisar o quanto os trabalhadores estavam efetivamente comprometidos ou não com os processos de “autonomização” do usuário no seu modo de andar a vida, e com as ações de defesa da vida individual e coletiva.

Esta busca de ferramentas disparadoras destes processos de interrogação sobre o trabalho vivo em ato, que podem abri-lo para novos modos instituintes e a possibilidade de seu compartilhamento público no interior dos coletivos de trabalhadores, foi o grande desafio destes trabalhos experimentados em serviços.

No que toca em particular a relação de intersecção de um trabalho em ato com outro em ato (trabalhador-trabalhador), operamos com uma ferramenta analisadora distinta do fluxograma, que é a “rede de petição e compromisso”, a qual permitiu abrir uma caixa-preta das relações micropolíticas institucionais reveladora dos tipos efetivos de contratos, como compromissos estabelecidos, que os vários agentes institucionais em cena realizam entre si, em um processo silencioso, muitos dos quais obedecendo a um padrão do tipo



“pacto da mediocridade”, no qual o usuário sai sempre como o grande prejudicado.

Esta rede pode ser organizada em qualquer situação em que se identifique um certo jogo entre forças institucionais bem territorializadas que realizam e cristalizam interesses de distintos tipos e que se organizam com linhas de forças, disputando as várias lógicas que a instituição está expressando, explícita ou implicitamente. De um modo genérico, uma rede de petição e compromisso para a análise do modelo de gestão do processo de trabalho e do equipamento institucional deve ordenar, para interrogar, uma rede de expectativas entre as unidades produtoras que atuam no interior de um equipamento institucional governando recursos e fins.

Estes processos expõem privilegiadamente a dinâmica de prestador-consumidor intra-equipamento, porém podemos também abrir com ele o jogo de expectativas envolvido na relação entre o serviço e o usuário final das práticas de saúde, procurando problematizar as próprias disputas entre o que são necessidades do ponto de vista do modelo de atenção e do ponto de vista do usuário, abrindo uma reflexão sobre representações sociais do sofrimento como doença e dos agravos como problemas de saúde e o seu modo de incorporação pelos serviços. Isto para que, em última instância, possamos perguntar: é deste jeito que vale a pena trabalhar? É isto mesmo que queremos produzir como resultados?

Neste sentido, e para haver a possibilidade de viabilizar as respostas às questões acima, o conjunto das ferramentas analisadoras devem ter a capacidade de instrumentalizar o conjunto dos trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho, em pelo menos três campos de interrogações sobre os modelos de atenção e os processos gerenciais, e que são:

a. devem ter a capacidade e sensibilidade, como qualquer instrumento, para abrir a caixa-preta sobre “o como” se trabalha, e neste sentido revelar qualitativamente o modo de operar cotidianamente a construção de um certo modelo de atenção em serviços concretos;

b. devem ter a capacidade e sensibilidade para revelar “o que” este modo de trabalhar está produzindo, e assim mostrar em que tipo de produtos e resultados se desemboca com este modo de operar o cotidiano do trabalho em um dado serviço;

c. devem também, pelo menos, ter a capacidade e sensibilidade de permitir a interrogação sobre o “para que” se está trabalhando, tentando revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços. Este momento é privilegiadamente uma interrogação sobre os princípios ético-políticos que comandam a existência de um serviço de saúde.

A perspectiva de revelar o agir tecnológico como um lugar que mostra uma dimensão estratégica da produção de “falhas” no interior dos serviços de saúde é por nós tomada como um desafio fundamental, hoje, para se repensar as práticas e os modelos de atenção. E, neste movimento, o lugar especial que o agir tecnológico do trabalho vivo em ato, na sua expressão tecnológica leve, tem de ocupar, tanto no que apontamos na linha da produção de bens/produtos vinculados ao processo de consumo em busca da produção da saúde, quanto no modo de operar para governar os processos institucionais.

Isto permite, enfim, ao coletivo dos agentes interessados nestes processos, responder se vale a pena fazer do jeito que se está fazendo, e deste

modo pôr em xeque os distintos processos capturantes, abrindo-se para novos mundos de significações, mais publicamente interrogáveis e ético-politicamente comprometidos com a capacidade que o trabalho em saúde tem em ser uma poderosa arma em defesa da vida individual e coletiva.

Antes, porém, de concluir estas análises propostas neste texto, vale destacar um pouco mais algumas questões referentes aos processos de intervenção do trabalho vivo em ato no seu *governar* (gerir) as relações institucionais, em particular o próprio processo de trabalho.

O lugar central ocupado pelo trabalho em saúde como núcleo vital para a conformação micropolítica dos processos de produção de saúde e dos modelos de intervenção já deve ter ficado claro, inclusive devido ao tipo de análise que atravessa toda a linha de produção deste material. Ademais, deve ter ficado bem explicitado o lugar estratégico ocupado pelo trabalho vivo em ato no interior destes processos, tanto no que se refere aos momentos propriamente produtivos que geram os bens/produtos das ações de saúde, quanto os que se vinculam às intervenções gestoras pertinentes a estes processos produtivos.

E, exatamente por procurarmos caminhar nesta direção, sentimos como é estratégico compreender o movimento de um conjunto de conhecimentos (inter ou mesmo transdisciplinares) que tem tomado como seu tema a questão das tecnologias de controle dos processos de gestão do trabalho em ambientes organizacionais produtivos, para verificar de que modo podemos dispor das distintas contribuições que permitem abrir as “caixas-pretas” que se conformam nestes processos institucionais. Isto possibilitaria novas visibilidades dos modos concretos como os processos de captura do trabalho vivo são realizados, nos sentidos da produção em si e da sua gestão, e configurados pelos desenhos adquiridos pelas distintas formas de expressões tecnológicas do trabalho em saúde e pelos lugares que ocupam nestes processos as distintas intencionalidades imprimidas pelos sujeitos institucionais, componentes (e compostos) no interior destas organizações produtivas (os serviços de saúde), como os trabalhadores, os usuários, os governantes, sob suas diferentes configurações e composições.

Nesta linha, pedindo ajuda para alguns saberes, como aqueles que se conformaram no interior da teoria geral da administração, podemos dizer que este campo de conformação de tecnologias de gestão permite mostrar uma dimensão fundamental das tecnologias leves e leve-duras, que é aquela articulada aos processos de governar organizações produtivas e processos de trabalho.

Este é o sentido mais geral do conjunto destes conhecimentos, que já tínhamos em mente, quando realizamos uma reflexão específica sobre o planejamento como tecnologia de gestão em um texto <sup>54</sup>, a partir das produções

---

54 Ver o texto “Planejamento como tecnologia de gestão...”, no livro organizado por Edmundo Gallo (Razão e planejamento, editado pela Hucitec, em 1994). Ver, também, no livro de Fernando Prestes Mota (Introdução à teoria geral da administração) um apanhado mais geral

mais sistemáticas de Taylor e Fayol, no começo do século XX.

De distintas maneiras, mas não necessariamente de modo conflitante, estes autores buscavam respostas tecnológicas para o desafio de governar processos e organizações produtivas. E, nesta direção, abriram uma picada na produção de conhecimentos sobre a gestão do processo de trabalho e das organizações, como uma maneira de responder sobre o *como*(?) se realizavam as missões (o *para quê?*) das organizações-empresas. Elementos que em sua junção poderiam expor tanto as finalidades que de fato comandam o conjunto dos processos de trabalho cotidianamente realizados (como um articulado mundo das significações diariamente efetivado no processo de captura que o trabalho vivo sofre, expresso nos modos como são operadas as tecnologias em saúde), quanto exporiam a sua outra dobra, o mundo dos sentidos e dos sem sentidos, na qual as distintas intencionalidades se fazem presentes, através da geração dos “ruídos” ou “falhas” expressas neste cotidiano e no modo como se trabalha e se opera com os jogos de necessidades, no interior dos serviços de saúde.

## **OLHANDO DE PERTO UMA SITUAÇÃO ANALISADORA: O RELATO DE UM CASO**

Na descrição que se segue, é nossa pretensão ofertar ao leitor uma descrição de um caso que vivenciamos em um serviço de saúde em conjunto com a sua equipe de trabalhadores, para que possamos ter uma visão bem mais efetiva de muitas das questões levantadas até agora.

Não temos a pretensão de esgotar todo o potencial analisador que vivenciamos, pois este de fato se realiza quando a equipe de trabalhadores se encontra em situação coletiva de análise. Procuraremos, entretanto, demonstrar como as ferramentas utilizadas permitiram a esta equipe operar com a informação na direção de uma prática interventora sobre parte dos processos micropolíticos, constitutivos dos seus modos de ação em saúde.

Vejamos:

Este trabalho foi realizado no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), em Campinas, São Paulo, que presta assistência em saúde mental e vem participando, nos últimos seis anos, do movimento antimanicomial no Brasil.

Procuramos realizar, através da trajetória vivenciada pelo usuário P.G.S., de janeiro de 1988 a outubro de 1996 ( desde seu primeiro contato com este estabelecimento até a sua transferência para internação, em outro estabelecimento de saúde mental), uma análise interrogadora do modelo de atenção em saúde mental que vem se construindo naquele serviço.

Para operar nesta direção, tivemos a sua relação com o Hospital Dia<sup>55</sup>

---

sobre a produção de conhecimento no campo da tecnologia de gestão de organizações produtivas.

55 O SSCF é composto por quatro Unidades Assistenciais: o próprio Hospital Dia (HD), o Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT), a Internação de agudos e Moradores.

como eixo. Entretanto, a partir deste, foi possível mostrar a rede de “petição e compromisso” (as inter-relações) entre o conjunto dos equipamentos assistenciais ofertados pelo SSCF: HD, NOT, Internação e Moradores. Para tal, utilizamos como fontes, na elaboração deste fluxograma, as informações dos prontuários e entrevistas junto a alguns profissionais que participaram ativamente neste processo de atenção <sup>56</sup>.

P.G.S. é natural de Tanabi (SP), tendo nascido em 30 de outubro de 1961. Não está claro se chegou a viver em sua cidade natal, qual foi o momento e por que teria ido morar com suas tias em Campinas. É alfabetizado e já trabalhou como operário e vigilante. Segundo suas tias, após o início da doença em 1986, quando tinha 24 anos de idade, abandonou o emprego e não mais conseguiu fixar-se em nenhum outro, estando desempregado havia 6 meses na data da sua primeira internação no SSCF.

Em relação à sua história familiar, relatam que seu pai era alcoolista e, provavelmente, teria falecido quando P. tinha cerca de 17 anos, que sua mãe era uma “pessoa nervosa” e teria falecido quando ele tinha cerca de sete anos. Há referência a três primos alcoolistas (sendo um epilético) e a uma tia com deficiência mental, decorrente de uma meningite que teve quando criança.

Antes da sua primeira internação no SSCF, em 1988, há uma história de quatro internações em hospitais psiquiátricos, não ficando especificado em quais e nem se já residia em Campinas. Nesta primeira entrada no SSCF - que na época era ainda um sanatório tradicional - encontramos, no prontuário, como justificativa na guia de internação, o seguinte relato: “reagudizou um quadro que já teve antes: acha que querem envenená-lo, ideação delirante persecutória, interpretações delirantes. Em decorrência do delírio fica agressivo”.

A partir deste ano, teve cinco internações na Unidade de Internação deste estabelecimento conforme diagrama acima, sempre com encaminhamentos da UPU ( Unidade Psiquiátrica de Urgência ) do Hospital Universitário Celso Pierro, da PUCAMP, e com justificativas semelhantes: persecutoriedade, agressividade decorrente, acreditando que os parentes querem envenená-lo, além de jogar os remédios fora. Na 5ª internação, passa a ser absorvido pelo SSCF, tendo sido encaminhamento com pré-alta para o Hospital Dia.

A partir deste momento, apresentaremos o processo de atenção realizado, através da explicitação das etapas de um fluxograma analisador, como se segue:

vem o fluxograma 1 do fluxogramashd1 (só no livro)

1 - Em 9 de junho de 1993 P. chega ao HD encaminhado pelo setor de internação, 20 dias antes de sua alta (29 de junho), com o objetivo de aderir a

---

<sup>56</sup> As informações sobre a história pregressa de P. são pouco disponíveis nos prontuários. Encontramos um breve relato realizado por duas tias, com quem morava em Campinas, na época da internação de 15 de janeiro de 1988.

algum tipo tratamento, principalmente o medicamentoso.

2 - No mesmo dia, é feita a triagem (recepção esta feita por qualquer profissional, não médico da equipe). O caso é discutido entre a gerente do HD e uma profissional do serviço, confirmando-se o diagnóstico do encaminhamento: esquizofrenia paranóide. *Ruído: com que saber se está operando e quais suas implicações para um projeto terapêutico, com que arsenais tecnológicos?*

3- Decide-se por sua entrada no HD, para freqüentar o Grupo Marrom, com previsão de tratamento para seis meses. Manteve-se o mesmo objetivo da intervenção terapêutica do encaminhamento.

Grupo Marrom - Segundo a responsável na época, este grupo, com atividades três vezes por semana, era constituído de psicóticos com melhor nível de verbalização e pragmatismo. Este grupo, com o passar do tempo, acabou por se tornar um grupo misto pois, na prática, todos os quadros duvidosos, entre o enquadramento de psicose ou uma neurose grave, acabavam sendo absorvidos pelo grupo até uma melhor definição diagnóstica ser alcançada. *Ruído: grupo marrom é arsenal terapêutico com que finalidade, o que realiza, com que modo de trabalhar em termos das distintas configurações tecnológicas?*

4 - Durante os seis meses previstos adere bem ao grupo, com relato de melhoras em casa por suas tias. Embora permaneça certa persecutoriedade e relate uso esporádico de álcool, não deixou de usar medicação e não apresentou reagudização do quadro. *Ruído: o que é melhora?*

5 - Em dezembro de 1993, com a conclusão dos seis meses previstos, pensa-se em sua alta do HD para seguir tratamento no Centro de Saúde. Devido ao fato de P. apresentar-se resistente em relação à sua alta, e sendo esta percebida como uma possibilidade de provocar uma reagudização do quadro, decide-se pelo adiamento da mesma. *Ruído: baseado em que modelo pensa-se alta. P. resiste mostrando possível começo de "vínculo", o que a equipe do HD e do Grupo Marron achou disto?*

6 - Após a alta ser considerada inadequada para o momento, em janeiro de 1994 P. continua no Grupo Marrom.

Vem o fluxograma 2 do fluxogramashd1 (só no livro)

7- Em janeiro de 1994, a equipe do HD discutiu o caso e ficou decidido que P. não deveria continuar o tratamento no Grupo Marrom, com o objetivo de prosseguir o processo de alta e de estimulá-lo a procurar um emprego. É transferido para o Grupo Salmão.

Grupo Salmão: Segundo uma profissional do HD, é um grupo com menor freqüência de atividades, as quais ocorrem duas vezes por semana, constituído de psicóticos com nível de verbalização e contatos interpessoais mais preservados. *Ruído: é arsenal para que, como opera, o que realiza? E as*

*distintas tecnologias: como aparecem aqui?*

8- Até agosto de 1994 apresenta bom envolvimento com o novo grupo, aguardando vaga no NOT. *Ruído: como é feita a relação do HD com o NOT, qual a rede de petição e compromisso que está funcionando de fato e qual é a que se “deseja”?*

Ao final do mês consegue-se uma vaga na oficina de gráfica do NOT, porém P. começa a ausentar-se do HD. *Ruído?*

P. recusa-se a tomar medicação, agride fisicamente os familiares, momento em que suas tias telefonam para o HD pedindo ajuda.

9 - Diante desses acontecimentos, a equipe decide pela realização de visitas domiciliares.

10 - São realizadas três visitas domiciliares no mês de setembro de 1994.

11 - Para a terceira visita domiciliar, decide-se por trazer P. para ser internado na Unidade de Internação. *Ruído: em que o modelo de intervenção está falhando? A equipe discutiu isto como um problema? Como, quem, o que propôs?*

Vem com o fluxograma 3 do fluxogramashd1 (só no livro)

12- No dia 22 de setembro de 1994, P. dá entrada na Unidade de Internação para sua sexta internação.

13 - É feita a entrevista de triagem (processo realizado por qualquer profissional, não médico, da equipe e, quando necessário, é solicitada a avaliação clínica).

14 - Nesse momento do processo fica decidido que P. ficará internado.

15 - P. permanece internado durante 34 dias.

Durante o período de internação, a equipe do HD decide que a Dra. “X” manteria contato com P., porém não foram encontrados dados no prontuário que esclarecessem em que nível se deu este contato. *Ruído: que tipos de registros há, como são feitos, o que deixam de fazer, quem são os responsáveis?*

16 - Decide-se que P. terá alta da unidade de internação no dia 25 de outubro de 1994. *Ruído: como é feita a relação entre HD e Internação, qual a rede de petição e compromisso de fato, e o que se “deseja”?*

Vem com o fluxograma 4 do fluxogramashd1 (só no livro)

17- No mesmo dia de sua alta, P. retorna ao HD.

18 - Sua recepção é feita diretamente no Grupo Salmão.

19 - A partir de seu retorno ao HD, a equipe decide que P. continuará no

Grupo Salmão, sob a coordenação provisória de “Y”, até o retorno de “Z”, quando o caso será discutido novamente. *Ruído: o que têm significado as relações de P. com “X”, “Y” e “Z”, como foram feitas, com que grau de compromisso, com que ações terapêuticas, com que saberes e perspectivas?*

20 - Com o retorno de A. em novembro de 1994, cerca de um mês após a alta de P. da unidade de internação, decidiu-se pela sua permanência no Grupo Salmão.

21 - 12 de dezembro de 1994: P. apresenta delírios persecutórios, comparecendo de maneira irregular ao HD. Comparece corretamente, porém, nos dias de sua medicação injetável. *Ruído: mais uma vez há indícios positivos não explorados pela equipe?*

No início de janeiro de 1995, devido ao aumento de sua persecutoriedade, P. resolve abandonar o tratamento.

22 - Devido a sua ausência no dia 10 de janeiro de 1995, dia da medicação injetável, a equipe decide entrar em contato com a família, por telefone, para orientação a respeito do dia da medicação injetável de P.

23 - No dia seguinte ao contato telefônico, P. comparece ao HD. Em 13 de janeiro de 1995, P. relata estar melhor e que irá freqüentar o grupo com regularidade.

Nesta etapa do processo aconteceram fatos significativos que explicitaremos de acordo com as datas referentes:

07/02/1995 - A profissional “A” entra como observadora no grupo, com o objetivo de vir a ser sua nova coordenadora. No primeiro mês em que entra no grupo, esta considera que P. demonstra bom nível intelectual e que poderia ser melhor investigado - “Mereceria um investimento institucional... Necessário avaliar pragmatismo no sentido de outra ocupação.” *Ruído: que novo projeto é este, como se diferencia do outro?*

29/03/95 - P. rejeita a proposta de trabalhar no NOT, justificando que sua casa fica muito longe para iniciar tão cedo o trabalho (7:00 hs).

06/04/95 - Novamente, a profissional “A” questiona a situação de P. em reunião de equipe- “Creio ser preciso pensar e abrir algumas possibilidades junto a P., que já está aqui há um ano e nove meses.”

26/04/95 - P. pede, no grupo verbal, para a Dra. “B” substituir a medicação injetável por medicação oral.

24 - A Dra. “B” discute o pedido de P. com a profissional “A”, ficando decidida a substituição da medicação.

25 - Em 19 de maio de 1995, P. pede alta para dar continuação ao tratamento no centro de saúde próximo à sua casa. Neste momento lhe é explicado que, para ter alta definitiva, ele já teria que estar sendo atendido no centro de saúde de referência.

23/05/95 - No relato consta que P. não comparece nas duas últimas sessões.

26 - Devido a esta ausência, decide-se entrar em contato telefônico com a

família.

27 - Sua tia informa, neste telefonema, que P. tem bebido. Ele justifica, por telefone, que se ausentou devido a dores na coluna mas que retornará no dia seguinte.

23/06/95 - P. tem comparecido regularmente ao HD, por vezes falta às sextas-feiras. Inicialmente, ele se nega a concorrer a uma vaga na rouparia, alegando ser muito longe de sua casa, não compensando o esforço. Termina por dizer que talvez virá no horário marcado para a entrevista.

27/06/95 - No dia da entrevista, P. não comparece à rouparia e nem ao HD.

27/09/95 - P. é questionado a respeito de sua inserção no NOT, onde argumenta que não quer enfrentar ônibus diariamente e ganhar pouco.

P. vem freqüentando o HD, não especificado se de forma regular. Em 13 de outubro foi realizado contato telefônico para agendar uma reunião, momento este em que as tias solicitam sua internação

Em 17 de outubro de 1995, a gerente do HD recebe um recado, a pedido de P., de que fora internado, após uma crise, no Hospital Tibiricá (serviço de saúde mental de modelo mais tradicional, localizado em Campinas). *Ruído: tantos indícios de piora e não há intervenções mais efetivas. Mas, se há, quais são?*

18/10/95 - A profissional A.M. liga para o Hospital Tibiricá dizendo que P. faz tratamento no HD. *Ruído: HD responsabiliza-se como?*

20/10/95 - P. retorna ao HD e, durante a atividade desenvolvida, relata que foi ele quem quis ser internado no Hospital Tibiricá, pois pensava que lá poderia estar melhor do que no SSCF. Percebendo que era pior, solicita alta. *Ruído: novamente, sinais positivos de “vínculo”?*

28 - É levantada a possibilidade de P. ir morar no Lar Abrigado (“Lar”) - equipamento extra-hospitalar da Unidade de Moradores. Decide-se que as doutoras “A” e “B” irão à reunião de equipe da Unidade de Moradores para expor o caso de P. *Ruído: estes seriam sinais esporádicos de como funcionam as redes de petição e compromissos entre os serviços do estabelecimento, possíveis de serem explicitadas, no jogo dos atos de falas e dos atos, para serem pensadas?*

vem o fluxograma 5 do fluxogramashd1 (só no livro)

29 - A partir desse momento, inicia-se uma série de discussões que “pode, inclusive, amadurecer e aprofundar o trabalho entre as diversas unidades do Hospital”, observação descrita pela profissional “A”. *Ruído: P., ao pôr em xeque todo o modelo do SSCF, o que se faz com estes sinais?*



06/11/95 - P. demonstra interesse em morar no “Lar”. Crê que pode, enfim, conciliar o NOT com esta nova morada.

13/11/95 - A equipe do HD não consegue estabelecer contato com a gerente do NOT para que houvesse uma rápida aceitação de P. *Ruído?*

14/11/95 - As duas tias de P. foram atendidas no HD para esclarecer o seu quadro, a possibilidade de morar no “Lar” e freqüentar o NOT, e a importância da colaboração delas no prosseguimento do tratamento.

24/11/95 - P. traz a informação ao grupo (HD) que já tinha começado a trabalhar na reciclagem de papel (NOT). *Ruído?*

30 - Na evolução de seis de fevereiro de 1996 consta que P. voltou a beber, apresentando uma leve reagudização dos sintomas, “A” questionou: “...será que uma internação pode ajudá-lo, inclusive dando um breque na ingestão de álcool? ”. No primeiro momento, “A” e a Dra. “B” pensaram em se reunir com o Dr. “C” para, juntos, cobrarem e comunicarem a P. que seria impossível ir para o “Lar” nesse estado. Optaram por falar diretamente com P. Nessa conversa questionaram-no sobre uma possível internação a fim de ajudá-lo. Este não concordou, embora houvesse pedido uma internação para a Dra. “B” na semana anterior.

Foi feito um contato informal por “A” com o gerente dos moradores, que se mostrou preocupado com o estado de P., dizendo que ele estava mais sintomático e que talvez uma internação fosse terapêutico.

Apesar dos questionamentos feitos, P. não é internado. *Ruído: novamente, a rede de petição e compromisso e limites dos arsenais terapêuticos e seus modos de ação estão em xeque?*

31 - Em sete de fevereiro de 1996, P. procura A.M. dizendo que irá abandonar o NOT, pois este serviço fica distante de sua casa. A profissional A.M. comunica-se com a Dra. “B”, a qual diz não ver o abandono do NOT como um obstáculo para ir ao “Lar”, mas sim o fato de estar bebendo.

16/02/96 - P. parou de beber e parece estar melhor. Faz a entrevista com o Dr. “C” para a vaga no “Lar”, ficando sua mudança marcada para o dia 13 de março de 1996.

22/02/96 - “A” relata que entrará em contato com a família para esclarecer a mudança de casa e até orientar sobre a possibilidade de não dar certo, juntamente com o Dr. “C”, se este julgar adequado.

13/03/96 - Apesar de a equipe técnica dos moradores não ter se organizado para tal, o próprio P. faz sua mudança para o “Lar”. Ficará em avaliação nos primeiros dois meses e, se voltar a beber, não poderá permanecer na casa ( questão que é esclarecida para os familiares em visita domiciliar de “A” e ao próprio P.). *Ruído: Por que um problema como o de P. não é tratado com maior integralidade pelo estabelecimento?*

29/03/96 - O Dr. “C” assume a coordenação do Grupo Salmão concomitantemente com a coordenação do “Lar”. *Ruído: O Grupo Salmão continua o mesmo, esta intervenção é uma tentativa de solução para problemas*

*que a equipe está sentindo? Quais, como são explicados e que soluções são pensadas?*

12/04/96 - "P. parece apresentar uma reagudização. Menciona em grupo que as 'perseguições voltaram', sente-se incomodado no Lar, faz referência a percepções delirantes lá e a ideação delirante ainda não constituída, tendo como objeto a equipe e os pacientes do HD".

16/04/96 - O Dr. "C" atende P. individualmente ( já tendo discutido o caso com a Dra. "B"). Estabelece com a equipe responsável pelo "Lar" uma monitorização mais próxima. Apesar da reagudização, P. mantém freqüência no HD e no NOT. *Ruído: O Dr "C" mudou o modelo? Como? Por quê? Que novos papéis as tecnologias têm agora?*

06/05/96 - Relato de que P. apresenta quadro psicótico agravado e percepções delirantes há duas semanas.

07/06/96 - P. pede licença de 45 dias para viajar a Manaus, onde já viveu e tem filhos. Ele acredita que se não realizar tal viagem, algo de ruim lhe acontecerá. Apresenta reagudização da persecutoriedade que leva o Dr. "C" a realizar visitas ao "Lar" durante o fim de semana, com o objetivo de evitar internação.

Vem com o fluxograma 6 do fluxogramashd1 (só no livro)

32 - Devido ao agravamento do quadro, a Dra. "B" e o Dr. "C" decidem-se pela internação (11/06/96).

33 - Ficou decidido que P. continuará a freqüentar o HD durante a internação, porém não fica explícito se continuará no NOT. *Ruído: O HD assume claramente o caso como seu e o que significa isto em termos de responsabilização, produção do acolhimento, do vínculo? Quem vai assumir isto e de que modo? P. se vincula a quem: à portaria do HD ou às pessoas? Quais?*

34 - 25/06/96 - Enquanto está internado, P. comparece irregularmente ao HD.

04/07/96 - As equipes do HD, NOT e Internação decidem que P. continuará internado até a melhora do quadro. *Ruído: Há novamente explicitação de situações que permitem explorar a rede de petição e compromisso?*

06/07/96 - Uma possível alta é suspensa, diante da recusa de P. em voltar ao "Lar".

16/07/96 - P. não tem comparecido ao HD, tem representado grande dificuldade para a equipe da Internação.

29/07/96 - P. não comparece ao HD. Seu caso é discutido entre as equipes da Internação e Moradores.

05/08/96 - É feita uma nova discussão com as equipes das unidades envolvidas e o Dr. "C", referência de P. no HD e no Lar Abrigado, solicita que a

alta ocorra no início da semana para que seu retorno ao “Lar” seja trabalhado. O retorno ao HD ocorre no dia 06/08/96 e ao NOT no dia 08/08/96.

06/08/96 - P. recebe alta da unidade de internação e retorna ao “Lar”.

A equipe do HD foi informada por um morador do “Lar” de que P. havia bebido no fim de semana, dias dez e 11 de agosto. *Ruído: o modelo está em exaustão, e as mudanças introduzidas também não funcionaram. Por quê?*

15/08/96 - P. saiu pela manhã com as malas, dizendo que iria viajar. As polícias civil e rodoviária de São Paulo são avisadas. O gerente da Unidade dos Moradores e um enfermeiro da Internação foram até a estação rodoviária de Campinas, na tentativa de encontrá-lo. Eles também comunicaram à família sobre o acontecimento e agendaram visita. Na visita informaram que P. não mais moraria no “Lar” e, assim, deveriam providenciar seu quarto. Na manhã seguinte P. retorna ao HD, permanecendo no período da manhã, quando o Dr. “C” lhe comunica que deverá permanecer internado até que a família providencie o quarto para a sua mudança. P. foge de novo, deixando as malas no HD, sendo repetidos os mesmos procedimentos na tentativa de localizá-lo.

16/08/96 - Discutido o caso com os gerentes das unidades Moradores, HD e Internação, concluem que P. não retornaria mais ao “Lar” devido ao uso de álcool, que é motivo de exclusão do equipamento extra-hospitalar. *Ruído: O SSCF, em vez de assumir exaustão e seus problemas, opta por exclusão?*

21/08/96 - P. retorna ao HD, sendo atendido pelo Dr. “W”, superintendente do serviço, e pela gerente do HD. Ele demonstra não estar bem, voltou a beber, não está tomando a medicação e mostra-se muito resistente a qualquer negociação. Fica marcado um retorno para o dia 26 de agosto de 1996. *Ruído: Usar superintendente não é esgotamento das relações de compromisso e reponsabilização do HD? Passar o caso para “um de cima”, de mais poder “burocrático”, significa que projeto, em última instância?*

Neste período já voltou a residir com seus familiares.

25/08/96 - P. foi trazido pela ambulância para internação.

02/09/96 - De acordo com a gerente da internação, P. está bastante delirante e ameaçando outras pessoas.

18/09/96 - Ocorrem dificuldades importantes no manejo do caso pela equipe da internação e P. é transferido para o SEARA - Sanatório Espírita de Americana. *Ruído: O SSCF e seu modelo antimanicomial encontrou seu limite?*

23/09/96 - Contato telefônico feito pelo Dr. “C” com a assistente social do SEARA.

01/10/96 - O Dr. “C” discute o caso com médica responsável do SEARA. Fará novos contatos na época da alta.

### **conclusões##**

---

## uma grande parte da síntese foi feita em situação com o conjunto da equipe do HD, muitas questões foram tratadas, mas o que se segue é uma pequena síntese para efeito demonstrativo do texto.

Como finalização deste trabalho, apresentaremos questionamentos sobre o(s) modelo(s) de intervenção prestado(s) pelas equipes dos vários equipamentos do SSCF, centralmente pela equipe do Hospital Dia, tendo em foco os apontamentos dos ruídos como guia para um processo de análise da dinâmica institucional<sup>57</sup>.

Com a inserção de P. nas atividades do HD, Grupo Marrom, após alta da quinta internação na Unidade de Internação, ocorre sua adesão ao projeto terapêutico, não apresentando reagudização do quadro neste período de junho de 1993 a janeiro de 1994 (7 meses).

Tendo em vista os parâmetros do movimento da “Luta Antimanicomial” como diretrizes operacionais, na busca da autonomia e ressocialização, no qual este estabelecimento está envolvido, desde dezembro de 1993, a equipe questiona sua alta. P. é transferido para o Grupo Salmão em janeiro de 1994, porque a alta foi considerada inadequada para o momento. Nos primeiros oito meses nesta atividade, até agosto de 1994, P. apresenta bom envolvimento com o grupo. No final deste mês, é ofertada vaga no NOT, quando começa a ausentar-se do HD, por causa de uma reagudização do quadro, culminando com a sexta internação na Unidade de Internação, em 22 de setembro de 1994.

É importante observarmos que, no decorrer de 15 meses (de junho de 1993 a setembro de 1994) da inserção no HD nas atividades de dois grupos - Marrom e Salmão -, P. apresenta estabilização do quadro, principalmente na comparação com o fato de ter tido três internações no decorrer de 18 de setembro de 1992 a sete de março de 1993 (nove meses), o que nos leva a entender que esta oferta tecnológica foi adequada, na época.

Apesar do que se descreve acima, evidenciam-se algumas questões: será que se tivessem sido ofertadas atividades com maior frequência no HD, a sexta internação poderia ter sido evitada? Se P. tivesse mantido relação terapêutica com o HD, como ocorreu na quinta internação, o seu tempo de permanência teria sido mais breve? Não seria já a hora de se pensar mais criticamente o significado dos grupos e o tipo de rede de petição e compromisso que está operando?

Continuando: com sua volta ao HD em outubro de 1994, é decidida, mais uma vez, sua inserção no Grupo Salmão; relataremos uma seqüência de eventos (ruídos), ocorridos com P., que nos leva a questionar esta decisão, enquanto proposta de intervenção tecnológica:

---

57 Na análise dos ruídos viu-se a necessidade de se aprofundar mais internamente na compreensão da dinâmica de algumas etapas, descrevendo-as em maior detalhe e recuperando, na “memória coletiva” da equipe, os processos que as compunham, relacionando-as com momentos de decisão, de crises e “estranhamentos”, e procurando revelar como P. era efetivamente acolhido, a quem se vinculava e quem se vinculava a ele, além de como isto era feito, em um esforço de tentar mapear a conformação e a dinâmica das distintas tecnologias em operação e seus modos de configurações, sem falar na tentativa de perceber que alternativas a equipe ia produzindo diante do “fracasso”, do “não esperado”, da “falha” no processo, e com que perspectivas.

\* Até meados de outubro de 1995, P. apresenta vários momentos de aumento dos delírios persecutórios e ingestão alcoólica e, como decorrência, ausenta-se por alguns dias/períodos das atividades do HD. Neste período, é proposto a P. iniciar atividades no NOT, mas ele não aceita. Além deste fato, a equipe não propõe que o HD ofereça nenhuma outra forma de intervenção tecnológica. Apesar de ele continuar no HD, em 17 de outubro de 1995 a gerente desta unidade recebe recado de que P. está internado em outro estabelecimento de saúde.

\*\* Apesar de ter saído de uma internação, quando de sua volta ao HD, P. permanece no Grupo Salmão. Porém, agora ofertam-se outras alternativas tecnológicas estabelecendo-se, de alguma maneira, um processo de petição e compromisso entre as Unidades do HD e Moradores, pela possibilidade de ir morar no Lar Abrigado e, também, entre o HD e NOT, com sua inserção no NOT, em novembro de 1995.

Ocorre uma alternância entre a possibilidade de ir para o “Lar” e uma internação. P. vai para o “Lar”, em 13 de março de 1996, permanece no HD, Grupo Salmão, e no NOT. Apesar desta variedade de ofertas tecnológicas, apresenta exacerbação dos delírios persecutórios. Inicia-se um processo de maior vinculação com o coordenador do Grupo, o qual começa a atender P. individualmente. Mesmo com todas estas intervenções ocorre nova internação em junho de 1996, quando continua a freqüentar o HD de maneira irregular.

Após estes 57 dias de internação, em seis de agosto de 1996 retorna para as mesmas alternativas de intervenções anteriores, sendo que neste momento reinicia ingestão alcoólica e em uma reunião com os gerentes das três unidades, conclui-se que este fato é motivo de exclusão do “Lar”. É decidido e comunicado que deverá permanecer internado até seu retorno à casa das tias, quando P. foge do SSCF.

No mesmo mês, no dia 21, P. retorna ao HD e, diante da situação, é atendido pelo superintendente do SSCF conjuntamente com a gerente do HD, na tentativa de negociação sobre o encaminhamento do seu caso, ficando marcado um retorno para o dia 26. Não é questionada a falta de alternativas de atenção que poderiam ser ofertadas para pacientes que, como P., não se enquadram com o modelo de intervenção terapêutica, habitualmente ofertado.

Um dia antes de seu retorno, P. “aparece” no SSCF, trazido por uma ambulância, e é internado. Está bastante delirante, ameaçando outras pessoas e não aceitando as orientações propostas. Neste momento, a equipe da Unidade de Internação não consegue apresentar uma proposta de intervenção terapêutica condizente com o movimento Antimanicomial a que se propõe, opta pela sua transferência para outro estabelecimento de saúde mental, o qual presta atenção aos moldes mais tradicionais.

Vem o fluxograma geral do fluxohd (só no livro)

## ENFIM

Perseguir a indicação de como operam as tecnologias em saúde e suas “falhas” é a grande perspectiva que tem nos animado na produção da informação como analisadora<sup>58</sup>, procurando pôr em xeque o modo como os sujeitos institucionais governam o seu cotidiano e os seus jogos intencionais. Nesta direção, temos procurado construir ferramentas que interroguem os *para quês*, os *quês* e os *comos* dos processos de trabalho, e ao mesmo tempo revelem a maneira de governá-lo no interior de uma dinâmica entre o público e o privado.

Aderido em parte a algumas destas pretensões, na busca de dispositivos tecnológicos que interroguem estes processos de governar e suas modelagens tecno-assistenciais nos serviços de saúde, procuramos tirar proveito de algumas “ferramentas analisadoras”, como já citamos acima, ao falarmos do fluxograma e da rede de petição e compromisso nas distintas direções analíticas que permitam explorar, na micropolítica dos processos de trabalho em saúde, a dobra que expressa, de um lado, o modo como se governa e se efetiva o processo produtivo propriamente dito e, do outro, a maneira como se gerencia os processos institucionais, em que há efetivamente o encontro das distintas intencionalidades, em um jogo entre o público e o privado, instituindo uma certa configuração da atenção à saúde.

Portanto, é no espaço da gestão que é possível interrogar sobre como o interesse privado do usuário está sendo capturado, abrindo-nos para focalizar este próprio processo de captura e, por crermos que este é o único interesse privado evidenciado nas disputas das intencionalidades dos trabalhos em saúde, que pode permitir a “publicização” dos outros interesses privados em jogo, como os das corporações profissionais, os dos dirigentes, entre outros.

Nesta linha, tomamos o usuário final, sob qualquer aspecto, individual e coletivo, sempre como um território-referência para interrogarmos acerca das outras territorialidades que se configuram no interior dos processos micropolíticos do trabalho em saúde, procurando em última instância abrir a “caixa-preta” dos processos de operação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, pois esta tecnologia é ao mesmo tempo comandante dos processos de configurações tecnológicas no cotidiano dos serviços, como o momento em ato que incorpora as outras tecnologias; e, o lugar onde o institucional privado do usuário se encontra com o do(s) trabalhador(es), em um processo mútuo de agenciamento.

---

58 Vale citar o trabalho de Cláudia Travassos, que também aponta nesta direção, sobre a análise da tecnologia em saúde utilizando a técnica dos casos trilhas. Ressalta-se, porém, que mesmo nesta autora há uma forte inspiração tomada dos paradigmas analíticos da teoria do trabalho presente em Ricardo Bruno e das concepções sobre avaliação de serviços de saúde expressas por Donabedian.

Assim, a informação em saúde que tem operado consensualmente em torno das tecnologias duras e leve-duras, deve ser girada de ponta cabeça e começar a operar com as tecnologias leves, que se realizam em processo e “comandam” os modos de incorporação das outras tecnologias abrindo-se, neste caso, para repensar o processo de produção da subjetividade (e, portanto, dos sujeitos) no interior das práticas de saúde, na direção que explora as “falhas” na busca de novas possibilidades de intervenções institucionais e subjetivações.

DE LAMBUJA OFEREÇO UM TEXTO DO CECILIO QUE CONSIDERO BEM ÚTIL

## **UMA SISTEMATIZAÇÃO E DISCUSSÃO DE TECNOLOGIA LEVE<sup>59</sup> DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO APLICADA AO SETOR GOVERNAMENTAL**

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

### **INTRODUÇÃO**

Temos tido a oportunidade de utilizar, desde o início da década de 1980, em órgãos governamentais da região de Campinas (SP), no setor Saúde, uma série de tecnologias de planejamento estratégico, sempre na perspectiva de aumentar a capacidade de governo e a governabilidade de atores com um determinado projeto político, mas com pouco recursos para sua execução<sup>60</sup>. Entre estas tecnologias de planejamento estratégico, podemos citar aquela desenvolvida por Robirosa (1982), ligado à Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais (FLACSO), o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus e o Planejamento Orientado por Objetivos (ZOPP, em alemão) já bem analisado em trabalho anterior do autor (Cecilio, 1994).

O que se pretende fazer no presente artigo é uma apresentação e discussão de um certo modo de operar uma tecnologia mais *light* de planejamento estratégico, que é, em grande medida, um “híbrido” das tecnologias mencionadas acima. Esta tecnologia resultante acaba ficando sem um nome próprio, sendo às vezes chamada de “PES modificado” ou de “ZOPP enriquecido com PES”, o que, aliás, não importa muito. A “autoria” que se reivindica aqui é a de uma longa aplicação destas tecnologias, com inúmeros

<sup>59</sup> A discussão sobre tecnologia leve apresentada em capítulo anterior de Merhy, E.E. e Chakkour, M. faz algumas distinções com o adotado neste texto.

<sup>60</sup> Aqui estamos usando as categorias do Triângulo de Governo, conforme desenvolvido por Carlos Matus em Política Planificación y Gobierno, Fundacion Altadir/ILPES, 1987. pp 73-76.

grupos dirigentes e sua gradual testagem e adaptação em função de duas variáveis principais: o tempo como recurso escasso dos dirigentes e a necessidade de tornar acessível o manuseio de tais tecnologias a um número crescente de pessoas. O princípio básico que temos procurado preservar neste longo processo de desconstrução e reconstrução de método(s), em função das necessidades de atores reais e em situação, tem sido um só: simplificar, sem amesquinhar, sem abrir mão do rigor com que certas categorias devem ser trabalhadas.

Na nossa prática, temos aprendido que existem duas condições mais importantes para o sucesso de um plano: a clareza e o rigor com que é elaborado e a competência da sua gestão. Neste artigo, procuramos trabalhar cada etapa do método, mostrando as suas dificuldades e dando algumas orientações que ajudem a sua operacionalização com mais rigor. A tecnologia que estaremos mostrando se alimenta de duas fontes principais, quais sejam, o PES e o ZOPP. Do primeiro, incorpora elementos que falam da complexidade dos sistemas sociais, da incerteza e de condições de pouca governabilidade de quem faz o plano, mas principalmente a idéia de que é possível “criar” governabilidade. Do segundo, incorpora uma certa simplificação metodológica que tem se apresentado muito útil na nossa experiência. O método PES, tradução operacional de uma metodologia muito sofisticada de planejamento, é de difícil operacionalização, devido ao grande número de etapas e planilhas de que se utiliza, que afinal redundam em uma quase “normatização do político”, como analisa Rivera (1995). O ZOPP é pouco potente para nossas situações de baixa governabilidade, na medida em que sua lógica é construída a partir do pressuposto de que o ator que planeja já tem o controle de todos os recursos necessários para o sucesso do plano.

## **OS PASSOS DE UM MÉTODO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARA EQUIPES DE GOVERNO DE NÍVEL ESTADUAL, MUNICIPAL OU REGIONAL**

### **Definir claramente o ator que planeja**

Ter claro quem está “assinando” o plano. Por exemplo, há uma diferença muito grande entre o ator ser o prefeito ou ser o secretário de Educação, por mais que o cargo do secretário seja um cargo de confiança do prefeito. É que nunca há uma transferência automática de recursos de um ator para o outro. Dito de outra forma, o ator-prefeito controla recursos, inclusive boa parte deles sob o controle de outros atores sob o seu comando, como por exemplo os recursos financeiros controlados pelo secretário das Finanças, que extrapolam, e muito, o campo de governabilidade do secretário da Educação. Outra coisa: Secretaria de Educação não é um ator. O secretário da Educação, sim. A prefeitura não é um ator. O prefeito, sim. Porque, como sabemos, tanto a prefeitura como qualquer secretaria são organizações muito complexas, habitadas por inúmeros atores que controlam inúmeros recursos. Outro



exemplo: um grupo gerente de projeto não é um ator. O ator, no caso, é a autoridade que instituiu o grupo. Assim, um projeto coordenado por um grupo-tarefa designado pelo secretário da Educação - que, supõe-se, assume integralmente o plano - tem como ator o próprio secretário e não o grupo. A clareza sobre quem assina o plano é um bom ponto de partida.

### **Ter bem clara qual a missão da organização à qual está vinculado o ator que formula o plano**

Nem sempre há muita clareza sobre o conceito de missão. Em geral, a missão é enunciada em termos bem genéricos, na forma de propósitos. Nós temos trabalhado com um conceito mais “amarrado” de missão”. Missão deve conter, em seu enunciado, três idéias básicas: quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço ou organização se compromete a oferecer. Alguns exemplos de missão: a) uma escola municipal tem a seguinte missão: oferecer ensino de primeiro grau (o produto), para crianças na faixa etária tal (a clientela), de forma gratuita e com boa qualidade, com ênfase na afirmação do sentimento de cidadania e solidariedade, etc.(com que características). b) um hospital público de pediatria tem a seguinte missão: oferecer atendimento ambulatorial, atendimento de urgência/emergência, cirurgias e internações (os produtos), para crianças até 15 anos (a clientela), de forma gratuita e garantindo fácil acesso e boa qualidade no atendimento (com que características).

Na nossa experiência mais recente, temos enfatizado, cada vez mais, a formulação bem clara da missão da organização como forma de dar centralidade para o cliente/usuário no momento de elaboração do plano. Isto pode parecer óbvio mas, como veremos na seqüência, como os planos são construídos a partir de problemas, muitas vezes o grupo tem tendência de se “distrair” em problemas-meio, perdendo de vista a função social da organização. Falamos de missão das organizações, mas poderíamos trabalhar com a missão de um grupo-tarefa, também construída com a mesma lógica.

### **Formular bem o(s) problema(s) que será(ão) enfrentado(s) pelo plano**

Tanto o PES como o ZOPP são estruturados a partir de problemas. O PES, em particular, é muito rigoroso e rico de indicações para esta etapa decisiva do plano, que é a formulação a mais precisa possível dos problemas. Para Carlos Matus (1987), os problemas podem ser agrupados em vários tipos de taxonomias. Uma delas é aquela que classifica os problemas em estruturados e quase-estruturados. O plano se ocupa, de uma maneira geral, com os últimos. Os problemas quase-estruturados são aqueles mais complexos, à medida que é difícil enumerar todas as suas causas (portanto são multicausados). Também não são vistos como problema por todos os atores e as

“soluções” nem sempre são vistas como tais por todos. Por exemplo, o não-cumprimento do horário pelos médicos nas organizações públicas é um “problema” para a direção, mas é uma “solução” para os médicos. Da mesma forma que a introdução do relógio-ponto no hospital poderá ser uma “solução” para a direção, mas um “problema” para os médicos.

Outra taxonomia é aquela que agrupa os problemas em intermediários e finais. Os últimos, podemos dizer, são aqueles vividos pelos nossos clientes. Os primeiros são aqueles que vivemos no cotidiano da organização e que interferem na qualidade final do produto. No caso dos alunos do exemplo da escola primária, interessam os problemas “finais”: má qualidade do ensino, alto índice de repetência, evasão escolar, etc. Os problemas “intermediários” que deverão ser trabalhados no plano são: baixos salários dos professores, sucateamento da rede física das escolas, etc. Podemos dizer que o alvo do plano devem ser sempre os problemas finais e é a modificação destes que mede o seu sucesso.

A definição do problema que será trabalhado no plano é um momento muito importante. Para aumentar a chance de escolhermos bem o problema que será trabalhado, pode ser útil fazermos a seguinte questão para o grupo que está elaborando o plano: quais são os problemas que nossos usuários têm vivido? No caso da escola municipal, é possível medir o grau de evasão e repetência e o nível de aprendizado dos alunos através de “provões” para a avaliação. Um bom exemplo de problema para ser trabalhado: alto percentual de repetência entre os alunos de primeiro grau de determinada escola. Este é o problema final. A escolha do problema deve ser orientada pela missão da organização. Os problemas intermediários aparecerão, inevitavelmente, mas lidos sob a ótica dos problemas finais que, afinal, são os que interessam<sup>61</sup>.

### **Descrever bem o problema que se quer enfrentar**

Este é um ponto que sempre apresenta algum grau de dificuldade para quem não tem muita prática de trabalhar com formulação de planos. No entanto, é uma etapa muito importante por duas razões principais: a) para afastar qualquer ambigüidade diante do problema que se quer enfrentar. b) quando bem feita, tem como produto os indicadores que serão utilizados para avaliar os impactos do plano. Mas, afinal, o que é descrever um problema? É caracterizá-lo da forma a mais precisa possível, na maioria das vezes, inclusive, fazendo sua quantificação. Vamos a alguns exemplos na tabela 1.

**Tabela 1. Exemplos de problemas e seus descritores**

Problemas	-	Descritores
-----------	---	-------------

<sup>61</sup>Este tipo de abordagem é devedora das tecnologias de gestão da qualidade total, muito em voga no Brasil desde a década de 1980, com o seu mérito de pôr o cliente/usuário como centro do processo de planejamento e gestão.

Muita evasão escolar no primeiro grau na escola <b>x</b> .	d1 - 24% na primeira série (1996) d2 - 19% na segunda série (1996), etc.
Muita repetência no primeiro grau na escola <b>x</b> .	d1 - 31% na primeira série (1996) d2 - 27% na segunda série (1996), etc.
Muito absenteísmo no hospital <b>x</b> .	d1 - 18% dos trabalhadores tiveram pelo menos uma falta (primeiro tri.97) d2 - 45% do total das faltas no PS.
Desemprego elevado na cidade <b>x</b>	d1 - 14% da PEA desempregada (prim.tri.97) .
Mortalidade infantil elevada	d1 - 42% de MI total (1996) d2 - 64% de Mort. perinatal. (1996)

Inúmeros outros exemplos poderiam ser fornecidos, mas os da tabela acima são suficientes para que possamos comentar alguns aspectos que, na nossa opinião, são relevantes:

- De uma maneira geral, um problema pode ser bem descrito com poucos descritores. Às vezes, basta um. Quando dizemos que o problema de determinado país é um alto déficit na balança comercial, o descritor seria algo como “déficit de quatro bilhões e 300 milhões de dólares no ano de 1996”. O descritor, de uma maneira geral, quantifica o problema. Dois países podem ter aparentemente o mesmo problema “déficit na balança comercial”. Mas um, como no exemplo anterior, tem déficit de 4,3 bilhões, enquanto o outro tem déficit de 15 bilhões de dólares. Vemos aí uma diferença nos problemas. Daí então, muitas vezes, um segundo descritor ser muito útil. No caso do primeiro país, podemos ter um segundo descritor que diz que o déficit na balança representa quase 5% do Produto Interno Bruto (PIB). Porém, o segundo descritor do outro país mostra que o déficit representa pouco menos de 1% do PIB. Agora dá para ver que o problema do primeiro país é mais grave do que o do segundo, embora, à primeira vista, seu déficit seja maior. Esta é uma das funções do descritor: dar uma dimensão mais precisa do tamanho do problema que estamos enfrentando ou pretendemos enfrentar.

- Muitas vezes, o descritor quantifica ou qualifica diretamente o problema. É o caso do item anterior. Porém, em alguns casos, só podemos contar com descritores mais indiretos. Por exemplo, como descrever o problema “baixa

adesão dos funcionários ao projeto de qualidade que está sendo trabalhado pela direção de uma instituição”? Indicadores *indiretos* podem ser a taxa de absenteísmo e o percentual de comparecimento nas reuniões de presença não obrigatória. Uma forma mais direta de descrever o problema seria através de uma pesquisa de opinião que garantisse o sigilo e procurasse medir mais direta e objetivamente como os trabalhadores estão avaliando o projeto.

- O descritor não explica o problema, apenas o caracteriza, descreve, mede, mostra o seu “tamanho” ou a sua dimensão. Os descritores de um problema modificam-se quando o plano é bem sucedido. As modificações nos descritores são os indicadores da eficácia do plano.

### **Entender a gênese do problema, procurando identificar as suas causas**

Até aqui o problema foi declarado como tal por um determinado ator, bem descrito ou caracterizado. Agora chegou a vez de “entendê-lo”, de explicá-lo melhor. De identificar que outros problemas estão “antes” dele, fazendo com que ele exista. Esta é a etapa que Carlos Matus (1987) denomina de “momento explicativo”. Todos os modelos de planejamento estratégico que foram citados como tendo influência sobre o nosso trabalho têm tal “momento explicativo”. O ZOPP utiliza como instrumento uma “árvore de problemas”, que nada mais é que uma seqüência deles encadeados de baixo para cima, tendo aquele que está sendo analisado em uma posição mais central, as causas abaixo (as “raízes” da árvore) e as conseqüências acima (os “galhos” da árvore)<sup>62</sup>. Nessa medida, a cadeia causal é visualizada de baixo para cima. Já no PES, o instrumento utilizado é um “fluxograma situacional” que descreve uma cadeia causal em linha horizontal, indo da esquerda para a direita, de forma que, quanto mais à esquerda, mais “profunda” é a causa ou a explicação, situando-se no campo das “regras”. Quando se avança da esquerda para a direita, as causas vão sendo posicionadas em planos mais superficiais, ao nível das “acumulações” e, depois, dos “fluxos” de outros fatos mais próximos ao problema observado. Para Matus, quanto mais “profundas” as causas enfrentadas, maiores os impactos sobre o problema.

Temos tido problemas com a utilização dos dois instrumentos. O “fluxograma situacional” do PES tem a seu favor o grande rigor conceitual com que opera as categorias explicativas. Um fluxograma bem feito é um instrumento de grande valia para quem está planejando, principalmente em espaços de governabilidade maior. Tem contra si o fato de que o mesmo rigor, que é uma vantagem, torna-se inibidor de grupos que o estão aplicando, à medida **que exige sempre a presença de um monitor ou coordenador com boa experiência prévia**. Na nossa opinião, este é um fator dificultador da

<sup>62</sup>Para visualizar uma utilização da árvore, em uma situação concreta, pode ser consultado o livro do autor Inventando a mudança na Saúde. São Paulo, Hucitec, 1994.

construção da autonomia dos grupos e um criador de eterna dependência de um consultor externo.

A “árvore de problemas” do ZOPP é um instrumento mais “leve”, embora propicie menos rigor que o PES. Mesmo assim, é freqüente um mal uso da “árvore”, principalmente no sentido de que as pessoas acabam fazendo uma cadeia causal “forçada”, com relações de causalidade muito confusas, o que acaba não ajudando na compreensão do problema, que é, afinal, a razão de ser da adoção deste ou daquele instrumento.

Nós temos adotado a seguinte forma para explicar o problema:

a - É feito um *brainstorming* (“tempestade cerebral” é uma tradução muito feia...), em que todos os presentes escrevem, livremente, sobre cartões de cartolina (12 x 22 cm), quais são as explicações ou as causas do problema. Aqui supõe-se que o grupo tenha bastante conhecimento sobre o assunto ou que trará especialistas da área para colaborar no momento explicativo.

b- Os cartões são pregados em um grande painel para que todos possam ler o que cada um dos participantes escreveu. É feita uma classificação ou agrupamento de causa por afinidades, de forma a serem formadas “pilhas” de causas ou explicações afins. As explicações muito parecidas devem ser sintetizadas.

c- A etapa seguinte é tentar verificar se alguma das causas que estão nas pilhas tem poder de sintetizar tudo que está escrito. Ou então, o grupo é instado a escrever uma causa síntese para encabeçar a “pilha” de causas.

d- Aquelas que encimam as “pilhas” podem ser consideradas como as causas ou as explicações mais próximas do problema que está sendo analisado. Estas causas devem também ser descritas, do mesmo modo que o problema central, pois, na verdade, elas não passam de problemas que estão causando outros problemas. O plano será, afinal, uma forma de enfrentar problemas que estão causando o meu problema principal. Um exemplo “doméstico”: o problema que vivo é uma goteira dentro de casa; mas a causa dele é “outro” problema que são as telhas quebradas no telhado, que são, por sua vez, conseqüência de outro problema que é minha falta de dinheiro para fazer a manutenção, que por sua vez é conseqüência do arrocho salarial, que é fruto da política econômica do governo, que por sua vez faz parte do ajuste econômico ditado pelo Fundo Monetário Internacional, que... Esta compreensão da seqüência de causas e sua localização em espaços diferenciados de governabilidade, extraída do exemplo trivial da goteira, nos ajudará no momento seguinte, que é o do desenho do plano.

- Agora que temos nosso problema descrito e suas causas mais próximas também descritas, podemos fazer mais um análise da “pilha” para vermos se não encontramos outras causas que consideramos importantes na gênese do problema e que queremos ou precisamos também enfrentar. Podemos utilizar aqui um conceito que vem do PES, qual seja, o nó crítico. O que é um nó crítico?

É uma causa do problema que, se for “atacada” ou modificada, terá um grande impacto sobre o problema. O nó crítico traz também a idéia de ser algo sobre o qual eu posso intervir, que está dentro do meu espaço de governabilidade. No exemplo da goteira, a política de arrocho do governo, e muito menos a do FMI, não são “tecnicamente” nós críticos para mim, à medida que eu não posso intervir sobre elas. Já consertar o telhado ou arrumar um bico para depois do trabalho são formas de enfrentar os “nós críticos” que, nesta situação concreta, são o telhado quebrado e meu aperto financeiro.

Os produtos desta etapa são, então, as “pilhas” de causas mas, principalmente, os nós críticos ou as causas mais importantes, já devidamente descritas, que nós pretendemos atacar com nosso plano. É bom lembrarmos que, a despeito de toda a experiência e conhecimento do grupo, esta primeira abordagem explicativa é sempre incompleta. Claro que, quanto maior a experiência do grupo e a presença de especialistas no assunto que está sendo tratado durante a oficina, podem reduzir a imprecisão do momento explicativo. Mas será sempre necessária uma revisão ou reavaliação do peso ou importância das causas apontadas inicialmente como mais importantes do problema. Desta maneira, fica mais fácil compreender que o plano nunca se completa, devendo ser revisto e refeito muitas vezes, no interior de um sistema de gestão que propicie sua reavaliação de forma dinâmica e permanente, como pensado por Matus (1987).

Nossa aposta é que, se nosso plano for bem sucedido, haverá modificações dos descritores dos nós críticos. Os descritores, tanto dos nós críticos como do problema principal, são os indicadores do plano. Podemos passar agora para o desenho do plano.

### **Desenhar operações para enfrentar os nós críticos**

Agora que nosso problema está bem explicado ou, pelo menos, supomos que conseguimos evidenciar suas causas mais importantes, chegou a hora de iniciarmos o plano propriamente dito. Ele é composto por operações desenhadas para impactar as causas mais importantes do problema ou os “nós críticos” encontrados no momento explicativo. As operações são conjunto de ações ou agregados de ações, consumidoras de recursos de vários tipos, que serão desenvolvidas no correr do plano. A efetivação de uma operação sempre consome algum tipo de recurso, seja ele econômico, de organização, de conhecimento ou de poder. Nas formas mais tradicionais ou economicistas de planejamento, o recurso mais visível ou valorizado é quase sempre o recurso econômico ou financeiro. Valoriza-se pouco o fato de que, muitas vezes, a escassez de recursos de conhecimento, de poder ou de organização são mais importantes para explicar o fracasso de um plano do que a simples falta de dinheiro.

Toda operação implementada deve resultar em produto(s) e resultado(s). Produto é o que fica de mais “palpável”, imediatamente observável. O resultado é

o impacto sobre o problemas ou sobre as causas do problema e percebido como tal pelo ator que planeja. No exemplo da goteira na casa, se a operação que desenvolve é “chamar um pedreiro para consertar o telhado”, o produto será “as telhas trocadas” e os resultados serão “fim da goteira” e “bem-estar de quem vive na casa”.

**Tabela 2. Exemplo de seqüência de operações, produtos e resultados.**

ES	OPERAÇÃO	PRODUTOS	RESULTADO
1- reciclagem professores	Realizar dos	1- <b>x</b> oficinas de sensibilização realizadas 2- <b>y</b> horas de treinamento oferecidos	Professores mais capacitados para lidar com alunos especiais em salas de aula.
2 - prédio da escola	Reformar o	1 - Telhado trocado 2 - Paredes pintadas	Maior conforto e condições de ensino para os professores e melhores condições de aprendizagem para os alunos.
3 - associação de mestres	Criar a	1- A associação criada	Envolver os pais no processo educativo e desenvolver cultura de solidariedade e cidadania.
4 - segurança para a escola	Contratar um	1- O segurança contratado	Maior segurança dos alunos e professores e redução do absenteísmo.

Esta tabela pode ser referida, retrospectivamente, aos exemplos usados no momento da descrição: alta taxa de repetência e evasão dos alunos de uma escola **x**. Os resultados esperados, a partir das operações, devem impactar em “nós críticos” ou explicações para o(s) problema(s) do tipo: despreparo dos professores, precárias condições físicas da escola, não-envolvimento dos pais no processo educativo e falta de segurança na escola.

As operações devem ser formuladas, sempre, com verbos de ação. São verbos de ação: reciclar, contratar, reformar, criar. *Não* são boas formulações de operações: melhorar o ensino, elevar a qualidade de vida, exercitar a cidadania e outras formulações que têm o caráter de objetivos genéricos. Uma “prova” para sabermos se a formulação da operação está boa é verificarmos se é possível identificarmos produto(s) concreto(s) decorrente(s) dela. Para “elevar a qualidade de vida” (um objetivo), são necessárias operações concretas, que terão produtos

também concretos, tais como empregos criados, salários adequados, saneamento implantado, escolas criadas e assim por diante. Cada um destes produtos é resultado de operações que comporão o plano. Na nossa experiência, não trabalhamos com a idéia de “objetivos”, pois a elaboração do plano - seqüenciando problemas, nós críticos, operações, produtos e resultados - vai construindo uma lógica que leva à idéia de objetivos. Podemos considerar, também, que os resultados são objetivos específicos na perspectiva do objetivo maior do plano, que é modificar o problema central e suas conseqüências.

Toda operação é consumidora de recursos. No momento da elaboração do plano, é importante que o grupo liste quais os recursos críticos que serão consumidos em cada operação, usando uma planilha como a apresentada na tabela 3. A visualização dos recursos críticos consumidos é um primeiro passo para a análise de viabilidade do plano, como será visto no ponto seguinte.

**Tabela 3. Exemplos de recursos consumidos por operações.**

OPERAÇÕES	RECURSOS CRÍTICOS
Op. realizar reciclagem dos professores	- Docentes capacitados para fazer a reciclagem. - Material didático
Op. reformar o prédio da escola	- X R\$ em material de construção - X R\$ em mão-de-obra
Op. criar associação de pais e mestres	- Adesão dos pais e professores.

A partir do exemplo, é possível perceber que os recursos críticos consumidos nas diversas operações são de naturezas muito distintas, pois, se para reformar o prédio da escola os recursos são financeiros, para criar a associação de pais e alunos os recursos “consumidos” falam de adesão, convencimento, capacidade de organização e persistência. É certo que, para criar a associação, outros recursos serão consumidos, como um local para se realizar as reuniões, papel e fotocópias para fazer as convocações, o cafezinho que será servido. Tais recursos não são considerados críticos à medida que a escola já dispõe deles, sendo já praticamente garantidos. Em comparação, a adesão dos pais é um “recurso” a ser mobilizado. Ele, em princípio, e na escola **x**, ainda não está garantido.

Para finalizar este ponto, é bom lembrarmos que as operações são sempre agregados de ações. Por exemplo, a operação “realizar reciclagem dos professores” deverá ser desdobrada nas seguintes ações:

- Fazer um levantamento das necessidades mais importantes de reciclagem.
- Contatar o docente que fará a reciclagem.
- Elaborar o programa de reciclagem.



- Preparar material didático para a reciclagem.
- Reservar o local para a reciclagem.
- Providenciar os certificados e assim por diante. Por isto, no plano, só aparecem as operações, que são formas mais agregadas de apresentação. Cada responsável pelas operações é que fará o seu próprio plano operativo, detalhando as ações. Passemos agora ao momento de análise de viabilidade do plano.

### **Analisar a viabilidade do plano e/ou organizar-se para criar a sua viabilidade**

A idéia central que preside esta etapa de análise de viabilidade é de que o ator que está fazendo o plano não controla todos os recursos necessários para a sua execução. Como já dissemos antes, na elaboração de projetos com a tecnologia do ZOPP, é dado, como pressuposto, que o ator tem controle dos recursos necessários para a sua execução. Mais ainda: o projeto é elaborado para orientar a utilização de recursos que estão sendo recebidos. Nós trabalhamos com a orientação adotada pelo PES de que o plano é um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade, ou seja, aquelas nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para o alcance de seus objetivos. Esta é, de fato, a situação mais freqüente para quem faz planejamento na área governamental.

A análise de viabilidade do plano significa um reconhecimento preliminar a respeito de que outros atores controlam recursos críticos para o plano, quais são esses recursos e quais são as motivações destes atores em relação aos objetivos pretendidos com o plano. As motivações dos outros atores são classificadas em: favorável, indiferente ou contrária. Tem motivação favorável aquele ator que controla determinado(s) recurso(s) crítico(s) e que o(s) deixará à disposição ou o(s) cederá para a execução do plano. É como se o ator que assina o plano controlasse os recursos críticos, por uma “transferência” do ator favorável. Um exemplo: o secretário municipal de saúde quer contratar pessoal para a rede. O recurso crítico, neste caso, é a autorização para a realização do concurso. Quem controla este recurso é **outro** ator, o prefeito. Se o prefeito é favorável ao plano, ele como que “transfere” o controle do recurso para o secretário, que passa a considerar a operação viável. No caso da motivação indiferente, pressupõe-se que ainda não é garantido um claro apoio do autor que controla o recurso crítico, nem que o mesmo se oporá, ativamente, à utilização do recurso para a execução do plano. Esta última situação caracteriza a motivação contrária, isto é, uma posição **ativamente contra** o plano.

É preciso ficar claro que a avaliação que se faz das motivações dos outros atores é totalmente situacional, instável e sujeita a mudanças. A idéia de criar viabilidade sustenta-se na possibilidade explorada pelo PES, e que nós adotamos, de que é possível, até um certo ponto, modificar motivações, através de operações estratégicas de mobilização, pressão, convencimento ou

cooptação. No exemplo acima, da necessidade da realização de concurso pela secretaria de saúde, o recurso crítico pode ser a criação de cargos para o concurso, controlado pela Câmara Municipal. Se a Câmara for contra o prefeito e, portanto, contrária ao plano que está sendo elaborado pelo Executivo, sua posição de intransigência o inviabiliza. Esta é a situação no momento da elaboração do plano. A execução de operações estratégicas (mobilizar o Conselho Municipal de Saúde, sensibilizar a opinião pública a respeito da necessidade de contratação de médicos, utilização da imprensa para mostrar os prejuízos que a não contratação significa, etc.) poderá resultar numa mudança de postura da Câmara, no sentido de ter uma motivação favorável à operação apontada pelo plano. No caso, a mudança foi conseguida por estratégias de pressão. Se o prefeito oferecesse aos vereadores cargos no Executivo em troca de votos para a ampliação do quadro da secretaria municipal de saúde, a estratégia teria sido de negociação. O que importa reter aqui é a idéia de que uma análise preliminar de inviabilidade não significa o abandono de uma determinada operação. É sempre possível lutar pela sua viabilização, através da utilização de recursos que o ator do plano controla.

**Tabela 4. Exemplo de análise preliminar de viabilidade feita na montagem de um plano. Ator: Secretário Municipal de Saúde.**

OPE RAÇÕES	RECUR SO CRÍTICO	ATOR QUE CONTROLA	MOTI VAÇÃO	OPERA ÇÃO(ÕES) ESTRATÉGIC A(S)
Contratar médicos	Recurso de poder: criação de cargos	Câmara Municipal	Contrária	-Debate na comissão de saúde. -Debate com o conselho mun.saúde -Artigos na imprensa.
Contratar pessoal de enfermagem	Recurso de poder: autorização para a realização do concurso.	Prefeito municipal	Favorável	
Construir dois centros de saúde	Recurso financeiros: R\$100.	SMS: R\$26.000,00 já previstos no	O prefeito já foi sondado e é	

	000,00	orçamento próprio ○ restante depende de autorização do prefeito para transferência	favorável.	
--	--------	--	------------	--

No exemplo da tabela 4, foram mostradas algumas das operações que estão contidas em um plano hipotético, cujos objetivos são a ampliação da oferta de serviços básicos à população. Podemos considerar que algumas operações dependem de recursos críticos controlados pelo secretário municipal de saúde e por isso nem foram analisadas. A primeira operação que aparece no quadro (contratar médicos) não é, no momento da elaboração do plano, viável. Como ela é uma operação muito importante, o próprio plano já prevê o desenvolvimento de operações estratégicas, criadoras de viabilidade. As outras duas operações são viáveis porque, apesar de o secretário de saúde não controlar diretamente os recursos, o prefeito, por sua motivação favorável, pode “transferi-los” para o secretário de saúde.

Este tipo de construção lógica, traduzida em tabelas muito simples (incomparavelmente mais simples que o instrumental utilizado pelo PES), é de grande potência tanto para uma maior clareza sobre as condições reais de governabilidade de um plano quanto para orientar a elaboração de operações estratégicas para sua viabilização. Reconhecer a própria fragilidade, os limites de sua governabilidade, é um fator de fortalecimento do ator que faz o plano, à medida que se organiza para contornar, enfrentar ou superar suas limitações. O “segredo” da análise da viabilidade é que ela seja refeita sempre no processo de gestão do plano, como será mostrado mais adiante.

### **Elaborar o plano operativo**

É o momento de preparar-se para pôr o plano em ação. Tem a finalidade principal de designar o responsável pelas operações desenhadas no plano, bem como a de estabelecer um prazo inicial para o seu cumprimento. O responsável ou gerente da operação é aquela pessoa que ficará com a responsabilidade de acompanhar a execução de todas as ações necessárias para o seu sucesso. Isto não significa que o responsável vá executar todas as ações. Ele poderá (e deverá) contar com o apoio de outras pessoas. O seu papel principal é o de garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada e prestar conta deste andamento no sistema de gestão do plano (ver próximo ponto).

### **Tabela 5. Exemplo de um plano operativo.**

O	OPERAÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO
	- Contratar médicos	João	até 30/07/97.
	-Contratar pessoal de enfermagem	Pedro	até 30/05/97
	- Construir dois centros de saúde	Maria	até 30/07/98.

João, responsável pela operação “contratar médicos”, deverá coordenar o andamento, inclusive das operações estratégicas, elas próprias compostas por várias ações. Por exemplo, a operação “organizar um simpósio com a comissão de saúde”, implica em um conjunto de ações do tipo “fazer contato com o presidente da comissão”, “preparar material para o simpósio” e assim por diante. O responsável pela operações poderá tanto desenvolver as ações pessoalmente, como pedir ajuda ou delegar a outra pessoa. Seu papel é o de coordenar e avaliar o bom andamento das ações e prestar contas do andamento no sistema de gestão do plano. Depois do quadro de pessoal de médicos aprovado pela Câmara, caberá a João acompanhar a operação “realizar concurso” com suas inúmeras ações - que vão desde “elaborar o edital”, “organizar a banca”, até o momento da posse dos novos profissionais. João poderá ou não ser o diretor do órgão de recursos humanos. Se não o for, deverá atuar em parceria com ele.

No momento de desenho do plano operativo, é bom trabalhar com o conceito de seqüências de operação, também devedor do método PES. Uma seqüência de operações implica no ordenamento temporal de operações, de forma que algumas poderão ser desencadeadas imediatamente e outras poderão “aguardar” mais um pouco, seja porque o autor precisa acumular poder para desencadeá-las, seja porque elas dependem de que alguma operação seja previamente realizada (dependem, para sua realização, de algum “produto”, fruto de outra operação antecedente).

### **A gestão do plano**

Como já havíamos afirmado antes, o sucesso do plano, ou ao menos a possibilidade de que ele seja implementado, depende de como será feita sua gestão. A gestão de um plano significa, centralmente, a criação de um “sistema de alta responsabilidade” no sentido desenvolvido por Matus (1987). Em tal sistema de gestão, entre outras coisas, as pessoas assumem, diante de um superior hierárquico ou diante de um coletivo, COMPROMISSOS de executar, dentro de determinado tempo, tarefas bem específicas. Implementa-se, então, um sistema de petição (pelo superior ou por alguém com esta função no coletivo)

e prestação (pelo responsável pela operação) de contas. Presta-se contas, regularmente, do andamento das operações que compõem o plano. Prestar contas não é apenas dizer “fiz” ou “deixei de fazer”. É analisar “por que” não foi possível fazer, reavaliando a adequação da operação proposta e/ou a existência de controle real de recursos para sua execução. Prestar contas é também conseguir avaliar, de forma sistemática, o impacto das operações sobre o(s) problema(s) que está(ão) sendo enfrentado(s). Pressupõe, portanto, um sistema permanente de conversações, conforme trabalhado por Flores (1989).

Sabemos bem que a maioria das nossas organizações trabalha com sistemas de direção que poderiam ser chamados de “baixíssima responsabilidade”, ou seja, não há tradição das pessoas trabalharem com a declaração de compromissos diante de determinadas tarefas e, muito menos, nenhuma cobrança efetiva sobre possíveis compromissos assumidos. Além do mais, as agendas da direção superior, bem como das gerências intermediárias, vivem lotadas com problemas emergenciais, que aparentemente não podem ser “deixados para depois”, de modo que nunca sobra tempo para “trabalhar com planejamento”.

Fazer uma boa gestão do plano significa conseguir, minimamente que seja, sua inserção no sistema de direção adotado pela organização. O plano, para ter chances de ser executado com sucesso, precisa de sistema de direção altamente comunicativo, com clara definição de responsabilidades e dispositivos de prestação regular de contas. Na nossa experiência, mesmo que não haja radicais e - muitas vezes, desnecessárias - reformas estruturais, alguns (re)arranjos institucionais, ainda que provisórios, deverão ser adotados para a execução do plano: a) Gestão colegiado do plano com a participação da direção superior e das gerências intermediárias; b) Organização das pautas de reuniões do colegiado, de forma que apenas as “importâncias” sejam trabalhadas, ou seja, não haja uma “distração”, pelo menos neste colegiado, com problemas emergenciais; c) Envolver as gerências formais com as operações que lhe são mais pertinentes, como por exemplo, a diretoria do órgão de recursos humanos responsabiliza-se pela operação “contratar médicos”, de forma que vá havendo uma superposição de uma estrutura gerencial mais matricial (centrada no plano) sobre a velha estrutura verticalizada e fragmentada.

Nesta medida, espera-se que o plano “colonize” a vida da instituição, influenciando, inclusive, sua reformatação “estrutural”. Por esta lógica, reformas administrativas e de organogramas seriam sempre secundárias ou caudatárias à introdução de uma nova forma de funcionamento, centrada no alcance de objetivos do plano estratégico. Assim, planejamento e gestão se fundem no que poderia ser designado como **gestão estratégica**.

### **Bibliografia.**

- CECILIO, L.C.O. (org.) Inventando a mudança na Saúde. São Paulo,

HUCITEC, 1994.

- FLORES, C.F. Inventando la empresa del siglo XXI. Chile, Hachete, 1989.

- MATUS, C. Politica, Planificacion y Gobierno. Caracas, Fundacion Altadir, 1987.

- RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.

- ROBIROSA, M.C. Planificacion para las necesidades basicas y resultados concretos: una estrategia de gestión de asentamientos humanos. FLACSO, mimeo, 1982.

- ZOPP. Planejamento de projetos orientado por objetivos. Frankfurt, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH, mimeo, sem data.