

Resumo

Trata-se da temática da gestão de serviços e organizações de saúde, focando os saberes como recurso de ação que se revertem em fontes de autonomia, autoridade e poder dos sujeitos nos contextos de suas práticas. O movimento de consolidação do SUS coloca como desafio a "adequação" dos trabalhadores de saúde aos seus princípios e diretrizes, estabelecendo instrumentos como a gerência de serviços, para a reorganização do processo de trabalho em saúde. Na gestão hospitalar tomou-se o conceito de "ambiência" para compreender e reorganizar a funcionalidade do hospital dando destaque ao espaço físico e tecnológico, considerando que esses elementos não se conformam sem a mediação do social e do afetual.

Descritores: gestão; gerência; saberes profissionais; atenção primária; organização Hospitalar

Abstract

This article deals with the management of health services and organizations, focusing on knowledge as an action resource, which turns into a source of autonomy, authority and power for subjects in the context of their practices. The movement towards the consolidation of the Single Health System (SUS) gives rise to the challenge of "adapting" health workers to its principles and guidelines, establishing instruments such as service management with a view to the reorganization of the health work process. In hospital management, the concept of "ambiente" was adopted to understand and reorganize hospital functionality, highlighting the physical and technological space, in view of the fact that these elements cannot be constituted without the intermediation of the social and affectual.

Descriptors: management; professional knowledge; primary health care; hospital organization

Title: Health services management challenges in theory and practice

Resumen

Este artículo se trata de la temática de gestión de servicios y organizaciones de salud, enfocando los saberes como recursos de acción que revierten a fuentes de autonomía, autoridad y poder de los sujetos en los contextos de sus prácticas. El movimiento de consolidación del Sistema Único de Salud (SUS) pone como desafío la "adecuación" de los trabajadores de salud a sus principios y directrices, estableciendo instrumentos tales como la gerencia de servicios, con vistas a la reorganización del proceso de trabajo en salud. En la gestión hospitalaria, se tomó el concepto de "ambiencia" para comprender y reorganizar la funcionalidad del hospital, destacando el espacio físico y tecnológico y considerando que esos elementos no se conforman sin el intermedio del social y del afectual.

Descriptores: gestión; gerencia; saberes profesionales; atención primaria; organización hospitalaria

Título: El desafío teórico práctico de la gestión de los servicios de salud

1 Dos Saberes Profissionais : o grau de indeterminação e sua produção local

A importância da prática de gestão, bem como a participação dos enfermeiros e o espaço que ocupam na dinâmica do processo organizacional das instituições de saúde contemporâneas, remetem-nos a pensar no caráter complexo e polêmico da gestão, que por conseguinte constitui-se em desafio teórico-prático para os gestores do setor saúde, especialmente os enfermeiros, que têm sobre si responsabilidades de gerir unidades e serviços. Neste sentido, os saberes se constituem em importante recurso de ação e se traduzem num instrumento legitimador do trabalho de diferentes profissionais, da mesma forma que se revertem em fontes de autonomia, autoridade e poder dos sujeitos no contexto de suas práticas. Os níveis hierárquicos criados no seio das organizações geram diferentes possibilidades de concepção e execução do trabalho de gerência, à medida das diversas configurações de padrões, processos e elementos a que se referem as posições funcionais e estruturais dos gestores. Assim, no âmbito das distintas posições hierárquicas há também distintas formas de se conceber e executar as ações gerenciais, as quais são produzidas e reproduzidas de acordo com a natureza dos saberes subjacentes. A explicitação da natureza de tais saberes é importante na medida das diferentes valorizações sociais a que correspondem, valorizações estas resultantes da apreensão e monopólio de um dado conhecimento por parte dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho. Então,

é em torno da problematização dos saberes que esta análise teórica se apresenta, no sentido da caracterização dos saberes indeterminados e dos saberes-fazer.

O saber-fazer é um saber que se operacionaliza em situações padronizadas e regulamentadas e está associado ao trabalho que obedece uma rotina prefixada. Não está subjacente a este saber a aplicação de um exercício intelectual interpretativo e sua aquisição se dá na prática pela repetição de procedimentos codificados. Esta definição, entretanto, não dá conta de objetivar como este saber é construído e sustentado socialmente e, neste sentido, algumas análises são esclarecedoras em dois níveis. Num primeiro nível, apreende-se que o saber-fazer está incorporado por elementos do saber científico, o que torna possível fazer uma distinção entre o saber-fazer empírico e o saber-fazer analítico. O primeiro é um saber que se apóia na interação entre o trabalhador e seus instrumentos e objeto de trabalho, mas não "integra a percepção cognitiva e formalizada do processo subjacente aos atos de trabalho". Isto é, o trabalhador não apreende cognitivamente o processo de trabalho como um todo e seu saber acaba por se restringir ao campo da rotinização. Já o saber-fazer analítico espelha uma componente interpretativa, visto que a relação entre o sujeito, o objeto e os meios de trabalho é precedida de uma compreensão do processo subjacente, não sendo portanto esta relação exclusivamente técnica ou prática. Então, o caráter diferenciador entre o saber-fazer empírico e o saber-fazer analítico repousa na dimensão interpretativa que o

* Esse artigo é originário das teses e ensaio de Livre Docência das autoras, as quais em conjunto produziram sínteses das idéias elaboradas sobre o tema da gestão, destacando seus saberes e seus enfoques na atenção primária e em organização hospitalar. **Enfermeira. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. ***Enfermeiro. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

E-mail do autor: erraz@eerp.usp.br; bethlaus@eerp.usp.br; smishima@eerp.usp.br

trabalhador tem de seus atos de trabalho⁽¹⁾.

Num segundo nível, a autora considera que o saber-fazer só se restringe ao âmbito do fazer, quando uma atividade está circunscrita exclusivamente à repetição dos mesmos gestos e procedimentos, portanto situado num plano distinto do saber científico. A partir de uma situação concreta, se estará no domínio exclusivo do fazer quando não houver possibilidade de se retirar do trabalho as “regras gerais” que o determinam, de forma a possibilitar a aplicação de uma mesma solução a partir de uma experiência similar vivenciada anteriormente⁽²⁾.

Outra dimensão sobre a análise dos saberes é evidenciada pela natureza dos saberes indeterminados, destacando-se a idéia de que este é um saber que carrega uma forte carga interpretativa e exige amplo componente intelectual⁽²⁾. A diferenciação entre o saber indeterminado e as “formas de saber cuja aplicação é padronizável em regras e procedimentos (...) foi originariamente sistematizada por Jamours & Peloille com a noção de *indeterminação/tecnicidade*, tendo sido sucessivamente retomada por outros autores”⁽⁴⁻⁷⁾.

Indeterminação são os meios que escapam a normas e são atribuídos às virtualidades dos praticantes ou produtores. *Tecnicidade* é a dimensão que no processo de produção é representada por meios que podem ser dominados e comunicados sob a forma de normas. A razão “*indeterminação/tecnicidade* exprime a possibilidade de transmitir, por meio de aprendizagem, o domínio de instrumentos materiais e intelectuais usados para realizar ou conseguir determinados resultados”⁽³⁾. Assim, quanto mais elevada for a razão *indeterminação/tecnicidade*, mais a natureza do saber adquire um caráter indeterminado.

Os saberes indeterminados escapam a qualquer tipo de saber “formal” e situam-se no âmbito de um trabalho cuja operacionalização envolve procedimentos complexos e imprevisíveis. “Constitui uma forma de saber intrinsecamente associada às competências e capacidades individuais do profissional, o que lhe confere o caráter de saber não transferível, não deixando, porém, de incorporar na sua matriz o saber de natureza científica, enquanto fundamento do exercício de interpretação que o configura”⁽²⁾. O saber indeterminado é utilizado em situações não previstas ou padronizadas e é reconhecido como legítimo na medida em que se conforma e se estrutura na relação entre a natureza técnico-científica e a natureza indeterminada do conhecimento.

Isto posto, fica salientado o recorte que diferencia os saberes-fazer dos saberes indeterminados. Entretanto, para avançar um pouco mais nesta discussão é importante considerar a perspectiva que outro autor introduz em relação aos saberes-fazer⁽⁸⁾, em que atribui relevância às modificações no mundo do trabalho, em razão do significativo desenvolvimento tecnológico dos tempos recentes, defende a tese de que o saber-fazer está sendo objeto de recomposição. Em outras palavras, a dimensão da *gestualidade operativa*, inerente ao saber-fazer, tende a se deslocar para o domínio interpretativo, de forma que a ação é precedida por uma *conceitualização executiva*. Neste movimento ampliam-se as possibilidades de recomposição do saber-fazer o qual incorpora saberes teóricos necessários para darem respostas às novas exigências do processo de trabalho.

Salienta-se que esta recomposição, entretanto, não deslocou os novos saberes teóricos “para o domínio dos saberes científicos de natureza puramente cognitiva: a sua natureza mantém-se de ordem operatória, porém adquirem maior complexidade na medida em que implicam o equacionamento de conhecimentos técnicos de natureza teórica, com saberes práticos gerados pela experiência”⁽²⁾.

Então os saberes-fazer e os saberes indeterminados se distinguem pela natureza em que se inscrevem. O primeiro está sempre associado a procedimentos padronizados e rotineiros mas nem por isso é exclusivamente mecânico ou

destituído de um saber científico, que neste caso se restringiria aos limites do simples fazer. Os indeterminados, pela natureza interpretativa e intelectual que comportam, inscrevem-se em situações imprevisíveis e significativamente complexas, não sendo transmitidos ou apreendidos nas situações formais em que se desenvolve o processo ensino-aprendizagem.

Fazendo uma analogia entre os contributos teóricos apresentados e a prática de enfermagem, não seria equivocado afirmar que o saber-fazer empírico se identifica mais no campo do “prestar cuidados” em função da predominância das *gestualidades operativas* subjacentes aos procedimentos rotinizados e padronizados que envolvem as técnicas de enfermagem: dar injeção, fazer higiene corporal, verificar sinais vitais, etc. O saber-fazer analítico inscreve-se, da mesma forma, no âmbito dos cuidados e se coloca à vista em razão dos saberes teóricos incorporados aos atos de trabalho. É o caso, por exemplo, do processo de enfermagem cujo desenvolvimento pressupõe uma *conceitualização executiva* por parte de quem o desenvolve. Entretanto, salienta-se que o processo de enfermagem figura como um “instrumento de operacionalização” de novos saberes, introduzido progressivamente na formação dos enfermeiros “enquanto estratégia central para a sua revalorização”⁽²⁾.

Porém, não obstante o processo de enfermagem constituir uma modalidade formal de reelaboração da natureza dos saberes dos enfermeiros, acrescenta ainda a mesma autora que “as suas formas de concretização e consolidação no plano das práticas profissionais, bem como o seu alcance estratégico para a revalorização profissional deste grupo, não deixa de ser mediatizado pelas possibilidades que se inscrevem na especificidade dos diferentes contextos de trabalho”⁽²⁾.

Há pouco se fez referência que a natureza dos saberes imprime diferentes valorizações sociais aos diversos atos de trabalho. Entretanto, tal valorização não se dá somente em função da natureza dos saberes mas também pela sua especialização, no sentido de garantir estrategicamente um caráter intransferível e, ainda, pelas possibilidades de centralizarem-se em *áreas de incerteza/indeterminação* nos contextos de trabalho. O conjunto destas duas estratégias de valorização dos saberes foi entendido como sendo a sua *insubstituibilidade*, ou seja, através da construção de recursos de valorização social dos saberes, criam-se nos contextos de trabalho desiguais possibilidades de acionamento de tais saberes⁽⁹⁾.

Por sua vez, o conceito de *área de incerteza/indeterminação*⁽¹⁰⁾ foi desenvolvido sendo de grande contribuição uma vez que diz respeito à identificação de situações que geram possibilidades aos enfermeiros de mobilizarem recursos para o acionamento de saberes administrativos, em especial os indeterminados. Assim, torna-se relevante introduzir na discussão a perspectiva da *Teoria da Ação Estratégica* desenvolvida por Crozier⁽¹⁰⁾.

Esse autor entende que toda ação envolve uma estratégia de caráter contingente. Além da estratégia, são ainda determinantes na formulação de sua teoria dois outros elementos: o *poder* e as *áreas de incerteza/indeterminação*. O conceito de *poder* se traduz nas possibilidades que os sujeitos encontram para desenvolverem uma relação de troca e negociação em suas ações. Neste sentido, o conceito de *poder* e *estratégia* se associam enquanto capacidades do sujeito para dominar uma situação e imprimir uma solução concreta diante de um problema. Quanto ao conceito de *incerteza/indeterminação*, o autor refere que os problemas materiais sempre comportam um aspecto considerável de *incertezas*, o que significa dizer de *indeterminação*, no que diz respeito às modalidades objetivas de sua solução. Assim, a teoria de *ação estratégica* se fundamenta no *poder*, que por sua vez é gerado e alimentado pelas *áreas de incerteza/indeterminação* inscritas nos diversos espaços de trabalho.

É neste nível de problematização que a *Teoria da Ação*

Estratégica oferece subsídios para a análise dos saberes que os sujeitos acionam no cotidiano do trabalho, enquanto recurso gerado no lidar com a prática gerencial. Outra perspectiva teórica que converge para a análise dos saberes administrativos é a *Teoria da Ordem Negociada*⁽¹¹⁾, a qual contribui para maior visibilidade e desocultação dos processos informais que articulam o trabalho de gerência, bem como as formas de organização que o estruturam e os saberes aí presentes.

No cotidiano de trabalho os indivíduos desenvolvem processos permanentes de negociação para atingirem seus objetivos. Portanto, a concepção nuclear da *Teoria da Ordem Negociada* é a *negociação*, sustentada ainda pelo pressuposto de que os processos informais são construídos no cotidiano e são produto de uma ordem negociada. Tais processos se desenvolvem em estruturas que formalizam as relações de trabalho as quais, não sendo determinantes, os tornam contingenciais. Daí que, a relação entre a estrutura formal e os processos informais de negociação é também geradora de novas ordens que vão se estabelecendo no campo das práticas profissionais. Portanto, a *Teoria da Ordem Negociada* salienta a inter-relação entre as estruturas e processos, ou seja, o modo como os processos informais se desenvolvem em contextos organizacionais formais.

2 Desafios para a gestão e gerência de serviços de atenção Primária à Saúde

A temática da gerência na atenção primária a saúde, apenas mais recentemente, começa a ser objeto de preocupação por dirigentes do setor público de saúde, apesar de não ser nova esta abordagem na literatura administrativa. Pode-se dizer que é com a Reforma Administrativa de 1969 na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que é introduzida a gerência local nos serviços públicos de atenção primária. A Reforma Administrativa previa um conjunto de ações visando dar maior organicidade às estruturas existentes na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que agiam de forma fragmentada e sem uma coordenação única de ação, sendo que a idéia era de promover “uma reforma completa na organização e prevendo um novo gerente como um agente privilegiado em sua implantação”⁽¹²⁾.

É, contudo, com o processo de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, e com o aprofundamento da diretriz organizativa da descentralização que a temática da gerência e gestão do sistema e serviços de saúde começa a ganhar corpo e espaço na agenda política, uma vez que a constituição do Sistema Único de Saúde - SUS, demanda uma outra lógica assistencial e organizativa nos serviços de saúde.

A Reforma Sanitária brasileira trouxe para cenário de construção do SUS um conjunto de demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais que desafiaram a administração pública, uma vez que o sistema de saúde brasileiro é definido como uma rede regionalizada e hierarquizada configurando um sistema único sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da sociedade, sendo que esta definição é profundamente distinta do anterior Sistema Nacional de Saúde, cuja principal característica estava na centralização da gestão nacional do setor⁽¹³⁾.

A Constituição Federal estabelece esta rede como de relevância pública e como dever do Estado, colocando, desta forma, em cena privilegiada no quadro que se delinea com a constituição do SUS a

gestão de sistemas e a gestão de serviços de saúde como novidade política, pois não cabe mais ao estudo da saúde pública apenas o conhecimento da gerência das unidades de serviço, mas o pensar (planificar, avaliar, transformar, ordenar, inovar) o conjunto dos movimentos de implementação da reforma sanitária⁽¹³⁾.

Desta forma, com a implantação e o movimento de consolidação do SUS desafios são colocados para a

“adequação” dos trabalhadores de saúde aos seus princípios e diretrizes, assim como do estabelecimento de instrumentos, como, por exemplo, a gerência de serviços de saúde, para a (re)organização do processo de trabalho em saúde que possibilitem o pleno desenvolvimento e atendimento das necessidades de saúde da população, e a ação de saúde voltada para a produção de cuidados.

Este movimento, sustentado pelo processo de descentralização, traz para o nível local novas responsabilidades e compromissos no sentido de atender às demandas e expectativas que se colocam, por parte dos usuários do sistema de saúde, e ao mesmo tempo a necessidade: de expansão física e funcional da rede de atendimento à saúde, da adequação do quantitativo e qualitativo de trabalhadores alocados para a prestação de cuidados, de revisão dos padrões de produtividade, da avaliação da qualidade da assistência prestada. Inserida neste contexto, a gerência de serviços de saúde tem sido tomada como um fator de fundamental importância para o alcance destes objetivos. *Por esta razão tem-se apresentado progressiva demanda por capacidade gerencial nas unidades prestadoras de serviços de saúde com a finalidade de suprir a dificuldade de qualificação gerencial, como uma condição fundamental para a melhoria da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde do sistema municipal*⁽¹⁴⁾.

De forma alguma é creditado, exclusivamente, à gerência de serviços de saúde a potência de transformar os processos e os serviços de saúde, uma vez que é preciso que se faça a leitura crítica e objetiva deste instrumento de trabalho, sendo necessário se definir “*com maior precisão seu peso e seu lugar na escala de determinantes do processo de produção de serviços de saúde. [...] Ou seja, o processo de gestão parece estar mais bem conceituado quando definido como instrumento necessário, mas não suficiente, à implementação de políticas [...]*”, uma vez que ao assim considerarmos a gerência, esta se coloca “*ao mesmo tempo, “condicionante do” e “condicionada pelo” modo como se organiza produção de serviços de saúde. Essa dupla posição - de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto - torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde*”⁽¹⁵⁾.

Ao discutir a questão dos modelos assistenciais em saúde, outros autores trazem algumas reflexões pertinentes para se pensar o trabalho gerencial na direção assinalada acima, autores afirmando que os fatores sociais, políticos e econômicos definem em grande parte a estrutura e organização dos serviços de saúde, sendo que tais aspectos estão assentados por referência ao que se denomina de macropolítica. Por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial dos serviços de saúde é dado pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, através dos quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde⁽¹⁶⁾. Continuam afirmando que o trabalho em saúde traz como componente poderoso, o trabalho vivo em ato.

Tomando estas questões, aqui se credita a possibilidade de se refletir sobre a gerência dos serviços de saúde como uma potente ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde nas unidades locais, no sentido da produção de cuidados de saúde, não se restringindo ao desenvolvimento de atividades burocráticas como se tem verificado de forma intensiva nos serviços de saúde. Esta possibilidade, leva, portanto, a se pensar na construção de alternativas que possam diminuir a distância entre os que comandam, dirigem e aqueles que executam cotidianamente as ações de saúde. “*Trabalhar para que todos sejam em alguma medida gerentes, reformular os organogramas das instituições redistribuindo o poder de decidir*”⁽¹⁷⁾.

Abre-se uma janela para se refletir sobre este último aspecto quando nos é apresentado dois conceitos básicos do Movimento Institucionalista ou Instituinte: auto-análise e

autogestão, processos simultâneos e articulados.

A auto-análise consiste em que os grupos/comunidades, se transformem em protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas, enunciando, através de um processo de reflexão, que lhes permita saber e refletir sobre sua vida, sendo este processo de auto-análise simultâneo com o processo de auto-organização / auto-gestão, em que os grupos / comunidades se articulam, institucionalizam, organizam para construir os dispositivos necessários para produzir os recursos de que precisa para o melhoramento de sua vida.

Na medida em que esta organização é conseqüência e, ao mesmo tempo, um movimento paralelo com a compreensão da auto-análise, ela também não é feita de cima para baixo, nem de fora, mas feita no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado⁽¹⁸⁾.

Ao trazer tais conceitos como presentes em qualquer tendência do Movimento Instituinte e fundamentais para a sustentação de sua lógica, o autor, não nega, contudo, que nos processos produtivos não estão abolidas a hierarquia de decisão, de deliberação, sendo enfático em afirmar que existirão hierarquias, existirão gerências.

Mas, a existência de hierarquia não implica diferença de poder; não equivale à autarquia ou arbitrariedade na capacidade de decidir. Implica apenas uma certa especialização em algumas tarefas, porque estes dispositivos estão feitos de tal maneira que as decisões de fundo são tomadas coletivamente⁽¹⁸⁾.

Assim, coletivizar o trabalho, gerir serviços de saúde dividindo responsabilidades, estabelecer estratégias que possam recompor o trabalho em atenção primária no sentido de acolher a clientela em suas necessidades pode significar o favorecimento de uma lógica participativa e democrática creditando aos trabalhadores e usuários a capacidade de se constituírem atores num processo de construção e de criação de diferentes possibilidades de intervenção.

Esta direção certamente atende as premissas colocadas na proposta da atenção primária à saúde e da consolidação dos princípios norteadores do SUS. Esta pertinência pode significar a possibilidade do trabalhador de saúde (e usuários dos serviços) de se tornar autor do projeto assistencial em construção⁽¹⁹⁾ e, neste sentido, não há dúvida, que só se consegue algum tipo de mudança no modo de produzir saúde, se isto for uma tarefa coletiva, do conjunto de atores, "reformadores" de modos de produzir ações de saúde²⁰. Estabelecer estratégias, portanto, que possam abrir possibilidades para que o trabalhador em saúde se reconheça no projeto que está sendo construído parece ser um dos desafios que se coloca no cenário contemporâneo da saúde.

Esta discussão aponta para dois aspectos presentes na lida dos serviços de saúde e que implica em se olhar para a interface destes dois temas extremamente complexos na produção em saúde: de um lado a questão dos *trabalhadores de saúde*, aspecto na área da saúde que vem sendo assinalado como um dos pontos nevrálgicos para a construção de um sistema de saúde^(13,15,21) que se pautem pelo respeito aos princípios e diretrizes do SUS; e de outro, a forma como se colocam cotidianamente em ação *processos de condução do processo de trabalho* que possam permitir a adesão e compromisso dos trabalhadores e o desenvolvimento de ações coerentes ao projeto ético-político do SUS em seus princípios de universalidade, equidade, participação social e que podem conduzir ao exercício de direitos, ou seja, plena expressão de cidadania^(20,22,23).

3 A ambiência hospitalar e a transição do modelo de gestão

A precária situação atual dos hospitais públicos brasileiros pressiona para uma reorganização administrativa que leve em conta a melhoria da ambiência desses hospitais. Tomaremos o conceito de "ambiência"⁽²⁴⁾ de Michel

Maffesoli para explicitar que a problemática da gestão hospitalar perpassa pela compreensão de que o espaço e a atmosfera determinam a dinâmica institucional na medida que, englobam o espaço físico, as diversas relações e inter-relações que são de ordem econômica, política, ideológica, social, cultural, não sendo possível privilegiar nenhum aspecto em detrimento do outro. Portanto para inovar e qualificar a gestão/gerência, primeiro é preciso analisar a atmosfera hospitalar, porque é ela que determina o processo de trabalho, as atitudes individuais e coletivas dos profissionais e conseqüentemente a qualidade da produção.

O sociólogo francês deixa claro que é difícil conceituar ou definir a ambiência por ser da ordem da complexidade, do nebuloso; entretanto, indica que podemos realçar suas principais características, mostrando o que ela tem de objetivo e subjetivo, esclarecendo que o objetivo torna-se mais receptivo aquilo que é da ordem do ambiente, do fazer, os quais entretanto, não se conformam sem a mediância do social e do afetual, que são de natureza subjetiva.

Outro aspecto objetivo refere-se a estrutura organizacional dos hospitais públicos que ainda na atualidade, segue as diretrizes estabelecidas por organogramas clássicos conformando um aparato altamente hierarquizado, instituindo a fragmentação das responsabilidades, a formalização das relações humanas e da produção, sempre pautada nas lógicas da autoridade legal e sua correlata lógica da proteção-servidão; ambas pertencentes ao sistema burocrático⁽²⁵⁾.

Na perspectiva maffesoliana um racionalismo exagerado se desregula até eliminar o que há de vida criativa institucional e, nesse sentido constatamos que há nos hospitais conjuntos profissionais capacitados mas que se sentem impotentes na condução do próprio processo de trabalho. Essas observações assinalam para a exigência de se trilhar um outro caminho de racionalidade hospitalar.

No que se refere ao impacto da estrutura administrativa vigente entendemos que a análise social é paradoxal, uma vez que a ação da tecnoestrutura com centralização do poder contribui para o enfraquecimento dos vínculos sociais conduzindo à depressão social e à desagregação das categorias profissionais, mas no entanto, esse mesmo conjunto profissional age receptivamente a essa estrutura, uma vez que o poder autocrático exercido encontra ressonância entre os dominados⁽²⁵⁾.

Nesta direção uma reestruturação administrativa trata-se eminentemente de um processo de desacumulação de valores culturais, motivado pela saturação ou decadência do sistema administrativo clássico vigente, portanto deve ser compreendido acima de tudo como um processo de alternância de concepção da própria funcionalidade institucional.

Com esse pensamento relatamos a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Unidade de Emergência, que se espelhando nas evidências de saturação e nas manifestações de desejos de mudanças, arquitetou um desenho organizacional, que melhor retratasse a concepção institucional para o presente, esboçando-o depois de vários movimentos de análises auxiliados por estudos^(20,22), e, mediante, diversas contemplações da ambiência hospitalar com seus processos de trabalho.

Colocou-se substância regimental e operatória na delimitação de unidades funcionais, cuja compreensão refere-se a áreas de trabalho especializadas, com espaço físico, recursos humanos e tecnológicos estabelecidos, possuidoras de estrutura organizacional quase horizontalizada, com diretrizes básicas de funcionamento e, que dispõem de serviços claramente definidos.

A importância da definição do espaço físico para a gestão colegiada é fundamental, uma vez que comporta a representação do lugar geográfico destinado ao enraizar-se do corpo profissional e de usuários do serviço. O lugar, o território é compreendido por Maffesoli como *a priori* para qualquer

construção coletiva, na medida em que porta uma carga antropológica importante relativa a inscrição dos desejos, dos sonhos e das práticas cotidianas⁽²⁴⁾.

Assim o novo organograma dispõe que, em cada unidade funcional, tenha-se uma equipe de gestão que congregue os profissionais que prestam serviços naquela área de trabalho, os quais em conjunto gozam de autonomia no que tange à apreciação e redefinição do modelo técnico-assistencial.

Emana da equipe de gestão a escolha de um grupo gestor composto por um representante de cada categoria profissional, escolhido entre os pares com mandato de dois anos, ao qual compete, em particular, a gestão dos aspectos administrativos e do modelo assistencial da sua unidade funcional, propondo medidas necessárias à implementação dos planos de atuação delineados em consonância com as políticas geradas pela coordenação do hospital.

Para melhor funcionalidade cada grupo gestor elege um gestor a quem cabe o papel de coordenador e animador do grupo e da equipe de gestão, sendo o gerente estratégico para o monitoramento da execução dos planos delineados para a unidade funcional. O gestor é o responsável final por todos os recursos indispensáveis à realização dos planos de ação para alcance dos projetos, portanto configura-se em um ator social privilegiado que requer capacidade de articulação.

O conselho de gestores reúne-se para processar as demandas de interface e interdependência das diferentes unidades funcionais, fortalecendo a idéia de rede institucional, para que cada equipe sinta-se conectada com as demais, de forma orgânica e sistêmica.

Uma equipe de supervisores e responsáveis técnicos nomeados pelo coordenador do hospital, inclui as áreas de enfermagem, medicina, apoio administrativo, serviço social, psicologia, nutrição, laboratórios, infra-estrutura e manutenção, tendo o compromisso de instituir processos de reflexão crítica e acompanhamento dos resultados das práticas interdisciplinares e, em âmbito particular, cada especialidade regula o seu exercício profissional com suas especificidades.

O coordenador do hospital está apoiado pela equipe de planejamento e conselho multidisciplinar, no que se refere a análise de conjuntura interna e externa das políticas de saúde, a fim de instituir e implementar diretrizes gerais de atenção hospitalar de urgência e emergência, propondo-se a ofertar ao usuário atendimento integral, ágil, resolutivo, humanizado e articulado com a rede de atenção do Sistema Único de Saúde.

Com esse desenho organizacional apostou-se na mudança político-administrativa do hospital, levando a sério o irrefutável desafio de reformar as práticas e as relações profissionais, conduzindo o processo de forma colegiada e interdisciplinar.

O agir na transição do modelo administrativo nos ensinou que precisa-se de um pouco de tempo para encontrar um método não cartesiano que permitisse ao conjunto profissional ir decifrando a transmutação da gestão no próprio agir inventivo. Um método de transmutação é mais uma alavanca metodológica que possibilita a transferência de valores, estruturas de poder e práticas consolidadas para uma outra dimensão, a fim de alcançar a transfiguração⁽²⁵⁾.

Transfigurar não é equivalente ao ato de mudar ou de transformar. Do ponto de vista sociológico esses comportam valores e atitudes ativistas, enquanto a transfiguração propõe um método de tecer conjuntamente com reversibilidades constantes, em que se elabora simultaneamente a resistência e o usufruir do nascente, daquilo que está emergindo e que ainda causa estranheza. Desta forma, a transmutação não acontece subitamente e nem comporta a idéia de totalidade. O autor nos alerta a rejeitar as atitudes prometeanas de querer novamente dominar, transformar ou mudar o mundo, e indica que melhor será unirmos a ele através da contemplação, que é uma forma de acompanhamento da realidade^(24,26).

Do ponto de vista maffesoliano o agir tradicional segundo a lógica da imposição-servidão foi cedendo lugar a contemplação-criação⁽²⁷⁾, o que correspondia a não-atividade político-administrativa gerada *a priori* em espaços de poder central. Essa perspectiva requereu dos dirigentes dedicação para se unirem ao conjunto dos profissionais, a fim de irem coletivamente formatando a ambientação que determinava a atividade, ou seja, a criação das novas diretrizes de poder e de funcionamento institucional.

Com essa postura os dirigentes não se encastelam mais em suas salas, estando o tempo todo com a base analisando fatos e situações do dia a dia, o que tem determinado uma nova configuração do poder no hospital, saltando de uma lógica que dispunha os dirigentes distantes da produção e com total poder de decisão para uma outra em que predomina a horizontalidade⁽²⁵⁾.

Sobre o ambiente físico e tecnológico os reconhecemos não somente nas suas características de espaço e objeto inanimados, mas nas suas possibilidades de destaque das dimensões de espaço e objeto simbólicos. Buscando este estilo estético⁽²⁷⁾, a transfiguração de uma entidade material também opera pela transmutação de uma dada condição para outra, sendo assim o espaço físico e tecnológico do hospital de estudo passou de um lugar com diversas inadequações para algo qualitativo com sentido de apropriado, com embelezamento que estimula o prazer e a confiança.

A temática do espaço institucional desempenha papel cada vez mais importante na atualidade dada a sua fecundidade na produção de uma funcionalidade ampla que possibilita a eficiência técnica, o bem estar, o conforto, a socialidade e a beleza. O território do hospital possui uma materialidade mística diante da sua capacidade de acolher a doença e o tratamento, a vida e a morte; portanto esse espaço tem uma imagem que é sagrada.

Um corte epistemológico não tem para nós, o sentido de que os diversos elementos da administração clássica vigente como a divisão técnica do trabalho, o controle e a supervisão serão ultrapassados ou eliminados. De fato continuarão presentes na gestão colegiada, mas adquirirão outra tonalidade demonstrando que a estrutura e a lógica do processo de trabalho não são mais a mesma, na medida do declínio do poder centralizado e das possibilidades de se colocar em relação às verdades múltiplas. Isto é transmutação uma vez que os elementos da administração clássica continuarão presentes, contudo com outra configuração e abordagem.

Referências

1. Barcet A, LE Bas C, Mercier C. *Savoir-Faire et Changements Techniques*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon;1985.
2. Lopes NGM. *A Recomposição dos Saberes, Ideologias e Identidades de Enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar [dissertação de Mestrado]*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa; 1994. 207f.
3. Jamous H, Peloille B. *Changes in the French University-Hospital System*. In: Jackson J.A, editor. *Professions and Professionalization*. Cambridge: Cambridge University Press;1970.
4. Atkinson P. *Medical Mystique*. *Sociology of Work and Occupations*, London1977;4(3).
5. Boreham P. *Indetermination: professional knowledge, organization and control*. *The Sociological Review*, London 1983;31(2):5.
6. Turner BS. *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage Publications;1987.
7. Carapinheiro G. *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento;1993.
8. Dubar C. *La Socialization: construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin;1991.
9. Paradeise C. *Des Savoirs au Compétences: qualification et régulation des marchés du travail*. *Sociologie du Travail*, Paris1987;12(1):23-7.
10. Crosier M, Friedberg E. *L'Acteur et le Système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil;1977.

11. Strauss A. *Negotiations*. São Francisco (CA): Jossey-Bass Publishers; 1978.
12. Castanheira ERL. *Gerência do trabalho em saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo* [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo;1996.196f.
13. Ceccim RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. *Bol Saúde*, 2002;16(1):9-36.
14. Bertussi DC. *Desenvolvimento gerencial em saúde: limites e possibilidades* [dissertação Mestrado]. Londrina (PR): Programa de Pós-graduação, Universidade Estadual de Londrina;2002. 282f.
15. Campos GWS. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec;1989.
16. Franco T, Merhy EE. *PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. Campinas(SP): 1999. (digitado)
17. Campos GWS. *Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde*. In: Cecílio LCO, organizadores. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec;1994. p. 29-87.
18. Barembliitt G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos;1994.
19. Campos GWS. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde*. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec;1997. p. 229 – 66.
20. Merhy EE. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/ Lugar Editorial;1997.p. 71-112.
21. Mishima SM. *Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador*. In: *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises*. Brasília: MS;2003. p. 137-56.
22. Campos GWS. *Um método para a análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec;2000.
23. Sá, MC. *Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2001; 6(1):151-64.
24. Maffesoli M. *A transfiguração do político: a tribalização do mundo*. Porto Alegre (RS): Sulina;1997.
25. Ferraz CA. *Ensaio sobre reforma político-administrativa hospitalar: análise sociológica da transição de modelos de gestão* [tese de livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem , Universidade de São Paulo;2002.
26. Maffesoli M. *No fundo das aparências*. Petrópolis (RJ): Vozes;1996.
27. Maffesoli M. *A contemplação do mundo*. Porto Alegre (RS): Artes e Ofícios;1995

Data de Recebimento: 27/07/2004

Data de Aprovação: 27/09/2004