

# ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O SINGULAR PROCESSO DE COORDENAÇÃO DOS HOSPITAIS.

**Emerson Elias Merhy**

**Luiz Carlos de Oliveira Cecilio**

**RESUMO:** Os autores fazem uma discussão sobre o tema da coordenação do hospital, tendo como ponto de partida a crítica ao paradigma estrutural-funcionalista hegemônico na Administração Hospitalar, em particular suas insuficiências para abordar a micropolítica dos hospitais. Propõem um necessário alargamento do instrumental teórico para pensar a singularidade da coordenação dos hospitais, utilizando-se tanto do pensamento mais crítico do campo específico da Teoria das Organizações como das contribuições do Institucionalismo. Tendo como referência suas experiências de ensino, pesquisa e consultoria a organizações hospitalares, apontam um conjunto de dispositivos analíticos/práticos com grande potência para “abrir” a micropolítica do hospital, em particular a construção dos mapas de contratualidade e de conflito. Trabalham com a idéia de que tais mapas podem ser vistos como “traduções” da eterna disputa em torno de projetos e interesses distintos, de autogovernos em contraposição de uma macro-racionalidade que se quer única e que podem e devem ser tomados como objeto do processo de gestão hospitalar.

## INTRODUÇÃO

Pretendemos, no espaço deste artigo, fazer uma reflexão sobre o tema da coordenação dos hospitais. Estamos chamando de COORDENAÇÃO do hospital o conjunto de atividades ou ações desenvolvidas por um grande número de pessoas, com ou sem função formal de gerência, que possibilitam que o hospital se mantenha em funcionamento 24 horas por dia, de segunda a segunda, atendendo a pessoas e, de alguma forma, cumprindo a “missão” que o justifica e legitima socialmente. Não seria de todo inadequado dizer que “coordenação” é usado quase como sinônimo de “gestão” nas reflexões que se seguem e muitas vezes serão usados como tal. Preferimos o termo coordenação porque ele remete a um tema caro aos teóricos da Teoria das Organizações que é o “milagre” de se imprimir uma certa direcionalidade ou uma “macro-racionalidade” para as organizações a partir de uma miríade de interesses, de projetos em disputa, de visões, etc, que caracterizam os tantos atores que a constroem com suas práticas cotidianas.

Boa parte da produção teórica sobre a gestão dos hospitais é feita a partir do referencial que poderíamos designar como funcionalista/sistêmico -hegemônico no campo que se convencionou denominar de “Administração Hospitalar”- e que dá como não problemática a existência de uma “macro-racionalidade” organizacional. O hospital, por esse tipo de abordagem, funciona como um verdadeiro sistema, ou melhor, um sub-sistema dentro do sistema social mais amplo. Este (sub)sistema, consome insumos (humanos, materiais, tecnológicos, financeiros), para desenvolver certos processos internos que vão resultar em determinados produtos/serviços para os seus clientes. Na lógica do Mercado (e a produção da área de “administração hospitalar”, hoje, está muito voltada para a lógica do Mercado...), é este *feed-back* da satisfação do usuário que realimenta o sistema e assim se fecha o ciclo. Sobrevive o hospital que produz melhores “produtos” através de uma agressiva política de incorporação tecnológica e de um crescente aperfeiçoamento e controle dos seus processos internos. Quem não se “atualiza”, buscando reengenharias internas, de alguma forma não moderniza seus processos de gestão, acabando por ser ultrapassado pela onda de modernização, competitividade e eficiência que parecem dar a nota nestes tempos de globalização.

O paradigma é funcionalista/sistêmico ainda, porque vê o hospital constituído por “partes” -seus vários serviços ou setores- bem articuladas entre si e trabalhando dentro da lógica dos “objetivos organizacionais”. Não é demais destacar a idéia de que, por esta lógica, os trabalhadores são “recursos humanos” mesmo, que devem ser selecionados e socializados para cumprir, “parsonicamente”, seus papéis dentro da organização. Peças da engrenagem sistêmica.

Este “modelo mental” para pensar o hospital é, por muitas razões, claramente insuficiente para o pensamento crítico comprometido com a construção do SUS no nosso país. Em primeiro lugar, porque o hospital que estamos buscando construir, mais de que uma “empresa” que precisa sobreviver no Mercado, deverá estar comprometido com a efetivação da política de saúde global, como parte de um complexo jogo de interesses econômicos, culturais, políticos, entre outros. Esta outra razão de ser do hospital, e em particular do “público”, coloca o desafio, para seus dirigentes, de ter que lidar com temas como a universalidade, a equidade e a qualidade do atendimento para cidadãos no exercício de seus direitos, mais do que para “clientes” com liberdade de escolha dos produtos que deseja consumir. Para tanto, são necessárias estratégias que não se esgotam nos estabelecimentos hospitalares, mas que terão que ser entrelaçadas com uma ampla rede de outros serviços de saúde e tantas outras políticas governamentais de defesa da vida dos cidadãos. Trata-se, então, de um novo lugar do hospital no “sistema” de saúde e não no mercado. Creemos que a crítica central que pode ser feita à proposta de transformação dos hospitais governamentais em organizações sociais, tal como embutido no projeto de reforma do Estado, trabalhado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado –MARE- é que ela se centra na idéia de uma “modernização” gerencial para “preparar” os hospitais para sobreviverem na lógica do Mercado, ignorando, de certa forma que, na construção de uma política de saúde cidadã, a “missão” do hospital constrói-se com outra lógica.

Mas este não é foco que se deseja dar no texto. Para além do debate apresentado acima, que se realiza mais no campo das definições das macro políticas, o que se toma como fio condutor deste artigo é a reflexão sobre a insuficiência do modelo funcionalista/sistêmico para abordar, com competência, as questões da micropolítica do hospital, em particular seus mecanismos de coordenação. É claro que o paradigma que estamos questionando dá conta de certas questões da administração hospitalar na medida em que o hospital *também* funciona como um “sistema”, ou melhor, tem aspectos de funcionamento sistêmico, tem “partes” mais estruturadas e previsíveis, tem fluxos de insumos, tem processos com certa materialidade e tem *outputs* claramente reconhecidos. A abordagem de caráter mais funcionalista acaba dando conta de muitas questões da coordenação hospitalar e por isto se legitima e acaba se (re)produzindo como o modelo para se pensá-lo. Este é o ponto que se quer considerar nesta introdução, qual seja, a necessidade de uma reflexão teórica mais elaborada para dar conta da singularidade e dos desafios presentes na gestão/coordenação dos hospitais, enquanto um território complexo de relações institucionais.

Graça Carapinheiro (1997), a partir de uma discussão construída no campo da Sociologia, problematiza o hospital a partir de três vertentes teóricas principais. Numa primeira aproximação do tema, utiliza a produção de autores que vão tentar revelar o quanto o hospital é e não é uma burocracia, no sentido weberiano do termo, para concluir que o hospital é uma burocracia de tipo especial, ou melhor, é um tipo de

organização que apresenta componentes de funcionamento burocrático. Uma burocracia modificada, pode-se dizer, ou, uma burocracia convivendo tensamente com uma organização que também funciona dentro de uma lógica adocrática. Tais considerações, mais do que um interesse meramente acadêmico, têm grande importância para se pensar as dificuldades e contradições na coordenação dos hospitais. A outra vertente que ela apresenta é aquela construída a partir das contribuições de Foucault, em particular o tema do poder enquanto disciplina e as relações poder/saber para uma compreensão mais adequada das complexas maneiras que os médicos estabelecem com a instituição, as outras categorias profissionais e os pacientes. Finalmente, a autora não recusa as contribuições de um conjunto de autores que, a partir de um marco teórico assentado na fenomenologia e na teoria da ação de base weberiana, vão nos dizer que o hospital pode e deve ser visto a partir da perspectiva da ordem negociada.

Se bem olhado, as contribuições de Carapinheiro, afinal, nos remetem, entre outras coisas, ao velho debate entre a “Estrutura” com seus constrangimentos e os graus de liberdade da ação humana, que, no caso do hospital, assume tinturas muito vivas e contrastadas. Por exemplo, o paradigma funcionalista-sistêmico é insuficiente para tratar o hospital exatamente por privilegiar mais os aspectos “estruturais”, o “Instituído”, do que a ebulição instituinte da vida hospitalar, com seus múltiplos atores batalhando e mobilizando recursos para os seus objetivos operacionais, seus interesses pessoais, corporativos e de grupos (Baremlitt, 1995). Basta ver como a questão da delicada inserção dos médicos na vida hospitalar (não) é tratada nos textos de administração hospitalar, em particular nos organogramas propostos que, de alguma forma traduzem os mecanismos de (não) coordenação do trabalho destes profissionais.

Se havíamos assumido que o hospital *também* é sistema, podemos dizer que o hospital *também* é “estrutura”, ou, usando as indicações de Carapinheiro, já mencionadas, também tem uma reconhecível racionalidade do tipo racional-legal, com seus mecanismos de autoridade, linhas de mando, regras escritas e formalizadas típicos das organizações que se aproximam da Burocracia enquanto tipo ideal weberiano. Mas, se o hospital é estrutura e, portanto, burocracia, ORDEM, lugar de REPRODUÇÃO, ele é, *também*, lugar de forças instituintes, de marcantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação e construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesse e disputa e, por tudo isto, lugar de possibilidades de caminhar em outros sentidos e direções, lugar de conflitos e mudanças.

### **A TENSA COORDENAÇÃO DO HOSPITAL: o que os modos reais de governar os hospitais nos ensinam.**

Em algumas situações em que nos detínhamos para problematizar algum setor do hospital, em particular alguma unidade assistencial, um pronto-atendimento por exemplo, na qual atuam múltiplos profissionais e/ou equipes, com distintas jornadas e regimes de trabalho, dávamos-nos conta do quão complexos, sutis, poucos explícitos e ambíguos são os seus mecanismos de coordenação. Frequentemente ficávamos com a sensação de uma orquestra funcionando sem um regente; em outras, a sensação de um desencontro imenso entre os profissionais, uma tensão imensa no cotidiano, um grande desencontro, quase o caos. Apesar de tudo, a constatação de que, afinal, “a coisa funciona”, isto é, a atenção é realizada, o hospital mantém-se com as portas abertas de

segunda a segunda, 24 horas por dia, o atendimento tem começo, meio e fim, etc. Interrogar este “milagre” da coordenação que, no cotidiano, vamos naturalizando (vendo como natural) pode ser um bom dispositivo para tentarmos compreender um pouco melhor o que se passa na vida do hospital.

No exemplo anterior estávamos falando de **uma** única unidade assistencial. Fayol – cuja sombra ainda costuma atravessar nossas reflexões – ao tratar da coordenação (para ele, de forma mais restrita que estamos usando no texto, um dos cinco elementos da Administração), coloca o tema de forma mais abrangente, ao apontar a necessária coordenação entre os vários serviços da organização. A coordenação entre os vários serviços assume contornos dramáticos no hospital quando pensamos na integralidade do cuidado. Para o clássico autor, há sinais incontestáveis de **descoordenação** quando:

*“ a) Cada serviço ignora e quer ignorar os outros, como se fosse ele mesmo o objetivo e razão de ser, sem se inquietar nem com os serviços vizinhos nem com o conjunto da empresa.*

*b) Um compartimento estanque existe entre as divisões e os escritórios de um mesmo serviço e entre os diferentes serviços. A grande preocupação de cada um é colocar sua responsabilidade ao abrigo de um papel, de uma ordem ou de uma circular.*

*c) Ninguém pensa no interesse geral. “ Fayol (1968, p:165).*

O que dizer destas considerações de sabor tão atual do autor? Primeiro, que estes sinais de descoordenação são facilmente encontráveis na maioria dos nossos serviços, sendo um grande problema para a direção. Segundo, que tais condições, levadas ao extremo, no hospital, significaria a impossibilidade da realização do cuidado devido à dramática interdependência das várias unidades ou serviços do hospital entre si. Então, quando falamos de coordenação devemos estar olhando tanto a coordenação dos membros das várias equipes que compõem um determinado serviço, como a coordenação dos vários serviços hospitalares entre si. Isso posto, nos defrontamos com algumas perguntas que, por mais que pareçam simplistas, temos que nos ocupar em responder quando o tema é a coordenação do cotidiano do hospital. Quem faz esta coordenação de fato? Ou haveriam múltiplas coordenações simultâneas? Quais os atores estratégicos para a coordenação? Há, de fato, uma coordenação tipo topo-base? Há um centro coordenador ou centros coordenadores ou a coordenação de faz mais como rede, sem um centro único? Só governa quem tem lugar nas estruturas formais, ou todos governam na cotidianeidade das organizações?

O esforço para tentar responder melhor a estes questionamentos, indo um pouco além do que aparentemente nos revelam os organogramas tradicionais, vai nos mostrar que o hospital não tem uma única, mas três bem marcadas lógicas de coordenação. A mais evidente de todas, aquela que nos ocorre de imediato quando pensamos em coordenação, é a que segue a lógica das profissões, corporações ou especialidades: a chefia médica, a chefia de enfermagem, a chefia do serviço social, o chefe dos anestesistas. Esta é a lógica inscrita nos organogramas tradicionais, com suas bem marcadas linhas verticais de comando ou de coordenação horizontal entre “pares” (em particular entre os médicos), com graus distintos de autonomia em relação à direção superior. Pode-se dizer que esta é a forma predominante de coordenação pensada para a área assistencial. A segunda lógica é a da coordenação por “serviços” ou unidades de produção e predomina na coordenação das áreas-meio, sejam elas mais “técnicas” (laboratório, radiologia, banco de sangue, serviço de esterilização de materiais, etc) ou

mais administrativas (pessoal, finanças, manutenção, serviços gerais, etc). Esta é uma lógica também traduzida ou representada nos organogramas tradicionais: a chefia do laboratório, a chefia do serviço de nutrição e dietética, etc). Vale dizer que, nas áreas assistenciais, não há nada parecido com uma coordenação “unificada” do serviço ou o que estamos denominando de coordenação por unidade de produção. Se, por uma certa tradição que se mantém, as chefias das áreas assistenciais são sempre prerrogativas dos médicos, eles, de fato, não coordenam o serviço como um todo. A lógica da coordenação por profissões coloniza de tal forma tais unidades, que afinal não é possível reconhecer um, ou melhor, o “coordenador” de toda a equipe assistencial. O que acontece então? Como afinal se “coordena o cuidado” de forma que, numa enfermaria por exemplo, o paciente é internado, recebe cuidados de vários tipos de profissionais, é submetido a uma grande variedade de exames complementares, sua família é contactada e, em alguma momento terá alta (curado, melhorado ou por óbito)?

Para avançar nessa reflexão é necessário reconhecer uma terceira lógica de coordenação, que é a do cuidado e que, apesar de sua importância, fica como que “desqualificada”, inclusive sem uma tradução ou “correspondência” nos organogramas que conhecemos. Uma lógica não enunciada, não reconhecida. Porque, então, esta lógica, sendo essencial, não é reconhecida? Uma explicação possível: a lógica do cuidado, apesar de ser essencial ao funcionamento do hospital, fica “desqualificada” porque ela é feita, de fato, pela enfermagem, que, no complexo território de poder do hospital tem uma relação de subalternidade em relação ao médico.

Então, há que se reconhecer que há uma tensão constitutiva no processo gerencial (Merhy, 2000b) das áreas assistenciais que é esta forma de coordenar todo o processo do cuidado “por partes”, de forma fragmentada, na lógica das profissões, mas que, de alguma forma, tem que ser integrado, “unificado”, concertado, para que o cuidado, afinal, se realize. Por isso é tensa. Há como uma indefinição de papéis, ou melhor, uma ambigüidade no processo de coordenação, no qual os atores formalmente subalternos (a enfermagem), tem um papel fundamental no processo da coordenação. Cremos que mesmo o pensamento mais crítico produzido pela enfermagem tem deixado de perceber o quanto esta questão tem centralidade, não fora por nada, para redefinir os seus papéis da enfermagem na administração do hospital. Dito de outro forma: a enfermagem não faz, “apenas”, a coordenação do pessoal da enfermagem. Ela vai mais longe, joga um papel muito mais “estratégico” para a vida hospitalar e muito mais complexo e difícil do ponto de vista de sua operacionalização: a gestão do cotidiano das unidades assistenciais.

As coisas, de fato, se passariam da seguinte forma: a enfermagem, até por seu discurso fundador enquanto categoria profissional, é a “cuidadora”, num certo sentido razoavelmente bem definido que adquire essa palavra, qual seja, o de “dar suporte”, ser continente, buscar suprir as necessidades dos pacientes na sua integralidade “bio-psico-social”. A radicalização desta função cuidadora implicaria em uma relação muito mais de “equipe”, horizontal, de colaboração da enfermagem tanto com os médicos, quanto com as várias outras categorias: o assistente social, o psicólogo, a nutricionista, etc. Um “trabalhador coletivo”, cuja alma fosse cuidar (Merhy, 2000a). Ora, o que acontece na prática? Se, de alguma forma, a enfermagem consegue construir a integralidade do cuidado com algumas categorias, numa relação mais horizontal e realmente negociada, compartilhada, com os médicos as coisas se dão numa relação muito mais desfavorável porque os últimos, na micropolítica do hospital, mantém, historicamente, relações de

poder em relação à enfermagem. Aqui não se fala, como nas outras categorias profissionais, de “negociação”. Trata-se, na verdade, de típicas relações de dominação no sentido weberiano do termo. Esta reflexão poderia ser complementada com a afirmação de que os médicos atuam, de fato, como “clientes” do hospital. Agem como clientes do hospital que lhe garante os “insumos” para a sua prática profissional: exames complementares, hotelaria, medicamentos, etc, inclusive o “cuidado” da enfermagem. Os médicos “passam” pelo cotidiano do hospital, quando o tema é a sua coordenação. A coordenação, de fato, mesmo que não de “direito”, é da enfermagem. O que constitui outro lugar de poder no hospital.

Pode-se dizer que esta tensão constitutiva do hospital, revela-se, se bem olhada, como um paradoxo: quem coordena o cuidado é o polo dominado em uma relação de dominação. Tal violência é compreendida em toda a sua dimensão, inclusive, quando nos deparamos com os mecanismos institucionais que “naturalizam” ou ocultam tal paradoxo.

**A CONSTRUÇÃO DA REDE DE CONTRATUALIDADE: revelando ainda mais o quanto são necessariamente descentrados os processos de coordenação do hospital.**

A função estratégica da enfermagem na coordenação gerencial das áreas assistenciais, aqui definido como algo que transcende a coordenação especificamente da “categoria”, pode ser melhor evidenciada quando se constrói o que vamos denominar da “rede de contratualidade” do hospital. Os hospitais podem ser pensados como uma complexa rede composta por centros de escuta e de fala ou de petições e compromissos. Relações de petições e compromissos são relações biunívocas, ou seja, relações que se estabelecem aos pares e do tipo: A espera que B cumpra tal coisa, expectativa que é completada pelo compromisso de B de cumprir a coisa esperada ou demandada por A. Da mesma forma que B espera que A cumpra tal coisa e A se compromete a tanto.

Com graus distintos de formalização, enunciação ou reconhecimento, o hospital funciona, e só pode funcionar, devido a esta ampla rede de contratualidade. A sua unidade de construção é biunívoca ou aos pares (A com B), mas estas “unidades relacionais” (entre A e B), vão se reproduzindo ao infinito, de forma móvel, dinâmica e com intensidades diferentes, construindo complexas figuras multidimensionais, sem limites muito precisos e que constituem a “materialidade” da organização. Esta idéia que estamos apresentando, está referenciada a mais de uma concepção das organizações, entre as quais a das organizações como fenômenos lingüísticos (Flores, 1987), como “ordem negociada” (Strauss apud Carapinheiro, 1997) ou Silverman (1975). Compreender como funciona esta rede de contratualidade tem sido trabalhada, por nós, tanto numa lógica mais analítica como mais “instrumental”, de grande valia.

Tal esquema analítico vai se tornando mais complexo quando indagamos, junto com os coletivos dirigentes dos hospitais, sobre “quem” são A e B. Se pensarmos uma organização do tipo ideal, na qual predominasse a coordenação por unidades de produção, A e B seriam, sempre, unidades de produção: contratualidades construídas entre equipes ou entre gerências<sup>1</sup>, tendo como “moeda de troca”, os respectivos “produtos” de cada unidade de produção. Em outra organização, também de tipo ideal,

<sup>1</sup> “Gerência” aqui podendo ser entendido tanto centralizada na figura de um gerente formal ou como coletivos que compartilham a gestão da unidade.

na qual predominasse uma coordenação por profissões, A e B seriam profissionais diferentes que fariam uma “troca de saberes” para compor o cuidado. Neste caso, a “moeda corrente” de troca seriam saberes. Na verdade, nos hospitais coexistem as duas lógicas, ou seja, na gestão do cotidiano tanto saberes como “produtos” mais objetivados (refeições, radiografias, exames laboratoriais, roupa limpa, etc) são moedas de troca corrente entre os vários trabalhadores para, num complexo processo de coordenação, produzir o cuidado final. Apresentadas estas idéias, interessa-nos, agora, refletir um pouco sobre “quem” é o A nas unidades assistenciais e nas chamadas “áreas-meio” ou de apoio do hospital. Nestas últimas, o A construtor da contratualidade, ou seja, quem oferece produtos para B ou quem demanda de B “insumos” para alimentar o processo de trabalho de suas unidades, é o “chefe” do serviço (chefe do serviço de pessoal, chefe do laboratório, etc). Interessa ressaltar que este é um A formalmente investido para esta função “de ser A”, dentro da racionalidade formal legal das organizações do tipo burocrático. É claro que há toda uma discussão entre autoridade formal/legal e liderança, no sentido do “líder” de ser capaz de conduzir sem estar investido de uma investidura formal. Não é essa discussão que se deseja fazer aqui. Neste momento, estamos querendo destacar que, nas áreas-meio do hospital, é possível reconhecer um A que é LEGITIMADO, INVESTIDO, formalmente, do poder e dever de construir a rede de contratualidade. Por mais que delegue ou até seja omissos, que a contratualidade até seja construída por demais membros da equipe, há uma referência reconhecida institucionalmente de quem é A. Há, em POTÊNCIA, a possibilidade de ser o A real, em toda a plenitude. Poderíamos dizer que esta é uma característica das unidades-meio dos hospitais que apresentam o que se designa como o tipo burocrático em funcionamento.

As coisas se passam de maneira bem diferente nas unidades assistenciais. Nelas, o A que tem mais peso é a enfermagem. É claro que há outros “A”s, ou seja, profissionais da equipe que também constroem ou contribuem para a construção da rede de contratualidade imprescindível para o funcionamento da unidade. Por exemplo, o assistente social que atua na enfermagem estabelece “contratos” com o chefe da frota de veículos para a condução de pacientes ou com o pessoal do setor financeiro para obter passes para pacientes carentes. Tal prática, porém, fica muito longe da viabilização do CUIDADO de forma integral. Como já afirmamos antes, quem “gerencia o cuidado” é a enfermagem. A prática da enfermagem vertebrar o cuidado. O seu poder de articulação e contratualização é muito mais ampliado. Por exemplo, a contratualidade que o assistente social faz é subordinada a um certo “plano de cuidado” que é de responsabilidade da enfermagem (Franco e Merhy, 1999). Quando dizíamos, antes, que a enfermagem é um lugar de poder, estávamos nos referindo, exatamente a isto: a enfermagem tem, de alguma forma, o monopólio da gestão do cuidado. Mas esta afirmação precisa ser problematizada ou relativizada.

Precisamos deixar mais clara a idéia de que há uma “tensão constitutiva”, uma espécie de pecado original, na gestão das unidades assistenciais. A enfermagem é, inegavelmente, o A mais “poderoso”, que tece de forma mais articulada e complexa a rede de contratualidade necessária ao cuidado, mas, é um A que não coordena uma equipe como nas áreas-meio, ele não é investido de uma autoridade legal-formal para fazer esta coordenação de forma abrangente, em toda a sua POTÊNCIA, por uma simples razão: é um A que é o polo dominado na relação de dominação que o médico estabelece com todos os profissionais da equipe e os pacientes. Estabelece-se uma tensão, fonte de conflitos permanentes: a enfermagem é e não é a gestora da

contratualidade nas áreas assistenciais, **tem e não** tem o monopólio da gestão do cuidado. Para dar um exemplo: a enfermagem tem uma intensa necessidade de contratualização com o pessoal da farmácia para garantir a finalização do cuidado. A enfermagem (A) precisa, então, estabelecer com a Farmácia (B), um conjunto de petições e compromissos razoavelmente bem definidos para que o fluxo de medicamentos seja adequado. A Farmácia, para cumprir compromissos (oferecer medicamentos na quantidade, especificação e agilidade necessários para o atendimento) exige da EQUIPE assistencial, por exemplo, que determinados pedidos de medicamentos controlados sejam feitos de determinada forma e em determinado impresso padrão. Ora, quem preenche tal impresso, legalmente, é o médico. Se o médico, como é usual acontecer, deixa de cumprir tal formalidade, inviabiliza a compromisso da enfermagem com a Farmácia, que deixa de cumprir o seu compromisso também (oferecer o medicamento na agilidade requerida, por exemplo).

O exemplo acima, apesar de simples, ilustra bem o que já havíamos apontado antes, em particular que se a contratualidade é uma relação biunívoca, aos pares, ela só pode ser entendida dentro de uma rede muito mais complexa e multidimensional de relações que envolve tantas outras contratualidades. Ou seja, a enfermagem, no caso que estamos apresentando, só terá sucesso na construção da contratualidade com a Farmácia, se conseguir estabelecer um contrato com os médicos, pelo qual um dos compromissos destes últimos com a enfermagem seria preencher adequadamente os impressos necessários ao bom fluxo das coisas. Este tipo de situação se multiplica ao infinito no cotidiano das unidades assistenciais e é fonte permanente de conflitos e ruídos. A enfermagem precisa ir construindo uma rede muito extensa de contratos para gerenciar o cuidado, mas não tem PODER FORMAL, para garantir os outros contratos essenciais para esta rede.

Este dilema poderia ser contornado dizendo que ela constrói, também com o médico, contratos. Que os médicos também são B. Até poderia ser pensado assim e, aí, seria possível afirmar que a enfermagem faz, de fato, a gestão do cuidado. O problema é que o médico não é um B qualquer, é um B INTERNO à equipe; mais do que isso, o médico dá o EIXO e estabelece os RÍTMOS do cuidado; mantém, cioso, o monopólio do diagnóstico final e da indicação terapêutica, estabelece ritmos, comanda o protocolo de cuidados, tem o poder de definir sobre o momento da alta e sobre tantas outras coisas que têm uma importância enorme para a configuração da assistência ao paciente. A relação dos médicos com a enfermagem é de dominação - e de um certo modo de hegemonia cultural científica - porque ele, mesmo ausente fisicamente do local de trabalho, estabelece o campo no qual se estabelece a prática da enfermagem. A autonomia da prática da enfermagem, e ela existe sempre, em ato, é claro (Merhy, 2000b), **dá-se dentro dos limites que o médico estabelece**: o pode e o não pode, o deve e não deve já estão instituídos, dados, antes. Uma autonomia com constrangimentos - que poderá em certas circunstâncias instituir novos sentidos. Então, o médico não é um B "qualquer", quando olhado pela enfermagem. Não é um B que se contratualize numa relação horizontal, de troca, de relação entre iguais. A "equipe", que médicos e enfermeiros supostamente compõem, - não passa de um arranjo institucional que coloca, trabalhando em um mesmo espaço, pessoas marcadas por papéis e funções rigidamente definidas, a partir de uma certa divisão do trabalho. Para além de uma visão funcionalista que, como já afirmávamos, no início deste texto, nos parece ser insuficiente para pensar a micropolítica do hospital ao "naturalizar" esta divisão e vê-la como uma articulação harmônica, "funcional", para conseguir determinados fins,



ficamos com a idéia de que esta divisão do processo de trabalho marca lugares de poder de forma muito rígida e inegociável, cujo “efeito” mais visível são claras relações de dominação como nos referimos antes.

### **O MAPA DE CONFLITOS: escutando a organização ruidosa.**

Há outro “mapas” que podem ser lidos quando vamos explorando a micropolítica da vida organizacional. Por exemplo, é possível reconhecer um mapa de conflitos “justaposto” ao mapa da contratualidade. Na verdade, um mapa sobre outro mapa não seria uma figura adequada porque nos remeteria à idéia de plano. A representação gráfica mais adequada para a rede da contratualidade seria imaginar A como uma “condensação” no centro de uma figura multidimensional, irregular, móvel e que se articula com outras condensações através de linhas com tamanhos e intensidades diferentes, principalmente intensidades diferentes. O mapa do conflito seria, então, não algo “justaposto”, mas algo “imaneante”, entrelaçado, inseparável do mapa da contratualidade. Um mapa também móvel e com ligações entre as condensações com intensidades diferentes. Como situações de composição de territorialidades em produção permanente, nas quais o outro também opera instituindo (Guattari, 1985; Lapassade, 1987).

Autores como Hall (1984) consideram que o poder e o conflito estão no cerne da compreensão da vida da organização (p.93). Reconhecemos que há conflito na vigência de uma relação entre dois ou mais atores distintos que não se põem de acordo em relação a determinado “objeto”<sup>2</sup>. Não há conflito, pela definição adotada, se há apenas um ator (a menos que seja algo como ter um “conflito interior”, coisa que escapa do nosso interesse no espaço deste texto...) ou se os atores presentes estão de acordo com o “objeto”. Estamos usando a idéia de conflito como o “observável”, o ruidoso, aquilo que a instituição já está enunciando, já se fala pelos corredores, dá identidade discursiva às coalizações (ou “panelinhas”), embora não se manifeste em espaços públicos de gestão. A fofoca é ruído, o som do conflito. Isto tudo sem invalidar o fato de que a medida que a fala corre solta e é trabalhada, novas camadas silenciosas vão emergindo, como “barulhos”, questionando o que era antes “justo” e “natural”.

Há várias possibilidades de se pensar a origem ou a gênese do conflito. Nós vamos trabalhar com a idéia de que os conflitos são manifestações fenomênicas, de “superfície, de tensões constitutivas da vida organizacional, que localizamos em nível mais “profundo”, na “estrutura”. Assim, o conflito observado, enunciado, reconhecido pelos atores institucionais, quando “a instituição fala”, seriam a parte visível, dinâmica, multiforme de determinações mais estáveis, “estruturais”, constitutivas da vida organizacional. As tensões constituem, plasam, modelam a organização. As tensões são produtivas/destrutivas. Há uma relação dialética entre tensão constitutiva, conflito e mudança (Cecilio, 1999). Como nos indica Hall (1984, p. 92) “é a partir do conflito que muitas mudanças importantes ocorrem”. Concordamos com esta visão e pensamos em tensioná-la ou radicalizá-la no sentido de afirmar que alguma abordagem do conflito precisa ser assumida no processo de coordenação do hospital. Fazer a gestão do conflito é o oposto do negar o conflito, “jogando-o para debaixo do tapete”. Também não é negar ou tentar abolir o conflito normativamente: acabar com o conflito “por decreto”. Fazer a gestão do conflito significa dotar os gerentes e as equipes com

<sup>2</sup> “Objeto” aqui pode ser entendido como uma definição de situação que implica em decisão e ação, centralmente de ação.

alguma teoria e alguma competência prática para trabalhar o conflito, fazer dele matéria-prima da gestão.

Pelo que dissemos, até agora, estamos assumindo como uma primeira explicação para o conflitivo e ruidoso cotidiano do hospital, o fato da sua coordenação se fazer a partir de uma rede de contratualidade “defeituosa”, irregular, distorcida pelas relações de poder institucionais e que não é tomada como objeto pelo processo de gestão. As diferentes contratualidades vão sendo construídas por múltiplos atores em situação, com distintos graus de “acerto” e fluidez, mas sempre de forma espontânea, contínua, dinâmica, na dependência, fundamentalmente, dos conhecimentos e relações pessoais entre os trabalhadores e gerentes envolvidos. Nesta medida é que se diz que os organogramas tradicionais não refletem, de fato, o mundo real em que vivem as pessoas e a intensa rede de comunicação - no sentido que lhe dá Fernando Flores (a comunicação como o entendimento para a ação) (1987)- essencial para a garantia do cuidado.

### **Analisando o ruidoso território da micropolítica do trabalho no hospital: as contribuições do institucionalismo.**

Poderíamos pensar um gerente de área assistencial como alguém que tem que compatibilizar, digamos assim, o tempo todo, o produtivo campo de autogovernos (dos trabalhadores de saúde) com certas diretrizes, propostas, interesses que constituem a lógica de governo da direção “superior” do hospital. Os gerentes intermediários do hospital exercem sua prática em um tenso território atravessado por estas lógicas e disputa de projetos. A questão que se coloca é: como compatibilizar a prática autônoma dos trabalhadores de saúde essencial para a qualidade do cuidado em saúde, com a necessária criação de espaços decisórios mais públicos e mais “coordenados”?

Um dos grandes desafios para a ação gerencial no hospital refere-se à possibilidade de, partindo-se de um terreno de políticas e organizações fortemente instituídos pela presença de forças políticas hegemônicas, muito bem estruturadas histórica e socialmente -como no caso dos modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde- almejar a exploração de territórios de potências singulares a esse campo de práticas sociais - a saúde, disparando-se a produção de novos locus de poderes instituintes (Lourau, 1987; Guattari, 1987). A função gerencial hospitalar tomará, então, como ponto de partida, o hospital como lugar de instabilidades e incertezas permanentes, que possibilitam a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais.

Pensar sobre esta dobra entre o instituído -lugar de poderes territorializados- e os processos instituintes disparados a partir desses locus de potências, é o que deve ser mirado pela gestão em saúde, principalmente considerando-se que qualquer perspectiva de mudança está calcada, ou em alta concentração de poder para movimentar um setor instituído muito bem estruturado, e por isso de alto poder conservador, ou em estratégias que explorem as tensões-potências para gerar novos desenhos territoriais (Guattari, 1985) e novas direcionalidades no agir em saúde.

Pode-se dizer que todo processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem que primeiro produzir atos de saúde. Produzir um procedimento é produzir um ato de saúde, mas isso pode ser feito dentro de um certo modo de cuidar, que não é necessariamente sentido como “cuidador” pelo usuário, embora seja considerado como tal pelo trabalhador que executa o ato de saúde.

Esta situação nem sempre permite a produção da saúde, pois esta implica que o processo produtivo impacte ganhos ou, mesmo, recupere graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida. As produções de atos de saúde podem ser simplesmente “**centradas em procedimentos**” e nos interesses da organização em si, e não nas necessidades de saúde dos “**usuários**”, e a finalidade última pela qual esta produção se realiza esgota-se na produção de um paciente operado, vacinado, e ponto final.

Por isso trabalhamos com a idéia de que os processos de produção do cuidado - processos intercessores, centralmente (Merhy, 2000b) - expõem várias tensões: entre o cuidado centrado nos procedimentos ou centrado nos usuários; entre um agir privado e um público, inscrito no modo de operar o trabalho vivo em ato em relações intercessoras; e entre as disputas permanentes de distintas intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde.

Para quem almeja explorar as tensões-potências constitutivas do campo da saúde, a fim de desenvolver novos arranjos institucionais e processos de coordenação que resultem numa direcionalidade de um modelo de atenção centrado nas necessidades dos usuários, não há como ignorar o desafio de intervir, no campo da gestão, a partir das seguintes “polaridades” que caracterizam o agir em saúde:

1. produzir o cuidado em saúde de modo centrado no usuário - que mobiliza estrategicamente o território das tecnologias leves e leve-duras - *sem descartar* a utilização dos processos de produção de procedimentos - mobilizadores de tecnologias duras e leve-duras e, em regra, centrada no profissional;
2. produzir o cuidado em saúde, que está sempre inscrito em uma dimensão pública de jogos de interesses e representações, *sem eliminar* o exercício privado das produções intercessoras, base de constituição de qualquer ato de saúde, mas tomando o território particular do usuário como eixo de “publicização” dos outros;
3. atuar em ambientes organizacionais assentados em muitos grupos de interesses, *sem deixar* de buscar pactuar o interesse do usuário como se fosse de todos.

Estas três “polaridades” é que devem ser tomadas como alvos para operações-dispositivos que podem disparar potencializações vitais na direção de novos processos de produção de saúde e, como desdobramento, resultar em novas formas de se pensar a coordenação no hospital. São elas que marcam os grandes temas contemporâneos dos debates sobre as práticas da gestão, tanto para os que visam arranjos institucionais que permitam a estabilização de certos modelos de atenção, quanto para os que apostam na sua mudança. Ao seu modo, em qualquer uma dessas direções (conservação ou mudança), procura-se criar estratégias de ação para: impactar os exercícios privados dos profissionais, tornando-os mais controlados, produzindo com isso serviços mais centrados ou descentrados das óticas corporativas; atuar sobre as disputas que ocorrem cotidianamente, procurando impor controle sobre as mesmas e impor certos interesses particulares de alguns, como sendo universais.

Qualquer que seja o arranjo que se imponha, não há como anular aquele território tenso e aberto do “fazer em saúde”, não há como não se experimentar, o tempo todo, a emergência de novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui, em si, desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado. Esses desafios, em síntese, expressam-se nos seguintes terrenos:

- no dos processos de legitimação de uma certa política, em um campo altamente partilhado e disputado;
- no dos mecanismos de captura dos autogovernos nas organizações, autogovernos estes que não podem ser eliminados;
- e no das práticas que procuram ordenar a produção de atos de saúde, que são sempre trabalho vivo em ato centrada.

O processo de construir modelos de atenção usuário-centrados deverá utilizar, assim, de forma criativa e flexível, uma “caixa de ferramentas” que aumente a capacidade do gerente no sentido de:

1. governar arenas institucionais, atravessadas pelas multiplicidades dos atores em cena, com arranjos que se abram para as suas expressões e decisões;
2. publicizar o exercício privado do agir -sem matá-lo- através de processos organizacionais que, respeitando as competências específicas (profissionais e cuidadoras) dos múltiplos trabalhadores de saúde reconheça a conformação multireferenciada do campo da saúde, tendo como eixo de ordenamento o mundo dos interesses do usuário, único ator que pode colocar seu foco privado para publicizar os outros na constituição de um modelo descentrado da lógica dos meios;
3. produzir ganhos de autonomia dos usuários a partir de tutelas cuidadoras, com configurações tecnológicas do agir em saúde que sejam comandadas pela centralidade das tecnologias leves;
4. organizar serviços focados nos núcleos cuidadores, que otimizam o uso de procedimentos dentro de uma lógica usuário-centrada;
5. adotar lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, sem que este seja econômico-centrada.
6. operar a gestão cotidiana, de modo partilhado, por problemas, como um dispositivo que explora o mapa cognitivo, o protagonismo do coletivo de trabalhadores em situação, e as suas capacidades de negociar e pactuar contratos “públicos”.

Para tudo isso -pela singular micropolítica do hospital, com sua complexa e conflitiva rede de contratualidade- é necessário viabilizar, propiciar, experimentar determinados arranjos institucionais que sejam facilitadores de novos processos de comunicação e coordenação dentro da instituição. Pensamos, também, ser necessário construir e disponibilizar uma caixa de ferramentas para os gestores do cotidiano que contenha tanto a inteligência já produzida para administrar processos estruturados, como permita que os mesmos se abram para a incorporação de qualquer saber que possibilite atuar sobre esses processos em produção, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas. Concluiremos reafirmando que o hospital precisa ser, cada vez mais, pensado a partir de uma construção teórica mais elaborada e que de alguma forma tente superar as insuficiências e lacunas que temos herdado do paradigma estrutural-funcionalista.

## **Bibliografia**

- Baremlitt, Gregório. *Compêndio de Análise Insitucional*. Belo Horizonte (MG): Rosa dos Tempos. 1995.
- Carapinheiro, Graça. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto/Portugal: Edições Afrontamento. 1997
- Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. Rio de Janeiro: Ciência & Tecnologia, 4(2):315-329, 1999.
- Fayol, Henri. *Administração Industrial e Geral*. São Paulo: Atlas, 7ª Edição brasileira, 1968.

Flores, Fernando. *Inventando la empresa del siglo XXI*. Santiago/ Chile: Hateche, 1987.

Franco, Tulio Franco e Merhy, Emerson Elias. O uso de Ferramentas Analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP); Artigo de tese defendida junto ao DMPS/FCM/UNICAMP para obtenção de título de mestre em saúde coletiva. Unicamp – Campinas (SP); 1999.

Guattari, Felix. *Revolução Molecular : Pulsões Políticas do Desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985 (2 edição).

Guattari, Felix. Entrevista In Plaza y Valdés (org) *La Intervención Institucional*. México/México, 1987.

Hall, Richard. *Organizações, estruturas e processos*. Rio de Janeiro: Prentice/Hall do Brasil, 1984.

Lapassade, Georges. La intervención en las instituciones de educación y de formación In Plaza y Valdés (org). *La Intervención Institucional*. México/ México, 1987.

Lourau, René. Balance de la intervención socioanalítica In (Plaza y Valdés) *La Intervención Institucional*. México/México, 1987.

Merhy, Emerson Elias. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. São Paulo: Cadernos CINAEM – Fase III, 2000a

Merhy, Emerson E. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo, livre-docência. Unicamp. Campinas (SP), 2000b.

Silverman, David. *Teoria de las organizaciones*. Buenos Aires/Argentina: Ediciones Nueva Visión, 1975.