

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Doutorado em Enfermagem



Tese de Doutorado

Reestruturação dos hospitais universitários federais: estratégia
de governamentalidade

Fernanda Sant'Ana Tristão

Pelotas, 2016.

Fernanda Sant'Ana Tristão

Reestruturação dos hospitais universitários federais: estratégia de governamentalidade.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Luiz Moreira Hypolito

Pelotas, 2016.

Fernanda Sant'Ana Tristão

Reestruturação dos hospitais universitários federais: estratégia de governamentalidade.

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 18/10/2016.

Prof. Dr. Álvaro Moreira Hypolito
Orientador
Doutor em Curriculum and Instruction pela
University of Wisconsin, Madison, WISC,
Estados Unidos.

Prof.^a Dr.^a Stefanie Griebeler Oliveira
Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Prof.^a Dr.^a Paula Corrêa Henning
Doutora em Educação pela Universidade do
Vale do Rio dos Sinos.

Dr^a Ana Paula Müller de Andrade
Doutora em Ciências Humanas pela
Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof.^a Dr.^a Maria Manuela Alves
Garcia
Doutora em Educação pela Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Prof.^a Dr^a Simone Coelho Amestoy
Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal de Santa Catarina.

Prof.^a Dr.^a Maira Buss Thofehn
Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal de Santa Catarina.

Prof^a Dr^a Rosani Manfrin Muniz
Doutora em Enfermagem Fundamental pela
Universidade de São Paulo.

Agradecimentos

É nesse espaço que agradecerei a todos aqueles que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. Posso dizer que esta tese materializa alguns anos de experiência, leituras e trocas de saberes.

Os tempos de doutorado foram tempos de muito aprendizado, não só de conhecimentos relacionados a esse estudo, sobretudo de conhecimentos relacionados à vida.

São muitas memórias e muitos afetos e seria impossível listar todos nesse espaço, mesmo assim, eu gostaria de agradecer algumas pessoas que a mim dedicaram algum sentimento, tempo e outras que de alguma forma me instigaram e mobilizaram meu pensamento, tornando possível que esse trabalho fosse produzido.

Agradeço ao professor Álvaro Luiz Moreira Hypolito pelo apoio, acolhimento e afetuosa orientação. Obrigada, por ter-me escolhido como orientanda. Foste um mestre generoso, com quem aprendi que humildade, serenidade, são características importantes para aqueles que ensinam. Obrigada, pelo convívio tranquilo nesse período de doutorado, sou profundamente grata por esse encontro que a vida nos promoveu.

Aos professores e colegas do PPGEnf, pelas valiosas contribuições que suas aulas e as profícuas discussões trouxeram para esse trabalho.

Aos professores que aceitaram compor a banca de qualificação e defesa, Maira Buss Thofehrn, Stefanie Griebeler Oliveira, Maria Manuela Alves Garcia, Paula Corrêa Henning, Simone Coelho Amestoy, Ana Paula Müller de Andrade e Rosani Manfrin Muniz que contribuíram com importantes sugestões para a versão final desta tese.

Às minhas orientandas de iniciação científica, Giovana Cóssio Rodriguez e Michele Fonseca e Kimberly Larroque pelas conversas, discussões e valiosa ajuda na seleção e organização do material e pela oportunidade de conviver com pessoas tão especiais.

Às minhas colegas da Faculdade de Enfermagem, hoje amigas do “Petit” pelo afeto, generosidade, companheirismo e pelos momentos maravilhosos que compartilhamos e também por estarem presentes nos momentos difíceis.

Aos meus familiares pelo apoio, compreensão, incentivo que recebi durante os quatro anos do doutorado. Aos meus pais por acreditarem em mim, me estimularem, me deixando mais forte nos momentos em que quase fraquejei. Em especial, a minha mãe Valdoníria por ser o meu esteio, um exemplo de força e determinação, pelo apoio incondicional, por estar sempre ao meu lado, por compreender em minhas poucas palavras, tudo que se passa comigo.

Ao meu marido André, meu companheiro e amigo, com quem escolhi compartilhar minha vida e idealizar nossos sonhos, sendo o doutorado um deles e pela paciência em me escutar e por compreender os meus momentos de ausência.

À Marta pelo apoio e carinho que dedica à nossa família e ao nosso filho, nunca poderei retribuir o que fazes por nós.

Ao meu filho, Pedro Henrique, pelos momentos que temos vivido juntos, por me possibilitar viver um grande amor e por me inspirar a viver, trabalhar, estudar e por transformar nossos dias em momentos inesquecíveis.

Resumo

TRISTÃO, Fernanda. S. Reestruturação dos hospitais universitários federais: estratégia de governamentalidade. 2016.362f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Nesta tese intitulada *Reestruturação dos hospitais universitários federais: estratégia de governamentalidade*, investigo a gestão dos hospitais universitários federais, a partir da problematização do contexto do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

Considero que o REHUF utiliza os saberes da gestão como lugar privilegiado para sua realização, faz uso de racionalidades e práticas neoliberais como forma de posicionar os profissionais da área da saúde dentro de uma rede de saberes que constrói formas de vida. O estudo, inspira-se em uma perspectiva pós-estruturalista, inscreve-se no campo dos Estudos Culturais e incorpora os estudos de Michel Foucault acerca de discurso, relações de poder, práticas de governo e, principalmente, os que remetem à noção de governamentalidade. Trabalho com a perspectiva de que a mídia configura-se como um dispositivo produtivo para o agenciamento da governamentalidade neoliberal e que os discursos produzidos e reproduzidos pela mídia sobre os hospitais universitários federais operam na circulação e articulação das relações de poder que se estabelecem na política econômica neoliberal. Analiso em particular, as reportagens em formato de texto veiculadas sobre a gestão dos hospitais universitários federais nas mídias digitais: Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online mostrando como foram sendo produzidos os discursos sobre a “crise na saúde” e a “crise dos hospitais”, assim como os enunciados que o sustentam. Discuto como o discurso da “crise na saúde” tomou grandes proporções, entrando na ordem do discurso dito verdadeiro. Problematizo os ditos, os textos publicados na mídia que produzem regimes de verdade sobre a crise na saúde e funcionam como verdadeiros na sociedade contemporânea que os acolhe. Considero os discursos do Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online não apenas como discursos de transmissão e divulgação de informações sobre os hospitais universitários federais, sobre sua gestão e financiamento, mas como tramas discursivas que

nos interpelam e produzem os significados e os sentidos das concepções da política econômica neoliberal e a filiação dos trabalhadores da área da saúde e dessa forma, as coloca como natural, portanto necessárias, normalizando tanto as concepções como a adesão dos trabalhadores a elas, como também, regulam sua execução. A partir da análise dos materiais compreendo a *reestruturação dos hospitais universitários federais* proposta pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) como uma estratégia para conhecer e identificar as instituições hospitalares, assim como os sujeitos trabalhadores da área da saúde. Que é sustentado pela crise da saúde, discurso produzido e reproduzido pela mídia digital como estratégia de construção de um modo de governar gerenciar os hospitais. Considero a partir dessa análise a reestruturação dos hospitais universitários federais como uma estratégia de governamentalidade que visa não apenas o governo das coisas e dos homens, mas das almas ou mentes, na medida em que se ocupa com a produção de subjetividades alinhada a perspectiva neoliberal.

Palavras-chave: hospital; discurso; gestão; cultura; mídia.

Lista de figuras

Figura 1	Imagem da reportagem: O SUS que funciona X o SUS que fracassa.....	304
----------	---	-----

Lista de Abreviaturas e Siglas

CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNC	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Estudos Culturais
IFEs	Instituições Federais de Ensino Superior
IPEA	Instituto Econômico de Pesquisa Aplicada
ISO	International Organization for Standardization
IVDH	Índice de Valorização de Desempenho Hospitalar
IVDA	Índice de Valorização de Desempenho Ambulatorial
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
JCI	Joint Commission Internacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PBQP	Programa Nacional de Qualidade e Produtividade
PDCA	Método interativo de gestão - plan-do-study-act
PL	Projeto de Lei
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Acrônimo-Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TQM	Total Quality Management

Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. MINHA TRAJETÓRIA E COMPOSIÇÃO DO TERRENO INVESTIGATIVO.....	16
2.1 O percurso e as aproximações.....	18
3. SITUANDO O TEMA DE PESQUISA: OLHAR PARA O PASSADO PARA COMPREENDER O PRESENTE.....	105
3.1 Apontamentos sobre a história dos hospitais.....	106
3.2 Alinhavando algumas histórias: os hospitais universitários brasileiros.....	133
4. DOS FAZERES DA PESQUISA: SOBRE AS LENTES TEÓRICO METODOLÓGICAS.....	165
4.1 Algumas considerações sobre a escolha do caminho investigativo.....	168
4.2 Apresentando os Estudos Culturais.....	181
4.3 Aproximando Michel Foucault dos Estudos Culturais.....	198
4.4 Governamentalidade: diferentes formas de conduzir as condutas dos sujeitos e da população.....	207
5. APRESENTANDO OS MATERIAIS: MÍDIAS DIGITAIS.....	246
6. ARTEFATOS DE ANÁLISE: MÍDIAS DIGITAIS EM AÇÃO.....	262
6.1 Crise na saúde e crise nos hospitais: discursos recorrentes.....	262
6.2 A precarização dos hospitais universitários federais.....	279
6.3 Conhecendo os hospitais: o saber estatístico operando na produção discursiva sobre a precarização dos hospitais universitários federais.....	288
6.4 Revitalizar e reestruturar para governar: a empresa como modelo para administrar hospitais universitários federais.....	308
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	324
REFERÊNCIAS.....	327
APÊNDICES.....	357

1. APRESENTAÇÃO

Esta tese tem como objeto de investigação da gestão dos hospitais universitários federais. A mesma trata de problematizar o contexto da reestruturação dos hospitais vinculados ao Ministério da Educação (MEC) e analisar de que forma o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) que utilizando os saberes da gestão como lugar privilegiado para sua realização, faz uso de racionalidades e práticas neoliberais como forma de posicionar os profissionais da área da saúde dentro de uma rede de saberes que constrói formas de vida.

A partir de tal objetivo, procuro mostrar como a gestão se tornou uma questão central nas discussões sobre a forma de gerir os hospitais universitários federais; como se deu a mudança de ênfase da administração burocrática para a gestão pela qualidade e o que essa mudança implica. E que condições de possibilidade fizeram da gestão, proposta pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, constituir-se como um conjunto de saberes e normas que todos devem seguir para melhor governar os hospitais universitários federais.

Nessa direção, procuro mostrar ainda como ocorreu a formação dos saberes sobre a gestão pela qualidade e gestão de excelência nos hospitais, como esses modelos de gestão foram inventados como tecnologia de poder para bem governar e como se dá a produção de sujeitos trabalhadores dos hospitais por discursos que se materializam nas produções da mídia, sustentam e reproduzem esses modelos de gestão.

O estudo, aqui apresentado, inspirado em uma perspectiva pós-estruturalista, inscreve-se no campo dos Estudos Culturais e incorpora os estudos de Michel Foucault acerca de discurso, relações de poder, práticas de governo e, principalmente, os que remetem à noção de governamentalidade. Trabalho com a perspectiva de que a mídia configura-se como um dispositivo produtivo para o agenciamento da governamentalidade neoliberal e que os discursos produzidos e reproduzidos pela mídia sobre os hospitais universitários federais operam na circulação e articulação das relações de poder que se estabelecem na política econômica neoliberal.

Analiso em particular, as reportagens em formato de texto veiculadas sobre a gestão dos hospitais universitários federais nas mídias digitais: Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online mostrando como foram sendo produzidos os discursos sobre a “crise na saúde” e a “crise dos hospitais”, assim como os enunciados que o sustentam. Discuto como o discurso da “crise na saúde” tomou grandes proporções, entrando na ordem do discurso dito verdadeiro. Problematizo os ditos, os textos publicados na mídia que produzem regimes de verdade sobre a crise na saúde e funcionam como verdadeiros na sociedade contemporânea que os acolhe.

Entendo os discursos do Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online não apenas como discursos de transmissão e divulgação de informações sobre os hospitais universitários federais, sobre sua gestão e financiamento, mas como tramas discursivas que nos interpelam e produzem os significados e os sentidos das concepções da política econômica neoliberal e a filiação dos trabalhadores da área da saúde e dessa forma, as coloca como natural, portanto necessárias, normalizando tanto as concepções como a adesão dos trabalhadores a elas, como também, regulam sua execução.

Considero que as mídias digitais se configuram meios de recepção, produção e difusão de informação, envolvem novos paradigmas da cultura contemporânea e a reconfiguração da noção tempo/espço, de forma que as informações, dados virtuais, digitais estão em conexão 24 horas por dia ao sistema de redes comunicacionais. Desta forma possibilitam que os discursos do Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online possam circular e serem acessados por um público variado, em diversas partes do mundo, muitas vezes, em tempo real e também compartilhados, modificados, integrados, transportados, sobrepostos, armazenados ou descartados, não ficando restritos ao Brasil, ou a um grupo específico de pessoas, como os trabalhadores da área da saúde ou gestores de hospitais, são passíveis de serem consumidos por muitas pessoas em diferentes lugares, em diferentes períodos.

Desse modo destaca-se o poder constitutivo das mídias digitais que ao noticiar em suas matérias as propostas do Governo Federal para reestruturação dos hospitais universitários federais, mostram que são

necessárias melhorias no processo de gestão e para tanto é necessário implementar modelos de gestão de excelência e criar empresas para administrar unidades hospitalares a fim de ter melhor eficiência e reduzir os custos, instaurando nos hospitais uma forma de gestão regada economicamente pelo mercado e cerceada pela valorização da empresa como principal agente econômico.

Cabe agora, fazer uma breve apresentação daquilo que com diferentes fios pude tecer para compor esta tese que está organizada em capítulos.

Indico que o texto está organizado em seis capítulos.

No primeiro capítulo na *Apresentação* faço uma exposição preliminar sobre o conteúdo do texto, apresento o tema tratado, a contextualização, a perspectiva teórico-metodológica, objetivos e apresentação da tese.

No segundo capítulo intitulado *Minha trajetória e composição do terreno investigativo*, por meio da narrativa da história do meu percurso profissional, teço uma teia de relações entre os caminhos que percorri, minhas experiências e os meus atuais interesses de pesquisa.

No terceiro capítulo intitulado *Situando o tema de pesquisa: olhar para o passado para compreender o presente*, faço algumas incursões à história dos hospitais, buscando apresentar a história que figura nos livros acadêmicos, não no sentido de apresentar a história das origens dos hospitais ou apresentar uma história do que “verdadeiramente aconteceu” ou ainda a imagem da verdade sobre os hospitais no decorrer dos séculos, mas sim busco mostrar, que fatos contribuíram, interferiram, que acidentes e acasos vieram dar origem ao que hoje se denomina de gestão dos hospitais universitários federais da forma como conhecemos.

No quarto capítulo intitulado *Dos fazeres da pesquisa: sobre as lentes teórico metodológicas*, faço algumas considerações sobre a escolha do caminho investigativo, mostro de onde falo, apresento a perspectiva teórico-metodológica que escolhi para construção do estudo. Para tanto, apresento os Estudos Culturais, destaco as possibilidades de aproximação entre as teorizações de Michel Foucault e os Estudos Culturais e como a Governamentalidade pode ser acionada como uma forma de conduzir as condutas dos sujeitos e da população.

No quinto capítulo intitulado: *Apresentando os materiais: mídias digitais*, apresento as mídias digitais, e relato de forma mais detalhada o processo de seleção dos materiais que fizeram parte do corpus desta pesquisa, mostrando os movimentos de construção e (re) construção de procedimentos para seleção do material empírico, assim como algumas possibilidades de análise desenvolvidas por mim.

No sexto capítulo intitulado: *Artefatos de análise: mídias digitais em ação*, a partir da análise do material empírico procuro mostrar como os artefatos da mídia digital (re)produzem discursivamente a reestruturação dos hospitais universitários federais e de que forma os ditos produzidos na mídia digital atuam no governo dos trabalhadores dos desses hospitais produzindo formas de subjetivação alinhadas a perspectiva neoliberal. Ao proceder à analítica do *corpus* discursivo resultante das reportagens veiculadas nas mídias digitais busco problematizar como os discursos midiáticos constroem sentidos e significados sobre a forma de gerir os hospitais, assim como sobre o fazer dos trabalhadores da área da saúde e gestores desde a reestruturação dos hospitais universitários federais.

Compreendo a *reestruturação* dos hospitais universitários federais proposta pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) como uma estratégia para conhecer e identificar as instituições hospitalares, assim como os sujeitos trabalhadores da área da saúde. Que é sustentado pela crise da saúde, discurso produzido e reproduzido pela mídia digital como estratégia de construção de um modo de governar gerenciar os hospitais.

Para tanto, o Estado ao promover a formação dos trabalhadores da área da saúde volta a atenção para o envolvimento dos mesmos, de forma que cada sujeito dentro do hospital seja responsável por manter a qualidade, para tanto, é necessário que busquem se capacitar de maneira que tenham êxito, alcançando as metas de produtividade propostas.

O Estado investe na autoformação de maneira que cada um passe a ser empreendedor de si, sujeitos dotados de certo grau de autonomia e capital intelectual, aptos para a tomada de decisão, utiliza estratégias que atuam pedagogicamente sobre os indivíduos, sensibilizando-os, ensinando-os,

apontando caminhos e modos de caminhar, isto é, atua sobre a mente dos indivíduos, exercendo práticas que se restringiam aos espaços escolares. Condições, essas, colocadas como necessárias para que os Hospitais Universitários Federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e assistência à saúde.

A reestruturação dos hospitais universitários federais parece ser uma estratégia de governamentalidade que visa não apenas o governo das coisas e dos homens, mas das almas ou mentes, na medida em que se ocupa com a produção de subjetividades alinhada a perspectiva neoliberal.

2. MINHA TRAJETÓRIA E COMPOSIÇÃO DO TERRENO INVESTIGATIVO

Ninguém pode construir em teu lugar a ponte que te seria preciso tu mesmo transpor no fluxo da vida – ninguém, exceto tu. Certamente, existem veredas e as pontes e os semideuses inumeráveis que se oferecerão para te levar para o outro lado do rio, mas somente na medida em que te vendesses inteiramente: tu te colocarias como penhor e te perderias. Há no mundo um único caminho sobre o qual ninguém, exceto tu, poderia trilhar. Para onde leva ele? Não perguntes nada, deves seguir este caminho (NIETZSCHE, 2012, p.164).

Acredito que o interesse por um tema, por um assunto de pesquisa, é produto de experiências profissionais e pessoais que podem ser mais evidentes ou podem estar guardadas em algum lugar não muito explorado de si mesmo, portanto considero que os motivos que me trouxeram até aqui, estão relacionados com minha condição de enfermeira, tendo exercido durante alguns anos, atividades assistenciais e administrativas em hospitais e de professora da Faculdade de Enfermagem de uma Universidade pública, que possui o espaço de um hospital de ensino, como um local de saber que legitima a formação do enfermeiro. Portanto, ser enfermeira e ser professora envolvem experiências que coexistem e, ao entrelaçarem-se com outras experiências, foram atravessando-me, subjetivando-me e modulando minha forma de estar no mundo.

Considero, tal como Aquino (2011), que o trabalho da escrita mistura-se com o de viver. Escrever é uma experiência de transformação do que se pensa, do que se é; uma experiência avessa, que vai além de qualquer chamamento ou invocação normativa. Narrar à experiência através da escrita, pode ser um exercício que nos aproxima de uma noção de sujeito atravessado por múltiplas subjetividades, diferente da noção de sujeito universal tal qual nós conhecemos.

Destaco que ao contar a história do meu percurso profissional, não pretendo apresentar um roteiro indicando quando foi e em que momento exato passei a interessar-me pelo assunto gestão, especialmente, no que se refere à gestão dos Hospitais Universitários Federais. Tão pouco tenho a pretensão de fazer circular a “verdade” sobre a gestão dos hospitais. Narrarei algumas

experiências da minha trajetória acadêmica e profissional, buscando articular fragmentos e fatos, procurando tecer uma teia de relações entre os caminhos que percorri, minhas experiências e os meus atuais interesses de pesquisa.

Nesse sentido, tomo como experiência, a descrição de Larrosa (2002, p.21) que diz ser necessário separar o saber da experiência, da informação. “Experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não é o que se passa, não o que acontece, ou o que toca.”

Larrosa (2002, p.24), ao falar sobre a experiência e o saber de experiência, diz ainda:

A experiência, a possibilidade que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço.

Considero que as palavras de Larrosa, ilustram o que significou para mim, a escrita desta tese. Descrever a minha trajetória me permitiu atentar, fitar, examinar, gradualmente as experiências que tive e os fluxos discursivos e práticas que me constituíram. Movimento que possibilitou o deslocamento, enquanto pesquisadora, da posição de neutralidade na escrita, um desprendimento em relação à forma cartesiana de se conceber a ciência que estabelece separação entre o sujeito e o objeto, na qual o pesquisador deve manter certa distância entre ele e o seu objeto de pesquisa em nome do resguardo da objetividade científica.

Posso dizer ainda que narrar o meu percurso me aproximou ainda mais da perspectiva pós-estruturalista de pesquisa, onde situo esse trabalho, na qual se reconhece que a "realidade" observada não está dada, ela é construída pelo olhar do pesquisador, portanto, a narrativa da pesquisa é sempre dele, o que significa que não há neutralidade na pesquisa, pois no momento que escrevemos, nossos escritos são marcados pela nossa trajetória, por nossa visão de mundo e concepções.

Faço essas colocações para indicar que procurarei, através da junção de fragmentos narrativos, deixar um pouco mais claro como as experiências, que me constituíram, me aproximaram do tema “gestão dos Hospitais Universitários Federais” e permitiram a construção desse estudo.

1.1 O percurso e as aproximações

Posso dizer que as aproximações como o meu tema de pesquisa atual começaram a constituírem-se logo após o término do curso de graduação em enfermagem, quando iniciei minha trajetória profissional como enfermeira em um hospital.

Terminei a graduação, no início do ano 2000, em uma universidade privada situada na região metropolitana da cidade de Porto Alegre. Logo após a formatura, fui convidada a trabalhar como enfermeira assistencial em um dos hospitais da instituição, que por ser um hospital filantrópico¹, prestava atendimento também pelo Sistema Único da Saúde (SUS). Nesta instituição, pude perceber como se estabelecem as diferenças na forma de gerir frente o que é público e o que é privado. Digo isso, porque vivenciava, diariamente, situações que me causavam certo desconforto, como quando ocorria a classificação dos pacientes²: “pacientes do SUS” e “pacientes particulares e

¹Hospitais filantrópicos são definidos como entidades sem fins lucrativos que realizam parte de seus atendimentos gratuitamente. Essas instituições devem ofertar 60% de seus serviços e leitos ocupados para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconizado pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009b). Dados publicados no DATASUS em 2010 indicam que representam cerca de um terço dos leitos existentes no Brasil. O termo “hospital filantrópico” foi substituído a partir da mesma lei por “hospital beneficente”, no entanto, optou-se por manter a nomenclatura anterior, porque assim puderam-se abranger as entidades que antes se caracterizavam como Santas Casas, entidades religiosas e Beneficências (CUNHA; HAMILTON, 2013).

²As pessoas que acorrem aos serviços de saúde são, usualmente, designadas por estes três termos: paciente, cliente e usuário. Cada um tem sua especificidade e não se trata apenas de questão semântica, pois as denominações constituem diferentes maneiras de olhar e compreender os objetos nomeados. O termo paciente, derivada do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer. É universalmente aceito e utilizado, no entanto na atualidade sua utilização tem sido substituída pelos termos cliente e usuário. O termo cliente procede do vocabulário próprio da economia liberal, tem caráter de consumidor e é atribuída à saúde, a característica de um bem de consumo. O termo usuário tem sido amplamente utilizado no Brasil e está relacionado à concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania. Usarei o termo paciente por ser este o termo mais utilizado pelos profissionais de

conveniados” e como tal classificação determinava a divisão arquitetônica dos espaços, tipos de serviços ofertados e a forma como o atendimento era prestado. No entanto, minhas inquietações, eram de certa forma ainda maiores, quando nas reuniões administrativas, os relatórios financeiros mensais mostravam que o custo da assistência prestada aos pacientes do SUS era cada vez maior e os repasses realizados pelo Governo, cada vez menor. Portanto, estratégias precisavam ser criadas para reduzir os gastos.

Nós enfermeiros, travávamos uma luta constante em busca de alternativas para diminuir os gastos, principalmente em relação ao atendimento prestado aos pacientes do SUS, que incluía diminuir o número de profissionais de enfermagem que prestavam assistência, racionar o uso de materiais médico-hospitalares e medicamentos.

Considero importante salientar aqui, mesmo que de forma breve, alguns aspectos em relação ao contexto político desse momento histórico, não no sentido de buscar o que verdadeiramente aconteceu, mas no sentido de olhar as tramas dessa tessitura situando as formações discursivas da época, a fim de poder rastrear as práticas discursivas existentes neste contexto e, assim, identificar condições de possibilidade para a emergência da gestão dos Hospitais Universitários Federais, como meu objeto de estudo.

Nos anos de 1995 a 1998 e de 1999 a 2002, o Brasil estava sob os mandatos do então presidente Fernando Henrique Cardoso. De acordo com Lima (2010), o Governo Fernando Henrique Cardoso foi marcado principalmente pela sobrevalorização da moeda, elevação da taxa de juros, redução dos gastos públicos na área social e reforma do aparelho estatal. Foi um período em que se difundiu a necessidade de modernização do Estado por meio do aumento da governança³.

saúde nas instituições hospitalares e por ser esta a “palavra” a “coisa dita”, o termo usado para classificação (SAITO *et al.*, 2013).

³A expressão “*governance*” surgiu de estudos empreendidos pelo Banco Mundial em uma análise realizada sobre governabilidade e crise de governabilidade ligadas às condições de sustentação das políticas de ajuste em contexto democrático. A concepção de *governance* relaciona-se a noção de *good governance* ou *good government* que está intrinsecamente associada à capacidade governativa e à busca de condições para a efetivação de um Estado eficiente. Para tanto a atenção modifica-se: de voltada para implicações estritamente econômicas da ação estatal, para uma visão mais abrangente, incorporando o crescimento econômico equidade social e também direitos humanos as dimensões sociais e políticas da gestão pública (SANTOS, 1997; GONÇALVES, 2005).

O Governo buscava substituir a administração pública burocrática, considerada ineficiente e centralizada, por uma administração pública gerencial, cujo objetivo era garantir a eficiência e a flexibilidade do setor público. Nesse movimento em busca da modernização do Estado, foram desenvolvidas estratégias para alcançá-la como: a diminuição do tamanho do setor público, o estabelecimento da abertura para a privatização, o desenvolvimento de uma cultura gerencial baseada em avaliação do desempenho e controle dos resultados, a descentralização dos serviços, a competição administrada, a transferência da execução das ações do Estado para organizações públicas ou privadas e atuação do Estado como regulador de tais ações.

A ideia da reforma ou reconstrução do Estado foi uma proposta, do Governo⁴ da época para a superação da então anunciada crise fiscal de forma a resgatar sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas. Nesse sentido, a atribuição do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE)⁵, era a de estabelecer condições para o Governo aumentar sua governança. Para tanto, seu papel era o de orientar e instrumentalizar a reforma do aparelho do Estado.

O conceito de governança, adotado pelo MARE(BRASIL,1995, p.13), refere-se a:

Capacidade de governo do Estado através da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão.

⁴Veiga-Neto (2005a), sugere que o vocábulo “governo”, usado em textos foucaultianos, seja nas, passe a ser substituído por “governo” nos casos em que estiver sendo tratada a questão da ação ou ato de governar. Tal discussão será abordada com mais profundidade no subitem Governamentalidade: diferentes formas de conduzir as condutas dos sujeitos e da população.

⁵Ministério criado pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso em 1995 que nomeou para sua direção Luis Carlos Bresser-Pereira. A função do MARE era implementar a Reforma Administrativa do Estado e o objetivo do ministério era superar administração burocrática e instituir a administração gerencial.

De acordo com o documento que contempla o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995), o Governo brasileiro, dada sua legitimidade democrática e o apoio com que conta na sociedade civil, não precisava de medidas que possibilitassem governabilidade, já que os problemas enfrentados pelo país estavam relacionados à falta de governança. Benedicto (2013,p.288), apresenta os conceitos de governabilidade e governança e pontua as diferenças existentes entre eles:

[...] governabilidade é entendida como uma capacidade influenciada pela cultura, valores, atitudes e modelos mentais que norteiam as relações de uma sociedade específica. O modo como as sociedades enfrentam os desafios e as oportunidades (governabilidade) depende de suas qualidades institucionais existentes (a governança), que está manifestada no conjunto de normas, crenças, convicções e procedimentos que regulam a vida coletiva de uma sociedade ou comunidade. Assim, a governança é o primeiro determinante da governabilidade, que se soma às capacidades dos atores políticos, econômicos e sociais, às capacidades do governo e da qualidade das lideranças que atuam na sociedade, no Estado, no mercado e nas organizações.

De acordo com Luiz Carlos Bresser-Pereira, o então Ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado do Governo Fernando Henrique Cardoso, o Brasil na década de 1990, estava vivendo uma crise financeira que refletia diretamente no sistema de saúde. Segundo ele, tal crise, teve início no decorrer da década de 1950 e agravou-se na década de 1980. Este cenário de crise levou ao desenvolvimento de políticas de redução dos gastos públicos, que afetou os programas sociais da área de saúde, fato que acarretou um decréscimo contínuo do aporte de recursos financeiros para o setor (BRESSER-PEREIRA, 2005).

Bresser-Pereira (1995) destaca que segundo relatório publicado pelo Banco Mundial no ano de 1994⁶, o agravamento da crise do setor saúde está relacionado diretamente aos hospitais. Segundo o autor, o relatório aponta diversos fatores que contribuíram diretamente para o agravamento, dentre eles: a utilização de novas tecnologias que acarretou em aumento do custo das

⁶O autor refere-se ao relatório World Bank. The Organization Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s. Washington: Banco Mundial, relatório n°.12665-BR, junho 1994.

intervenções e tratamentos, a baixa qualidade em relação aos serviços ofertados, de acordo com o relatório os serviços não estavam disponíveis para a população nem na quantidade nem na qualidade minimamente desejável, o aumento das fraudes e a diminuição da qualidade dos serviços ofertados à população por parte dos hospitais privados e filantrópicos. Estes hospitais respondiam por oitenta por cento da oferta de serviços hospitalares, e no momento que tiveram o valor dos reembolsos pagos reduzidos e os médicos decréscimo dos seus honorários começaram a ocorrer mais fraudes em relação ao provimento de recursos financeiros.

Com a proposta de minimizar a crise financeira do setor saúde, no ano de 1995, Bresser-Pereira juntamente com um grupo de especialistas, tendo como base a Reforma Administrativa do Estado, propôs a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde que consistiu basicamente em distinguir a demanda da oferta de serviços e em controlar a oferta através da demanda por meio da reorganização do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial do SUS. Para sua efetivação foi estabelecido o controle de ações, que se deu da seguinte forma: buscava-se obter melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado, que implicava na racionalização do acesso ao atendimento hospitalar, evitando internações e exames que se jugavam desnecessários, objetivando-se a redução dos custos da medicina curativa. O resultado esperado seria o aumento de recursos para a medicina preventiva, decorrente da economia e do controle das despesas dos hospitais (BRASIL, 1998a; BRESSER-PEREIRA, 1995; LIMA, 2010).

No entanto, ao contrário do que se previa, não foram realizados novos investimentos na medicina preventiva, ao invés disso, o que se observou foi uma mudança em relação ao controle e ao domínio do Estado sobre os processos administrativos do setor saúde. O controle administrativo ampliou a capacidade regulatória do Estado, com vistas a tornar as instituições públicas mais eficientes, de modo a funcionarem melhor com um volume igual ou menor de recursos, enfatizando os resultados e tendo como foco eficácia e eficiência. Em relação ao domínio, o Estado passou a permitir maior influência dos interesses privados, sobre os interesses estatais e a estimular a fusão do setor público com o setor privado.

Neste excerto que faz parte do texto que trata sobre a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, item Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar, que consta no Caderno MARE⁷, número 13 intitulado *A Reforma administrativa do sistema de saúde*, publicado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado no ano de 1998, torna-se visível a mudança proposta em relação ao domínio do Estado sobre os processos administrativos dos hospitais estatais. Pode-se perceber que no texto fica claro a modificação no papel do Estado em relação à economia, em relação à mudança na forma de garantir serviços públicos e proteção à população, já que os hospitais estatais, segundo o documento, passariam a ser geridos de forma privada por corporações com finalidade lucrativa.

Hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal [...] (BRASIL, 1998a, p. 19-20).

No texto publicado no Caderno MARE, número 13, também é possível observar uma grande preocupação do Estado na implementação de mudanças político-administrativas e na efetivação da reforma administrativa no setor saúde. O excerto, que destaco a seguir, que é parte do pronunciamento do presidente Fernando Henrique Cardoso, realizado na posse do Ministro da Saúde, Carlos César Albuquerque, publicado na Folha de São Paulo, em 19 de janeiro de 1997, que consta no Caderno MARE, número 13, exemplifica como o Estado, por intermédio de seus representantes, estava preocupado em empreender tais mudanças.

No discurso em que o presidente Fernando Henrique Cardoso deu posse ao novo ministro da saúde, Carlos César Albuquerque, declarou que como 1996 foi o ano da educação, espera que o ano de 1997 seja o da saúde. “Estou confiante que isto possa acontecer, não apenas pelas qualidades que o novo Ministro revelou em sua vida

⁷Os cadernos MARE da Reforma do Estado são uma série de publicações temáticas que documentam e divulgam as principais políticas e projetos do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Abordam a proposta e as diretrizes da reforma, as mudanças constitucionais, as agências executivas, as organizações sociais, a política de recursos humanos e o programa da qualidade e participação entre outros temas. Os cadernos oferecem de forma sistemática, documentação técnica e informações sobre os projetos e políticas do ministério aos dirigentes e técnicos da administração pública (BRESSER-PEREIRA, 2002).

pública anterior, principalmente no trabalho que desenvolveu no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, mas também porque os ministros Adib Jatene e José Carlos Seixas deixaram pronta - e aprovada em todos os níveis do sistema de saúde brasileiro, inclusive no Conselho Nacional de Saúde da qual o novo ministro era membro atuante - uma grande reforma administrativa do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1998a, p.22).

A preocupação do Estado ampliava-se para os hospitais estatais, principalmente em relação à implementação do controle administrativo, cujo propósito, indicado no documento, era melhorar a qualidade dos serviços prestados e alcançar os resultados propostos, que, no caso, estavam relacionados à melhoria da qualidade para conquistar vantagem competitiva⁸, desempenho, produtividade e retorno sobre os investimentos e o custo padrão. Para tanto, seria necessário instituir mudanças nos processos administrativos articulando, de forma mais produtiva, pessoas, instalações, equipamentos e demais recursos, visando produzir resultados superiores.

Para conquistar vantagem competitiva, os ambulatorios e hospitais estatais, públicos e não estatais como os filantrópicos ou privados passariam a concorrer entre si, a fim de atingirem uma melhor qualidade dos serviços, reduzir custos, melhorar a eficiência e a eficácia, entre outros aspectos. Uma das estratégias utilizada para intensificar a competição foi a possibilidade de acesso às informações do Sistema de Informações Gerenciais em Saúde⁹, que

⁸No documento *A Reforma administrativa do sistema de saúde* informa que para a implementação da administração do sistema de saúde o Estado precisa concentrar os esforços no financiamento e no controle dos serviços prestados por empresas não-estatais, ao invés do seu oferecimento direto pelo Estado. Em um dos trechos do documento consta que: “A organização da oferta com apoio do Estado continuará nos hospitais universitários e de maior complexidade. Os hospitais e ambulatorios deverão, em princípio, serem organizações públicas não-estatais, competindo entre si no fornecimento de seus serviços ao SUS” (BRASIL, 1998a, p.23).

⁹Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, através de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, proveem e avaliam os serviços de saúde (FERREIRA, 1999). Segundo a Portaria Ministerial nº3 de 04/01/96 e publicado na D.O.U de 08/01/96 “É essencial conceber o SIS como um instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na dimensão de políticas a serem formuladas e implementadas; o sistema deve ser concebido pois, na qualificação de suas ações, como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade... Um SIS deve assegurar a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde executadas, fornecendo elementos para, continuamente, adequar essas ações aos objetivos do SUS” (BRASIL, 1996 s/p). O primeiro sistema de informações hospitalares criado foi o

possibilitava a comparação de desempenho entre as unidades de saúde (VIEIRA, 2013).

Apresento a seguir, outro fragmento extraído do texto publicado no Caderno MARE, número 13, que coloca, em evidência, esta preocupação em relação a melhoraria da qualidade dos serviços prestados estarem vinculada ao alcance dos resultados propostos.

O Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar será dotado de normas elaboradas pelo Ministério da Saúde e pelas Comissões tri e bipartites e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Será instituído um sistema de remuneração que premie o desempenho e a qualidade do atendimento, através de dois índices de valorização de desempenho, hospitalar e ambulatorial (IVDH e IVDA). O IVDH será construído por fatores múltiplos tais como: taxas de infecção hospitalar, letalidade hospitalar, custo do paciente-dia e do leito-dia, entre outros, no caso dos hospitais. O IVDA, nos ambulatorios de referência, pontuará, entre outras, a resolubilidade, a tecnologia incorporada e a qualidade do atendimento. O IVDH e IVDA variarão entre 1,0 e 2,0 com frações em décimos, incidindo sobre o total mensal das faturas validadas (BRASIL, 1998a, p.20).

No excerto, fica destacado que o desempenho e a qualidade do atendimento hospitalar e ambulatorial seriam avaliados por meio de dois índices de valorização de desempenho o IVDH e o IVDA, enquanto que a mensuração dos dados seria realizada pelo uso de indicadores como instrumentos de planejamento e gerenciamento. Neste entendimento, para o resgate da governança do Estado com o intuito de aumentar a capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, seria preciso incorporar indicadores de desempenho, ou de *performance*, valores quantitativos,

Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS) no ano 1981. Foi o primeiro sistema do DATASUS a ter captação implementada em microcomputadores substituindo no ano de 1982 o sistema GIH (Guia de Internação Hospitalar). Conhecido como Sistema AIH A finalidade do AIH (Sistema SIHSUS) cuja finalidade é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Além disso, o nível Federal recebe mensalmente uma base de dados de todas as internações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os valores de produção de média e alta complexidade, além dos valores de Hospitais Universitários em suas diferentes formas de contrato de gestão. O SIHSUS permite ainda acessar a avaliação do desempenho e condições sanitárias, através das taxas de óbito e de infecção hospitalar informadas no sistema; fornece informações para a programação do orçamento dos estabelecimentos, além de outras funcionalidades (DATASUS, [online]).

parâmetros matemáticos com função estatística, que serviriam de referência para medir a eficácia, a eficiência e a efetividade dos serviços ofertados pelos hospitais e ambulatórios que possibilitariam o gerenciamento do sistema organizacional, pois forneceriam informações fundamentais para a tomada de decisão.

A administração gerencial adotada pelo Estado, tendo como uma das suas propostas, a de torná-lo mais ágil, flexível, eficiente e responsável, diante da sociedade, passou a enfatizar que a eficiência e a qualidade da organização administrativa dos hospitais e ambulatórios estariam diretamente vinculadas ao alcance de objetivos numéricos, ou seja, ao alcance de unidades de medição desejáveis definidas previamente pelo Estado que garantiriam a eficiência e a qualidade esperadas.

A partir da publicação do Caderno MARE 13 que tratava sobre a Reforma administrativa do sistema de saúde, os índices de valorização de desempenho, hospitalar e ambulatorial (IVDH e IVDA) passaram a orientar o sistema de remuneração das instituições hospitalares, premiando-as com recursos financeiros e materiais de acordo com o desempenho e a qualidade do atendimento prestado.

Os relatórios estatísticos gerados no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, a partir do índice de valorização de desempenho hospitalar, voltaram-se então, a construir classes de hospitais, já que passaram a funcionar como uma forma de indicar as instituições que “se encaixavam” e “não se encaixavam” nas normas pré-estabelecidas, as que alcançavam e as que não alcançavam as metas estipuladas em relação à qualidade e produtividade. Passaram a ser considerados hospitais produtivos, os que conseguiram apresentar maior rendimento em maior número de indicadores, da onde se entende que melhor empregavam os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis. Nessa classe, foram alocados grande parte dos hospitais privados, cujos modelos de gestão utilizados seguiam programas de qualidade e produtividade que permitiam o estabelecimento de metas gerenciais, segundo perspectivas neoliberais. Esses hospitais passaram a servir de modelo para os demais; o rendimento obtido por eles, assim como as metas alcançadas, passaram a servir de parâmetro para classificar as demais instituições

hospitalares públicas e privadas. Os dados estatísticos passaram a ordenar relações entre as instituições e o Estado e permitir planejamentos do Governo Federal quanto ao provimento de recursos humanos, materiais e financeiros para os hospitais, sobretudo, para os hospitais públicos.

Os resultados numéricos resultantes dos relatórios estatísticos gerados no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, a partir do índice de valorização de desempenho hospitalar, cujo propósito era aumentar a eficácia e a eficiência do sistema de saúde mediante comparações apoiadas em um número de indicadores por meio de comparações numéricas, passaram a construir, a fabricar ideais de sucessos e fracassos das instituições hospitalares.

Os resultados desses relatórios foram utilizados para mostrar: as estatísticas de desempenho hospitalar, as taxas de internação, infecção hospitalar, média de permanência, entre outras, cujas contagens passaram a ser acompanhadas e divulgadas na mídia, em reportagens de jornais e revistas, em noticiários na televisão. E a gestão pela qualidade, utilizada pelos hospitais privados, passou a ser apontada como a grande responsável pelo sucesso dessas instituições, sendo as estatísticas apresentadas como prova dessa conquista.

Pode-se dizer que utilizar métodos estatísticos para classificação dos hospitais é uma forma de qualificar e conferir cientificidade aos estudos que foram realizados sobre a produtividade e qualidade. Desta forma, são produzidos hospitais produtivos e improdutivos comprovados cientificamente.

Destaco que, ao trazer essas informações e tecer tais considerações, minha intenção não é negar a importância de se produzir e divulgar informação sobre a gestão dos hospitais, ou a relevância de se construir um processo de avaliação da utilização dos seus recursos. Contudo, considero que não se pode, da mesma forma, aceitar, sem críticas, a reverência aos números que vêm ganhando corpo na atualidade. As estatísticas, as taxas, os índices, os gráficos e as tabelas são, cada vez mais, tomados como sinônimo de verdade final e incontestável, como prova desta ou daquela afirmação ou como argumentos indubitáveis.

Portanto, essa construção de classes, essa fabricação de hospitais produtivos e hospitais improdutivos têm uma grande importância na produção

dos discursos sobre a crise na saúde e da precarização dos hospitais públicos, sobretudo, dos hospitais universitários federais, que circulam nos documentos governamentais, nos textos acadêmicos e na mídia da atualidade.

Ao defrontarmo-nos com tais dados numéricos, torna-se passível acreditarmos que programas de qualidade e produtividade que permitem o estabelecimento de metas gerenciais, segundo perspectivas neoliberais, como as utilizadas pelos hospitais privados, são imprescindíveis para enfrentar a crise na saúde. Somos subjetivados a acreditar que a qualidade, a produtividade, os indicadores de desempenho são fundamentais para que se consiga administrar os hospitais públicos.

Considero importante trazer estas informações, porque elas exemplificam como métricas e indicadores passaram a ser utilizados como uma forma de avaliar o sistema hospitalar público brasileiro e como o saber estatístico passou a ser usado para situar os hospitais universitários públicos, dentre eles, os hospitais universitários federais perante aos demais hospitais, mas também, como os discursos que produzem as estatísticas sobre a qualidade e produtividade podem ser vistos como produtores de “realidades” sendo também produzidos por eles.

De acordo com Coelho (2000), a reforma administrativa do Estado faz parte do conjunto de medidas elaboradas no sentido de alcançar a modernização e a adaptação do Estado brasileiro às demandas do mercado. A ideia que norteia essa concepção de administração pública que se relaciona com os conceitos de eficiência, flexibilização, controle finalístico, contrato de gestão, qualidade e cidadão-cliente, que pretende melhor atender a sociedade, tem como esteio conceitos e técnicas utilizadas pelas organizações privadas (COELHO, 2000). O Estado procura adotar os princípios, os valores, os procedimentos e a cultura organizacional do setor privado na administração pública como, por exemplo, introduzindo novas técnicas gerenciais e administrativas das empresas nos órgãos e instituições públicas como escolas e hospitais.

Outro exemplo em relação à adoção de princípios, valores, procedimentos e cultura organizacional do setor privado pela administração pública que se deu a partir do contexto da reforma administrativa do Estado,

que pode ser citado, foi a implantação do Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade – PBQP¹⁰ a certificação ISO¹¹ e do programa denominado Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública¹².

O Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública¹³, definido como o principal instrumento de aplicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estado propunha-se a introduzir no setor público as mudanças de valores e comportamentos preconizados pela administração pública gerencial e viabilizar a revisão dos processos internos da administração pública com vistas à sua maior eficiência e eficácia (BRASIL,1997). O Programa começou a ser implantado, ainda no final dos anos de 1990, nos Ministérios e posteriormente em órgãos e instituições públicas federais, dentre eles, os hospitais e tinha como princípios: satisfação do cliente (preconiza a necessidade de ouvir os seus clientes), gestão participativa (convoca os servidores a participar da melhoria de seus processos de trabalho), gerência de

¹⁰Instituído em 1990 com a finalidade difundir os conceitos de qualidade como estratégia empresarial e gerencial, considerados indispensáveis à modernização e competitividade das empresas brasileiras. Foi desenvolvido em vários setores, mas ganhou notoriedade no setor industrial. No que se refere à atuação do programa na área pública, o programa não se desenvolveu na mesma intensidade que na indústria, pelos mais variados motivos, sendo o principal a total desvinculação das diretrizes da reforma da estrutura organizacional e administrativa implantada no Governo da época. Entretanto, ainda que considerado como de pequeno desempenho no setor público frente aos resultados da iniciativa privada é considerado o programa que alavancou a instituição de práticas de programas de qualidade, no setor público brasileiro. Posteriormente o PBQP incorporou o programa Avança Brasil e aliou a ideia da qualidade na produção à qualidade de vida, cujo *slogan* é “Qualidade: mostre; exija; viva. Quem faz o Brasil é você”. O programa passou então a definir metas em 13 temas ligados à competitividade e qualidade de vida, que vão de indústria, exportação, habitação, à educação, saúde, consumidor, trabalho, ciência e tecnologia (AIDAR,2005).

¹¹É uma normatização baseada em padrões dirigida à gestão e a garantia da qualidade. A certificação do tipo ISO constitui um agregado de orientações genéricas das melhores práticas de gestão, que podem ser adotadas pelas organizações que a desejarem, quando utilizada em organizações públicas, esta norma trata de consolidar práticas estruturantes de um sistema de gestão que tenha como fundamento a qualidade, entendida conforme parâmetros de satisfação do cliente/cidadão e observância às especificações deste, alcançado e aperfeiçoando um ciclo de melhoria contínua (KOHL; OLIVEIRA,2012).

¹²Descrito pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado como o principal instrumento de aplicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estado, propondo-se a introduzir no Setor Público as mudanças de valores e comportamentos preconizados pela Administração Pública Gerencial, e, ainda, viabilizar a revisão dos processos internos da Administração Pública com vistas à sua maior eficiência e eficácia (BRASIL,1997).

¹³O Decreto Nº 5.378 de 23 de Fevereiro de 2005 institui o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - GESPÚBLICA e o Comitê Gestor do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização destacando como sua maior finalidade a contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados aos cidadãos e para o aumento da competitividade do País (BRASIL,2005).

processos (estabelece metas contínuas de melhoria e aperfeiçoamento), valorização do servidor público (preconiza a conscientização do servidor da sua missão, investe na profissionalização, inclui avaliação do desempenho por resultados e reconhecimento do mérito), constância de propósitos (institui o planejamento estratégico como fator indispensável do processo decisório), melhoria contínua (convoca a um estabelecimento permanente de novas metas aos trabalhadores) e não aceitação de erros (institui o compromisso com o fazer certo, insatisfação com o erro por parte dos trabalhadores). O programa foi descrito como uma iniciativa imprescindível para aumentar a eficiência do aparelho estatal, assim como para a efetivação de melhoria em relação aos bens e serviços produzidos no país e, principalmente, para a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros que receberiam serviços de melhor qualidade (BRASIL,1998b).

Feldan, Gatto e Cunha (2005), relatam que com o objetivo de promover a cultura da qualidade nas instituições públicas de saúde, o Ministério da Saúde lançou, no ano de 1994, o Programa de Qualidade. Estabeleceu ainda a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde - CNQPS que elaborou as diretrizes do programa e trabalhou na sua divulgação. No mesmo ano, o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a Academia Nacional de Medicina e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões organizaram o Simpósio Acreditação de Hospitais e Melhoria de Qualidade em Saúde do qual participaram, entre outros, os representantes da *Joint Commission* e do *Canadian Council on Health Services Accreditation* e entidades nacionais para discutir e propor estratégias para implantação e implementação de programas de qualidade em hospitais públicos e privados brasileiros.

É importante destacar que o conceito de qualidade adotado pelo Governo federal, no contexto da reforma administrativa do Estado, tomou como base o conceito *Total Quality Control* ou Controle da Qualidade Total. Esse sistema administrativo foi aperfeiçoado no Japão, a partir de ideias do acadêmico do norte-americano Edwards Deming que utilizava controles

estatísticos da Teoria de Taylor¹⁴ e a defesa da possibilidade de melhorar a natureza e a sociedade humana, a partir da elevação da motivação da Filosofia de Maslow¹⁵ para desenvolver estudos voltados para aplicação de melhorias no âmbito da qualidade nas empresas japonesas.

No decorrer das décadas de 1940 e 1950, no período pós-guerra, o Japão incorporou as técnicas estatísticas desenvolvidas por Deming para o controle de qualidade para reerguer a indústria de bens e consumo e superar a baixa qualidade de seus produtos, a fim de competir como os Estados Unidos no mercado internacional, já que as empresas com tradição de qualidade em seus produtos tinham condições de obter melhores resultados e, conseqüentemente, lucrarem mais. A essas técnicas foram incorporados aspectos filosóficos, culturais e instrumentais relacionados à prática de qualidade, as quais mudaram a forma de se conceber a cultura organizacional, fundamentos administrativos e gestão de recursos humanos das empresas japonesas e aumentaram seu desempenho e faturamento. Fundamentado nos seguintes pontos: envolvimento de todos os empregados com o controle de qualidade, entusiasmo por educação e treinamento de qualidade, atividade de CCQ¹⁶, auditorias do presidente, participação em premiações, uso de métodos

¹⁴Refere-se à Teoria Científica desenvolvida por Frederick Winslow Taylor (1856-1915) que tinha como proposta fundamental o aumento da produção pela eficiência operacional. Preconizava a divisão do trabalho, a especialização do operário e a padronização das atividades e tarefas. O operário passava, a saber, menos do todo e mais da parte que lhe cabia (KURCGANT, 1991).

¹⁵Refiro-me a teoria da Escola Hierárquica das Necessidades Humanas Básicas desenvolvida pelo psicólogo americano Abraham Maslow em 1970. A teoria apresenta a motivação como um processo racional que ascende através de vários níveis de necessidades. Estes níveis devem ser preenchidos, e, assim que algum deles estiver satisfeito em grau razoável, grau este variável de indivíduo para indivíduo, o esforço de motivação deste se colocará na busca de satisfação do nível imediatamente superior. Maslow hierarquizou as necessidades humanas na seguinte ordem de premência: necessidades de autorealização; necessidades de autoestima; necessidades sociais; necessidades de segurança; necessidades fisiológicas. É uma teoria bastante conhecida e difundida em várias áreas como na saúde, na educação, na administração. Tem sido amplamente utilizada no âmbito organizacional, empresarial, tendo por base, sobretudo, o chamado “Diário de Negócios de Maslow”, obra organizada e editada por Deborah O. Stephens que reuniu e articulou os pensamentos e as observações elaboradas por Abraham Maslow a temas como liderança e motivação no trabalho.

¹⁶Refere-se a Círculos de controle de Qualidade (CQC) atividade iniciada no ano de 1962 pela Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE) que organizava um grupo de três a sete voluntários pertencentes ao mesmo nível operacional, com o objetivo de propor modificações no que precisasse ser melhorado ou solucionado dentro de uma empresa. Esse método preconiza que a solução dos problemas enfrentados nos processos está nas mãos dos colaboradores e os CCQ possibilitam a oportunidade deles colaborarem de forma eficaz com a melhoria da organização, através do levantamento das possíveis soluções e da resolução de

estatísticos (ferramentas da qualidade e outros), campanhas de promoção da qualidade (simpósios, seminários, campanhas sistemáticas) que estavam diretamente relacionados à redução de custos, o controle de qualidade japonês passou a ser internacionalmente valorizado e se tornou referência para o desenvolvimento do movimento da qualidade em diversos países do ocidente, inclusive para o Brasil (CARPINETTI, 2016).

Promulgando a necessidade de ultrapassar a anunciada crise em que se encontrava a administração pública brasileira com o sucateamento dos serviços essenciais na década de 1990, o Governo Federal, por meio da reforma gerencial do Estado, buscando incorporar uma administração dita mais flexível, vislumbrava ultrapassar a burocracia estatal, que devido aos padrões rígidos de hierarquia e estruturas, impediam e limitavam a liberdade dos administradores públicos para tomar decisões, assim como, gerava entraves no encaminhamento dos serviços. Buscando instalar um "estado de qualidade" na administração pública brasileira, foram adotadas pelo Governo da época, uma série de mudanças, em nome de viabilizar a introdução de práticas de trabalho, voltadas para a eficiência e flexibilidade no serviço público, tendo como foco principal a modernização de métodos e processos de trabalho e a capacitação dos trabalhadores.

Pode-se dizer que a flexibilidade e a eficiência passaram a ser conceitos centrais para modelo gerencial de administração pública brasileira, assim como a qualidade, o bom atendimento, o tempo gasto nos processos, a avaliação dos serviços tornam-se prioridades (BRESSER PEREIRA, 1998). No entanto, o conceito eficiência estava vinculado à racionalidade econômica no uso dos recursos, ao alcance de metas e ações coordenadas e à sistematização dos processos operacionais, cujos princípios sustentam-se no modelo neoliberal de gestão pela qualidade, utilizado pelas empresas do setor privado. Ligado à ideia de eficiência foi incorporada à gestão por resultados, que se tornou a finalidade da administração pública gerencial.

No modelo gerencial, a administração por ser flexível, não segue regulamentos rígidos, mas deve estar orientada para a obtenção de resultados

dos problemas apresentados contribuindo para a melhoria da produtividade(CARPINETTI, 2006).

e cabe ao gestor traçar metas de ação com foco nos objetivos previamente definidos. Nesse modelo, são criadas várias formas de controle, como por exemplo, uma constante fiscalização sobre as atividades de pessoas, órgãos, instituições, ou sobre produtos, para que tais atividades, ou produtos, não se distanciem das regras estabelecidas previamente.

Pode-se dizer que os princípios do modelo gerencial, aplicados à forma de gerir os hospitais, buscavam responder às exigências da sociedade capitalista, o que levou a reestruturação dos hospitais públicos como empresas produtivas. De acordo com Carinhato (2008), a reforma gerencial do Estado apoiou-se na ideologia neoliberal contemporânea, que exalta o mercado, a concorrência e a liberdade de iniciativa privada, rejeitando a intervenção estatal na economia, afastando o Estado de todo e qualquer empreendimento econômico ou social, que possa interessar ao capital privado nacional e transnacional criando o “Estado mínimo”, que apenas estabelece e fiscaliza as regras do jogo econômico e, para tanto, é necessário desregulamentar as atividades econômicas, privatizar as empresas estatais, as organizações e instituições governamentais relacionadas à educação, saúde, habitação, à previdência, entre outros. Colocando direitos sociais, como a saúde, a educação, a segurança no setor de serviços definidos pelo mercado.

Caminhando nesse sentido, a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, impulsionada pelos movimentos de acreditação hospitalar, para o desenvolvimento da qualidade na América Latina, liderados pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, indicavam que a gestão pública ou estatal dos hospitais brasileiros era pouco eficaz ou, simplesmente, ineficaz. Incentivava, além da livre competição do mercado, o racionamento de recursos humanos e materiais e a incorporação de novos processos administrativos e gerenciais, a fim de maximizar e potencializar a capacidade produtiva dos hospitais.

Tendo como fundamentação uma série de dados numéricos e estatísticos que validavam tal afirmação como, por exemplo, o Censo do IBGE do ano de 1990, que mostrou, entre os seus resultados, a existência de aproximadamente 3,6 leitos por mil habitantes, distribuídos de forma desigual, concentrando-se apenas nos grandes centros. E as informações publicadas no

Caderno MARE nº 13, intitulado *A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde*, que foram divulgadas também no Jornal a Folha de São Paulo, em 19 de janeiro de 1997 e indicavam que a oferta de leitos hospitalares públicos no Brasil era muito maior do que a demanda, já que no país existiam, cerca de 25 mil leitos hospitalares, para uma demanda de 13 mil internações (BRASIL, 1998a). E também, publicações acadêmicas como o estudo conduzido por Zucchi, Bittar e Haddad no ano de 1994, em hospitais de ensino brasileiros, localizados no Estado de São Paulo, onde mostrou que os hospitais privados possuíam maior produtividade¹⁷ que os hospitais públicos e os hospitais de ensino apresentavam uma média de permanência maior do que a média dos outros hospitais, mediana de 07 dias; um índice de renovação menor do que o dos hospitais privados e semelhante ao índice dos hospitais públicos, mediana de 3,70 dias; um índice de funcionários/leito maior do que dos hospitais privados e menor do que nos públicos (ZUCCHI, BITTAR E HADDAD, 1998). Foi possível colocar em circulação uma série de “verdades” que passaram a orientar o entendimento sobre a gestão dos hospitais públicos, e sobre sua ineficiência.

Estes aspectos que destaquei em relação ao contexto político econômico da década de 1990, mostram um pouco do que era produzido sobre a forma de gerir as instituições públicas de saúde, dentre estas, os hospitais universitários federais. Tais informações circulavam nos textos acadêmicos e nos documentos Governamentais publicados na época. Minha intenção ao trazer tais aspectos não é dizer se tal reforma administrativa é boa ou não, se ela foi ou é capaz de resolver os problemas que são anunciados em relação à crise na saúde e à precarização dos hospitais públicos brasileiros. A questão que problematizo, aqui, é a força com que os números e a estatística são utilizados para mostrar e também produzir verdades sobre a gestão dos hospitais públicos.

Segundo Foucault o discurso que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber. Para Foucault (2004a, p.12), “a “verdade” é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem”.

¹⁷É considerado mais produtivo o hospital que apresenta menor média de permanência; maior índice de renovação; menor índice e intervalo de substituição e menor número de funcionários por leito.

O filósofo utiliza a definição de verdade dos gregos¹⁸, para os quais o discurso verdadeiro é aquele proferido por quem de direito e conforme o ritual requerido, no entanto é necessário legitimação, ambiente e circunstância ideal para que a palavra proferida seja considerada verdadeira.

Para Foucault (2004a, p.12), seguindo o pensamento de Nietzsche, não existem verdades absolutas, mas cada sociedade “tem seu regime de verdade”, isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros. Assim, um discurso acolhido como verdadeiro perante a sua hegemonia de discurso universalizante, coage, julga, classifica e interdita outros discursos. Portanto, pode-se dizer a partir dos escritos de Foucault que o saber estatístico, que possui um status científico é concebido como um saber verdadeiro, que centrado na forma de discurso científico, opera na produção discursiva da crise da saúde, precarização dos hospitais universitários federais e gestão dos hospitais. O saber estatístico representado nos números, nos gráficos, nas tabelas ao ser, recorrentemente, utilizado para falar da produtividade dos hospitais, produz conhecimento no campo da administração sobre a gestão hospitalar. Esse saber tem força no processo de subjetivação¹⁹ atuando diretamente na condução da conduta dos sujeitos trabalhadores da área da saúde e gestores, e na forma como eles vão se relacionar e adotar os modelos de gestão propostos pelo Estado.

É importante ressaltar, no entanto, que o problema não está na estatística em si, mas nos usos que se faz dela, para avaliar sob forma numérica e assim descrever de acordo com determinados parâmetros ou

¹⁸Em grego a palavra para ‘verdade’ é *aletheia* e significa ‘o não oculto’, ‘não escondido’, ‘não dissimulado’ é o que se manifesta aos olhos do corpo e do espírito. O verdadeiro, neste sentido, se opõe ao falso, ‘*pseudos*’, que é o encoberto, o escondido, o dissimulado, o que parece ser e não é como parece. A partir da concepção filosófica grega concebe-se que a verdade está na evidência, isto é, a visão intelectual e racional da realidade tal como é em si mesma, alcançada pelas operações de nossa razão ou de nosso intelecto (GARCIA, 2001).

¹⁹Alguns escritos de Foucault buscam compreender os discursos em que o próprio sujeito é colocado como objeto de saber possível, quais são os processos de subjetivação e de objetivação que fazem com que o sujeito possa se tornar, na qualidade de sujeito, objeto de conhecimento, ou seja, modo como o próprio homem se compreende como sujeito legítimo de determinado tipo de conhecimento, ou melhor, como o sujeito percebe a si mesmo na relação sujeito-objeto. De forma geral, os processos de subjetivação referem-se às relações que são definidas de si consigo (CASTANHEIRA, CORREIA, 2013).

classificações como estamos e o que precisamos aprender, melhorar, desenvolver, etc.

No campo da educação, vários estudos têm sido conduzidos sobre como o saber estatístico vem sendo utilizado para mostrar e produzir verdades. Alguns desses estudos foram conduzidos pela professora e pesquisadora em educação da Universidade de Nova York e publicados na obra “Vida e Morte do Grande Sistema Escolar Americano: como os testes padronizados e o modelo de mercado ameaçam a educação” (RAVITCH, 2011). Ravitch ao observar as consequências de reformas educacionais norte-americanas, alicerçadas em pressupostos do mercado, empreendidas a partir da década de 1980, destaca que a testagem padronizada utilizada pelas escolas norte-americanas, não atende ao propósito de uma formação integral como se propõe, mas a conquista de índices numéricos. Segundo a autora, a utilização dos indicadores de aproveitamento dos alunos passou a ser utilizado como referencial para a responsabilização dos professores e para que esses sejam, meritocraticamente, recompensados ou punidos, ou seja, a mensuração do mérito do docente vincula-se ao desempenho dos estudantes, estes têm sua remuneração variável, recebendo pagamento de bônus por desempenho. Ação que carrega consigo a noção de responsabilização do professor pelos resultados alcançados pelos alunos. A autora chama atenção para o uso desses mecanismos de avaliação como forma de forçar a privatização da educação, vinculando os maus resultados à gestão pública das escolas, criando a relação de que o que é público, é precário e o que é privado é eficiente.

No que se refere à saúde, a gestão dos hospitais não é diferente, percebemos, nas últimas quatro décadas, a expansão de uma série de programas de avaliação hospitalar que utilizam indicadores quantitativos, buscando inferir sobre a qualidade e produtividade dos serviços de saúde. Dessa forma, é possível, por exemplo, identificar quais os hospitais que possuem o melhor desempenho, quais se destacam pelos melhores, ou piores, dependendo dos índices apresentados nas diferentes avaliações. Esse mapeamento produzido pela Estatística permite planejar e organizar ações governamentais, como a elaboração de políticas públicas dirigidas, especificamente, aos índices que se quer intervir. Os resultados das avaliações

também oferecem aos cidadãos a possibilidade de, por meio do conhecimento de índices e rankings, escolher a melhor instituição hospitalar, saber o que está alinhado à perspectiva neoliberal, já que Estado neoliberal age no sentido de produzir liberdades, já que essa razão de governo, de acordo com Foucault (2008a,p.86), “é consumidora de liberdades, na medida em que só podem funcionar se existem, efetivamente, certos números de liberdades: liberdade de mercado, liberdade do vendedor e do comprador, livre exercício do direito de propriedade, liberdade de discussão, eventualmente liberdade de expressão, etc.”

De acordo com Traversini e Bello (2009), a valorização dos índices obtidos não é inócua, ela produz efeitos, pois muitas vezes as evidências das práticas de sucesso são indicadas como modelo a ser replicado nas instituições com baixos índices, sendo essas instituições apontadas como problemáticas, independente do contexto e sem investimentos financeiros necessários.

Seguindo a lógica do setor privado, a métrica das avaliações, dos indicadores numéricos avança no setor público. A estatística está sendo cada vez mais utilizada para medir diferentes ordenações das populações, é uma das estratégias do Estado para conduzir as condutas dos sujeitos. Dados estatísticos são produzidos de forma a mapear uma realidade, tornando essa realidade, “concreta” e passível de planejamento e intervenção. “Comparam-se as informações, produz-se um determinado ordenamento e identificam-se as prioridades de modo a tornar um local receptivo à intervenção” (TRAVERSINI e BELLO, 2009, p.149).

Pode-se dizer que é dessa forma que a governamentalidade, associada à Estatística opera na condução de condutas como, por exemplo, melhorar a saúde brasileira intervindo na gestão dos hospitais públicos. Logo, não é sem intenção que diferentes políticas e diretrizes são elaboradas para intervir diretamente nos resultados obtidos, atuando diretamente na conduta dos sujeitos para o mercado, como um importante mecanismo do capital humano.

Percebe-se que o modelo de gestão proposto pelo Estado para gerir os hospitais a partir da Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, se articula a pressupostos da eficiência, dos resultados, da avaliação e da competência, que

são oriundos do mundo empresarial e de algumas teorias econômicas alinhadas ao neoliberalismo. Essa forma de regulação, baseada no desempenho, interfere em diferentes âmbitos das relações institucionais, estimulando novas relações entre os profissionais da área da saúde, trata da constituição dos profissionais e das formas específicas de ser profissional da área da saúde e gestor nesses hospitais.

Retomando a narrativa da minha trajetória, considero importante sinalizar que essa forma de escrita que assumo, por vezes desestruturada, não linear, que mistura narrativa, contextualização histórica, fundamentação teórica, que vai na contramão da maioria dos textos acadêmicos, científicos, produzidos na área da saúde, possibilita marcar as fissuras que compõe a minha trajetória e mostrar que esta não foi formada por um contínuo evoluir sem obstáculos ou quebras, mas que, ao invés disso, foi formada por uma complexidade de aspectos não só profissionais ou acadêmicos, mas também culturais, econômicos, sociais e políticos, os quais, de alguma forma, me atravessaram e ajudam a me constituir enquanto enfermeira e professora.

Para muitos, essa forma de escrita não muito utilizada no campo da enfermagem, que muda de foco, que redireciona o texto, pode causar estranhamento e até parecer inadequada, para aqueles que não estão habituados com o referencial teórico pós-estruturalista. No entanto, é isso que fazem as pesquisas pós-estruturalistas, elas deixam de lado as concepções formais, pré-estabelecidas no que se refere ao pesquisar e ao escrever, elas desconstroem, desnaturalizam a forma tradicional de se fazer pesquisa, assim como constroem novos métodos. São pesquisas que permitem desconstruir discursos que estão imersos na sociedade e também formas e métodos de construção de conhecimento que são aceitos como verdadeiros. De acordo com Paraíso (2014, p.34), nesse tipo de pesquisa “trabalhamos com a remontagem para decompor o que foi atualizado e fixado. Operamos com a remontagem para fabricar outros sentidos [...]”.

De certa forma, fazer esse primeiro redirecionamento no texto, me ajudou a lançar outros olhares sobre a gestão dos Hospitais Universitários Federais. Ao selecionar os documentos governamentais que tratam sobre Reforma Administrativa do Estado, Reforma Administrativa do Sistema de

Saúde, assim como outros documentos que tratam sobre o tema, ao estudá-los, ao lê-los demoradamente, fui levada a pensar sobre alguns aspectos que estão diretamente associados à gestão dos Hospitais Universitários Federais na atualidade.

Um desses aspectos refere-se às estratégias de gestão que vêm sendo anunciadas pelo Estado, há algumas décadas, em documentos governamentais, por meio de iniciativas estatais como fórmulas capazes de resolver a crise na saúde e a precarização dos Hospitais Universitários Federais. Como vem acontecendo com o modelo de Gestão pela Qualidade e o sistema gerencial denominado Controle da Qualidade Total que é apresentado nos documentos governamentais desde o início dos anos de 1990.

Alguns autores que têm discutido a implementação do Controle da Qualidade Total na área da educação e da saúde, têm corroborado com a ideia de que esta é uma estratégia de gestão que vem sendo apresentada pelo Estado, como solução para a crise que se estabeleceu nos dois setores a partir dos anos de 1980.

Para Oliveira (1997), a implementação do sistema de Controle da Qualidade Total ou Qualidade total como também é denominado, nas escolas públicas brasileiras, impulsionado por problemas como o fracasso escolar, foi uma estratégia de gestão posta pelo Estado para resolver a crise do setor. Implementada na década de 1980, momento de redemocratização do país, foi marcada por muitos debates de propostas ligadas aos sistemas de educação brasileiro. Neste período, a temática da qualidade passou a suscitar discussões que envolveram a sociedade, e o conceito de qualidade no ensino estava ligado à luta pela conquista da cidadania e a garantia de um padrão crescente de qualidade para a educação pública, definida como um dos princípios da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). No entanto, no início dos anos de 1990, como resultado da abertura econômica à discussão sobre qualidade na educação, o conceito de qualidade sofreu influências do contexto neoliberal e passou a articular-se com questões relacionadas à produtividade e à competitividade e passou a ser implantada nas escolas como um modelo capaz de transformar fracasso escolar em sucesso e alcançar um padrão progressivo de produtividade e qualidade.

De acordo com Cordeiro (2001), no mesmo período, foram realizados vários movimentos em defesa da qualidade na saúde, cujo entendimento do que seria qualidade, estava ligado aos elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde como: universalização, equidade, integralidade²⁰. No entanto, influenciada pela abertura da economia brasileira, no contexto do neoliberalismo, que teve início no governo do presidente Fernando Collor de Mello, essa concepção de saúde, de caráter político-social, começou a sofrer modificações e passou a incorporar questões associadas à competitividade alinhada ao movimento de reorganização do sistema produtivo em termos globais.

Para deixar um pouco mais claro, o que venho dizendo, considero importante trazer algumas considerações, mesmo que breves, sobre o neoliberalismo, no sentido de compreender como foi se instituindo essa forma de racionalização econômica no cenário da saúde e nos Hospitais Universitários Federais. Farei isso, trazendo alguns apontamentos, sobre as teorizações de Michel Foucault e outros autores que falam a partir dele, por considerar que as teorizações foucaultianas são valiosas para esta discussão, por serem voltadas ao estudo das modernas economias de mercado do pós-guerra, em particular do ordoliberalismo alemão e do neoliberalismo americano da Escola de Chicago e a Teoria do Capital Humano com olhar para uma nova formulação da questão da biopolítica²¹, na perspectiva da governamentalidade neoliberal.

O liberalismo e o neoliberalismo aparecem no pensamento político de Foucault e foram abordados em alguns de seus trabalhos, como nas aulas ministradas no Collège de France em Paris. Posteriormente, essas ideias foram reunidas e publicadas em algumas obras como “Nascimento da Biopolítica” e “Segurança, Território e População”. Portanto, considero as teorizações foucaultianas produtivas para pensar as tramas discursivas que nos interpelam

²⁰Princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), Política de Estado adotada após a Constituição de 1988 que reconheceu a Saúde como um Direito de Cidadania e um dever do Estado.

²¹Termo utilizado por Foucault para designar a forma na qual o poder tende a se modificar no final do século XIX e início do século XX que tem como alvo o conjunto dos indivíduos, a população.

e produzem os significados e os sentidos das concepções da política econômica neoliberal, colocando-as como natural e, portanto, necessárias à gestão dos Hospitais Universitários Federais, normalizando tanto as concepções, como a adesão dos trabalhadores da área da saúde, dos gestores a elas.

Numa perspectiva foucaultiana, o liberalismo é caracterizado como “princípio e método de racionalização do exercício do governo – racionalização que obedece, e aí se encontra sua especificidade, à regra interna da economia máxima” (FOUCAULT, 2008a, p.432). Ao contrário de outras racionalizações de governo que maximizam seus efeitos diminuindo os custos, na racionalização liberal pressupõe-se que o governo, entendido como a atividade que consiste em dirigir a conduta dos homens em quadros e com instrumentos estatais, jamais é um fim em si mesmo. No liberalismo, a regulação dos preços pelo mercado é a única referência da economia racional; no entanto, a fragilidade dessa economia exige que seja constantemente ordenada por uma política de intervenções sociais, para ajudar os menos favorecidos como desempregados, pobres etc. (CANDIOTTO, 2010).

Para Foucault (2008a,p.87), o liberalismo opera na gestão e na organização das condições para que possamos ser livres, portanto, o liberalismo tem a prerrogativa de que o Estado sempre governa demais “O liberalismo formula o seguinte: vou produzir o necessário para tornar você livre. Vou fazer de tal modo que você tenha a liberdade de ser livre”. Considerando somente o contexto do século XIX, ele é interpretado como exercício crítico diante da razão de Estado que predominava anteriormente, e também como o questionamento sempre atuante em relação às maneiras contemporâneas de governar, no sentido de que procura a limitação constante dos excessos do governo (CANDIOTTO, 2010).

Na perspectiva de Foucault, o liberalismo é mais um refinamento da arte de governar, em que o governo, para ser mais econômico, torna-se mais delicado e sutil, de modo que, para governar mais, é preciso governar menos (VEIGA-NETO, 2000). Portanto, o Estado deve ter o mínimo possível de intervenção nas questões de mercado, cabendo, ao Estado, gerenciar,

administrar e, principalmente, regular. Essa não intervenção nas questões de mercado vai ser legitimada por meio do aparelho jurídico (FOUCAULT, 2008a).

Em relação ao neoliberalismo, Foucault (2008b), destaca que este pode ser considerado como uma prática de governo na sociedade contemporânea. Ao analisar o neoliberalismo norte-americano, o autor ressalta que o fundamento da economia racional não é exclusivamente a instituição de preços; esta prática de governo expande-se a domínios como a família, a educação, o controle de natalidade, a saúde etc. Os problemas específicos da vida e da população fazem parte da economia racional que, por sua vez, é considerada o modelo formal do conjunto dos problemas sociais.

Candiotto (2010), destaca que para Foucault, o neoliberalismo não é uma representação de governo ou ideologia, ele tem exercido uma função crítica única ao Estado intervencionista, que se materializa na denúncia contínua dos excessos do governo político e é um dos mecanismos mais eficazes de resistência em face do excessivo intervencionismo estatal nas questões econômicas.

Fara Foucault (2008a), o neoliberalismo se estabelece por meio de práticas que instituem maneiras de organizar a subjetividade²² e constituir estilos de vida, assim como de práticas que fabricam subjetivações, ou seja, pelo empresariamento da vida em todas as suas esferas. Nesse sentido, Lazzarato (2006) destaca que a economia e produção de práticas de subjetivação estão intimamente ligadas, já que a relação econômica não ocorre exclusivamente com a exploração do trabalho, inclui todos os aspectos da vida, onde essa relação se mantém e é possível.

Parto do entendimento de que os princípios da qualidade e da produtividade, quando publicados em um manual, como o que trata da Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, pelo Governo Federal, legitimados nos documentos governamentais como os cadernos MARE (BRASIL, 1998a) eneles se descrevem formas de gerir os Ministérios brasileiros, as repartições

²²As teorizações de Foucault sobre subjetividade são muito específicas. Segundo o autor subjetividade, é a relação consigo que se estabelece através de uma série de procedimentos que são propostos e prescritos aos indivíduos e a define como a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um dado jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo (FOUCAULT, 2012).

públicas, as instituições de saúde, dentre elas, os hospitais e ambulatorios estatais e hospitais universitários, conforme os princípios dos Sistemas de Garantia da Qualidade, que seguem a abordagem sistêmica do Controle da Qualidade Total e se descreve nesses documentos como devem ser realizadas tais práticas e que estas devem se dar por meio da responsabilização dos sujeitos, com foco na competitividade e produtividade, quando se faz investimentos na qualificação dos sujeitos trabalhadores dessas instituições, para que sejam autônomos, responsáveis por si mesmos, convocando-os e responsabilizando-os a promover a educação dos demais em relação aos princípios da qualidade e produtividade; estas estratégias estão sendo inventadas conforme a lógica, vigentes no domínio que produz o discurso neoliberal.

No entanto, as formas de gerir os hospitais, as práticas de gestão que constam nesses documentos governamentais, não ficam restritas aos hospitais, as instituições de saúde, elas permeiam outros espaços. Nesse sentido, a mídia configura-se como um dispositivo profícuo que opera na produção, circulação e articulação de discursos e possibilitam que essas práticas, que seguem a ordem política econômica neoliberal, sejam tidas como verdades e se estabeleçam na contemporaneidade, não só nos espaços de trabalho, mas em outros espaços, como na escola e na família.

A partir do que destacou Hamann (2012,p.101),sobre a governamentalidade neoliberal, as práticas de gestão que constam nos documentos governamentais que tratam sobre Reforma Administrativa do Estado, Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, podem ser pensadas como estratégias postas em prática buscando assegurar que os indivíduos se vejam obrigados a assumir:

Valores baseados no mercado em todos os seus julgamentos e práticas para reunir quantidade suficiente de “capital humano” e assim tornarem-se empreendedores de si. [...] Aqueles que fracassarem em prosperar sob tais condições sociais não podem culpar ninguém nem coisa alguma além de si mesmos (HAMANN, 2012, p.101).

Pode se pensar ainda, que essas práticas de gestão, operam na constituição de indivíduos, que são os sujeitos trabalhadores da área da saúde, os gestores dos hospitais como sujeitos empreendedores de si mesmos, competitivos, interessados, empenhados, perseverantes, motivados, realizadores e motivadores.

Um sujeito, que age e pensa sempre em termos de ganhos, baseado no empreendedorismo de si, estabelece relações entre práticas empreendedoras e as subjetividades. Essas práticas de gestão mostram-se como uma sofisticada relação de poder, que não se exerce como restrita, apenas às políticas de Estado, mas como mecanismos dispersos para além dele, no intuito de normalizar valores liberais como a riqueza, a eficiência, o progresso, etc. (PUZIO e ROSA, 2013).

Assim como destacou Hamamm (2012, p.99), práticas que “Prescrevem a produção, um indivíduo moralmente responsável por percorrer pelo campo social, utilizando cálculos de escolha racional e custo-benefício”. Uma forma de subjetivação mediada, apenas pelos valores de mercado, pela intervenção crescente de valores privados empresariais, sobre as nossas vidas cotidianas.

Nesse redirecionamento do texto, que fiz abordando o contexto da Reforma Administrativa do Estado e da Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, mapeei uma série de outros materiais não governamentais, como produções da mídia, reportagens publicadas em jornais e revistas, entre os anos de 1990 e 2000. Estes me ajudaram a atentar para as condições que possibilitaram com que a forma de gerir os Hospitais Universitários Federais, proposta pelas reformas, se tornasse um tema recorrente, ultrapassando os espaços das instituições governamentais, passando a habitar também outros espaços e campos discursivos como a mídia.

De acordo com Gregolin (2007), para Foucault, o discurso é tomado como uma prática social, historicamente determinada, que constitui os sujeitos e os objetos. Pensar a mídia a partir dos escritos do autor é pensá-la como prática discursiva, produto de linguagem e processo histórico. Nesse sentido, é necessário analisar a circulação dos enunciados, as posições de sujeito, as materialidades que dão corpo aos sentidos e as articulações que os enunciados firmam com a história. Na sociedade contemporânea, a

instantaneidade da mídia, que interpela o leitor através de textos verbais e não verbais, é considerada o principal dispositivo discursivo, por meio do qual é construída uma história do presente.

De acordo com Santos (2014), Foucault trata, em sua obra, das relações entre discurso e poder. A partir dos escritos do autor, concebemos o discurso como um tipo específico de conhecimento, que constitui um conjunto de saberes sobre determinado fato, por isso o discurso não pode ser pensado sem que se leve em consideração as questões de poder que perpassam o contexto social em que circula, nesse sentido, é possível pensar os discursos midiáticos, enquanto conjuntos de saberes, que se encontram diretamente ligados às questões de poder.

Como destaquei anteriormente, Foucault não considera o poder como um elemento do Estado, para autor, o poder é constituído por relações de força, assim, constituindo verdades. É justamente no discurso que se articulam poder e saber, já que vivemos em uma sociedade que produz e faz circular discursos que funcionam como verdades, que passam por verdades e que detêm, por estes motivos, poderes específicos. Portanto, além da vontade de saber e da vontade de poder, que atravessam os discursos, a vontade de verdade constitui e é constituída pelos discursos.

Os estudos foucaultianos concentram suas análises nas práticas culturais em que o poder e o saber se cruzam, nesse sentido, entende-se que a mídia, veículo legitimado na sociedade, autorizado a produzir e a propagar enunciados postos como verdade, tem um discurso que produz e é produzido por relações de poder-saber e pela vontade de verdade.

No campo dos EC, no qual situo esta pesquisa, a mídia também denominada de mídias ou os meios de comunicação de massa é considerada como um campo de produção e disseminação de discursos. Por ter uma ampla penetração discursiva, ela alcança muitas pessoas em diversos contextos em diferentes lugares, produz e faz circular mais rapidamente o maior número de informações e, mais do que isso, ela é lugar privilegiado de difusão e produção de sentidos.

Os discursos veiculados pela mídia, por meio das reportagens, entrevistas, depoimentos, cartas, relatórios, descrições pedagógicas, pesquisas

de mercado, operam um jogo no qual se constituem modos de ser e de viver, que atuam no estabelecimento de saberes sobre o uso que as pessoas devem fazer de seu corpo, de sua alma, de sua vida (GREGOLIN, 2007).

Portanto, a mídia, além de ser um local privilegiado de informação, é considerada também um local que constitui verdades e certezas, inventando, reforçando e multiplicando formas de viver e pensar o mundo (ROCHA, 2004).

Nessa busca que realizei de materiais produzidos pela mídia, identifiquei uma série de artefatos como, jornais e revistas, que circulavam na época, que estão disponíveis na web²³, ou seja, na internet online²⁴. Estes trazem uma série de produções escritas como reportagens, que tratam sobre a “crise na saúde” e a “precarização dos hospitais públicos”. Tais produções mostram a proliferação discursiva sobre a forma de gerir os hospitais e detalham a “crise” vivida pelos hospitais públicos brasileiros. E dentre eles, os Hospitais Universitários Federais estavam na pauta do dia, entre os anos de 1990 e 2002, sendo relatados pela mídia, que requeria atenção para tal problemática.

O que chamou minha atenção, foi o fato de algumas dessas produções, mesmo tendo sido publicadas em jornais e revistas na década de 1990, ainda estão disponíveis, para consulta na internet, agora em formato de mídia digital. Isso significa que mesmo tendo sido publicadas há mais de duas décadas, ainda podem ser acessadas, consultadas de forma imediatanos dias atuais, em tempo real, por inúmeros indivíduos em diferentes lugares. Também mostra quanto se amplia a capacidade de abrangência da mídia, que utiliza como recurso o ambiente da internet que por intermédio de dispositivos, podem se comunicar livremente, estabelecendo comunicação imediata ponta a ponta, entre os participantes que estão conectados, através de seus equipamentos como: computadores, telefone celular e tablets, interligados por linhas, cabos

²³Web é uma palavra inglesa que significa teia ou rede. O termo web ganhou um novo significado com o advento da internet e passou a ser utilizada ao se fazer referência à rede mundial de computadores, a web passou a designar a World Wide Web conhecida como www, a rede que conecta computadores por todo mundo. O termo Web passou a significar um sistema de informações ligadas através de hipermídia (hiperligações em forma de texto, vídeo, som e outras animações digitais) que permitem ao usuário acessar uma infinidade de conteúdos através da internet para o qual é necessário estabelecer conexão com a internet e um navegador que possibilite visualizar os conteúdos.

²⁴“online” ou “em linha” significa estar disponível ao vivo. Termo que se consolidou no Brasil com o uso da Internet. Significa que algum conteúdo pode ser acessado de forma imediata, em tempo real por meio de uma página de Internet.

submarinos, canais de satélite e diversos outros meios de telecomunicação, por onde a informação contida em textos, sons e imagens, pode trafegar em alta velocidade, entre qualquer computador conectado a essa rede.

Esses textos estão na rede e significa que além de acessados, eles podem ser distribuídos para várias fontes diferentes, serem fonte de consulta para uma série de outros locais, como sites, blogs, redes sociais, podendo ainda, ser referência dentro de um documento em hipertexto²⁵ ou ainda, ligar-se a hipermídia²⁶, permitindo que sejam comunicados entre blocos com outros textos, com o mesmo conteúdo ou com outros textos com conteúdos diferentes. Assim, permitindo a quem os acessa se conectar não só ao texto escrito, mas a imagens, vídeos, músicas, infográficos, além de permitir, que o usuário²⁷ exerça influência sobre o conteúdo opinando sobre ele, compartilhando-o entre plataformas digitais interativas.

Essa ampla variedade de recursos visuais, sonoros, textuais, cria um ambiente atrativo que envolve o público que se vê diante de múltiplas possibilidades e formas de acesso ao conteúdo publicado. Esses recursos possibilitam que os usuários apreendam os significados da “crise na saúde”, da “precarização dos Hospitais Universitários Federais”, mais do que isso, que eles também absorvam o sentido das imagens, dos sons, que são utilizados para divulgar essas enunciações, que produzem e reproduzem verdades, que os interpelam diariamente ao serem divulgadas.

Diante de tantas possibilidades, de tantos textos que encontrei na busca que efetuei, selecionei alguns que fazem parte de reportagens de jornais publicados entre os anos de 1995 e 2000²⁸ e estão disponíveis na internet.

²⁵Hipertexto é um documento eletrônico composto por páginas e ligações entre elas (*links*). Link termo em inglês que significa ligação. São partes dos fundamentos das linguagens usadas para construção de páginas na web e outros meios digitais e são designadas elementos clicáveis, em forma de texto ou imagem, que levam a outras partes de um sítio ou para diferentes recursos.

²⁶Hipermídia são diversos tipos de mídia: texto, imagem, som, vídeo etc. Um hipertexto pode integrar diversos tipos de informação de hipermídia que permitem a intervenção do usuário, ou seja, possibilitam a interatividade.

²⁷Na área de tecnologia da informação o termo “usuário” refere-se a indivíduo que utiliza ou trabalha com algum objeto, dispositivo ou serviço em particular e também ao principal agente de acesso e uso da informação, que interage ou usa um software.

²⁸Muitos textos publicados antes de 1995 não estão disponíveis para consulta online porque muitos os jornais e revistas ainda não utilizavam esse recurso tecnológico. Os primeiros jornais no formato digitais disponibilizados online foram publicados nos Estados Unidos no ano de 1981, no Brasil o primeiro jornal a circular online foi o Jornal do Brasil no ano de 1995. Alguns

Elegi este período, porque ele concentra o maior número de reportagens, dentro das que identifiquei e por estas estarem ainda, disponíveis para leitura, na íntegra, e poderem ser acessadas gratuitamente.

Apresento-os a seguir, na tentativa de mostrar algumas enunciações que circulavam na mídia impressa nesse período, no sentido deixar um pouco mais aparente de que forma as reportagens, ao serem publicadas nos jornais diários e nas revistas semanais, foram produzindo verdades sobre a existência de uma crise na saúde, sobre a precarização dos hospitais públicos, fazendo tais verdades circularem mais rapidamente, dando assim visibilidade à “crise” vivida pelos hospitais públicos brasileiros na época.

Na proposta de tese, optei por apresentar as próprias reportagens, a versão original que foi publicada nos jornais e revistas selecionadas, já que, em artefatos culturais como jornais e revistas, a união de imagem e texto cria a mensagem a ser veiculada. Do mesmo modo, para situar o leitor, optei por apresentar em uma caixa de texto, algumas informações sobre os hospitais universitários citados nas reportagens. Na proposta, não analisei de forma detalhada os materiais, eles foram apresentados com o objetivo de dar visibilidade ao que fora, é dito e pensado sobre o tema.

Depois da qualificação da proposta, na medida em que fui retomando os textos, fui percebendo que a seleção de alguns fragmentos das mesmas reportagens poderia ajudar a mostrar como a “crise na saúde” e a “precarização dos hospitais universitários federais” foram se tornando “verdades”, a partir de enunciados que são postos em destaque nesses materiais e que vêm sendo tomados como certezas e aceitos sem questionamento no campo da saúde. Destaco que tomo as matérias publicadas na mídia, textos culturais que constituem uma forma peculiar de falar sobre a gestão dos hospitais universitários federais, sobre a crise na saúde, bem como, sobre a precarização desses hospitais.

Para fazer parte da narrativa deste capítulo, selecionei na proposta de tese as reportagens publicadas em veículos de grande circulação no país. A opção de selecionar tal artefato, se deve ao fato de ser o jornal Folha de S.

jornais e revistas digitalizaram publicações anteriores a esse período e as disponibilizam para consulta na internet, algumas gratuitamente e outros mediante ao pagamento de assinatura.

Paulo²⁹, um jornal diário, que se autointitula, um dos jornais mais influentes do país. Segundo dados do Instituto Verificador de Comunicação (2015), é o jornal de maior circulação do Brasil e sua publicação na internet tem a mesma posição de liderança que a versão impressa. O site do jornal, a Folha de S. Paulo, é indicado como o site de maior audiência entre os jornais brasileiros e ter sido o primeiro grande veículo do país a utilizar um aplicativo com tecnologia, que permitiu acessar seu conteúdo, por meio de tablets, celulares e seu conteúdo online. Disponível na web, ele é utilizado como fonte de informação e pesquisa para outros veículos de mídia de todo país.

Isso sinaliza o grande número de indivíduos que tem acesso aos textos publicados na Folha de S. Paulo, segundo a perspectiva dos EC. Mostra a força desse artefato cultural na produção e difusão de informações, que por estar disponível a um grande número de pessoas, ele é capaz de comunicar, conversar, interpelar, moldar comportamentos e constituir a própria subjetividade. A mídia participa da constituição de subjetividades na medida em que produz significações e saberes, que de alguma forma, se dirigem à "educação" das pessoas, ensinando-lhes modos de ser e estar na cultura em que vivem. A mídia passa a se constituir em uma expertise, produz discursos de verdade sobre a saúde e hospitais públicos brasileiros e os coloca à disposição da população. No entanto, ela é compreendida não apenas como um lugar em que se produzem discursos, mas também, um lugar cujos discursos abrem espaço para outros modos de subjetivação. Modos que armam o sujeito com um campo de saberes discursivos, passam não apenas pela sua formação e o governo do outro, mas também, operam um deslocamento no sentido de transformar as subjetividades (FISCHER, 2002).

No entanto, neste trabalho, após me debruçar sobre a versão final do texto optei por apresentar, não mais as reportagens na íntegra, mas, como excertos, alguns fragmentos que tratam sobre a situação dos hospitais públicos, dentre eles os hospitais universitários federais em relação à infraestrutura, gestão e atendimento à população, por considerar que estes excertos materializam o que vem sendo dito na mídia sobre a "crise na saúde",

²⁹O nome do jornal é grafado como "Folha de S. Paulo", mas comumente é citada como "Folha de S. Paulo", "Folha de São Paulo" ou simplesmente "Folha".

e sobre a “precarização os hospitais universitários federais,” ao longo das últimas três últimas décadas. A seguir, exponho e argumento alguns dos excertos selecionados.

Os primeiros excertos escolhidos foram publicados na Folha de S. Paulo, em junho de 1995, e tratam sobre o sucateamento da rede hospitalar.

Rede hospitalar está sucateada.

Sem verbas para reabilitar um sistema sucateado, o secretário [...] aposta no planejamento e em políticas regionais e não-governamentais para oxigenar a rede de saúde do Estado. O sucateamento do setor é esboçado pelo quadro encontrado por Guedes em janeiro deste ano, pouco alterado em cinco meses de governo: salários defasados, 23 hospitais com obras paradas, 3.000 leitos desativados, falta de material, falta de médicos e atendimento hospitalar precário (Folha de S. Paulo, 25 de jun. de 1995 – online).

Hospital do Coração reduz atendimento.

O Hospital do Coração, em São Paulo, anunciou ontem que terá de reduzir em pelo menos 60% os recursos destinados ao atendimento de crianças carentes com problemas cardíacos. (Folha de S. Paulo, 19 de maio de 1999 – online).

Falta de estrutura afeta atendimento.

Os 1.200 pacientes que todos os dias passam horas na fila de atendimento do pronto-socorro do hospital municipal do Jabaquara (zona sul de São Paulo), oficialmente chamado de Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, não sabem o que os espera lá dentro [...]. O prédio tem vazamentos, a instalação de esgoto está deteriorada, as tubulações de água estão em péssimo estado de conservação.

Não é só isso. O teto está cedendo, apenas um dos dois elevadores funciona e, das cinco ambulâncias disponíveis, somente duas têm condições de uso. Pior ainda: os equipamentos médicos estão destruídos (Folha de S. Paulo, 10 de jun. de 2001- online).

Sindicato denuncia "sucateamento" de hospitais e de postos de atendimento.

Um dossiê divulgado ontem pelo sindicato dos trabalhadores da saúde do Estado de São Paulo mostra um quadro de sucateamento em 18 unidades de atendimento, entre hospitais e postos de saúde (Folha de S. Paulo, 29 de maio de 2002 – online).

Analisando tais reportagens, podemos notar que a dificuldade financeira dos hospitais vem sendo narrada, na mídia, desde a década de 1990. As

reportagens destacam a falta de verba para manutenção da estrutura física dos hospitais, para a compra de equipamentos e contratação de pessoal.

Nos excertos selecionados, a descrição detalhada da situação de deterioração da estrutura física e dos equipamentos, chama a atenção dos leitores, para a existência de um “sucateamento” do setor, para a deterioração por falta de investimento, pressupostos que levaram ao fechamento de leitos e a disposição de um atendimento precário à população. O sucateamento e a falta de estrutura são ditas, são repetidas constantemente de diferentes formas, chamando a atenção dos leitores sobre a situação econômica e a falta de recursos para os hospitais.

De acordo com Carvalho (2007), a atenção hospitalar esteve sempre em evidência, uma vez que é tida, por muitos, como maior responsável pelo aumento dos custos em saúde. No entanto, nas últimas três décadas, têm-se observado uma proliferação discursiva sobre os problemas que envolvem os hospitais, quanto ao sucateamento da estrutura hospitalar e a falta de recursos para essas instituições. No entanto, tais enunciações são emblemáticas para pensarmos no quanto a mídia nos interpela, nos captura e nos conduz a pensar sobre a crise na saúde, sobre a precarização dos hospitais públicos.

Como consumidora, de jornais diários como o jornal Folha de São Paulo, de revistas semanais, fazer uso recorrente da internet, visitando sites e blogs que publicam conteúdos informativos, estando em contato com as recorrentes publicações sobre a situação dos hospitais brasileiros, posso dizer, que pelo fato de ser enfermeira, por trabalhar em um hospital, por lidar cotidianamente com a limitação de recursos, com as dificuldades e diferenças em relação à forma de gerir entre o público e o privado, percebo claramente, que as reportagens publicadas nesses veículos de comunicação, de certa forma, invadiram meu cotidiano, me invocando a viver a problemática da crise financeira da saúde e a crise dos hospitais.

Chamadas como: “Rede hospitalar está sucateada”, “Hospital do Coração reduz atendimento”, “Falta de estrutura afeta atendimento”, “Sindicato denuncia “sucateamento” de hospitais e de postos de atendimento”, inquietaram-me, mobilizaram-me e fizeram-me pensar sobre alguns questionamentos. Por que em determinadas épocas há uma proliferação de

“enunciações” sobre a crise na saúde e sobre a precarização dos hospitais públicos brasileiros? Que efeitos essas reportagens produzem na saúde e na forma de gerir dos hospitais públicos? De que forma estes textos anunciam formas de gerir os hospitais universitários federais?

Essas questões me instigam há algum tempo e têm me levado a pensar que a gestão dos hospitais universitários federais vem assumindo grande visibilidade atualmente. O fato desses textos, especificamente esses, terem ganhado espaço nos jornais e revistas, mostra o quanto o tema está na ordem do dia, o que de certa forma produz efeitos nas pessoas que os leem e que entram em contato com eles.

Como referi anteriormente, as aproximações com o meu tema de pesquisa atual, não se deu em um dia, ou por ocasião do ingresso no curso de doutorado, minhas aproximações começaram a constituir-se logo quando iniciei minha trajetória profissional como enfermeira em um hospital e foram se formando ao longo da minha vida pessoal e profissional como enfermeira, professora e também como aluna do curso de doutorado.

Posso dizer que o que vem sendo narrado na mídia sobre o tema gestão dos hospitais universitários federais, assim como algumas de minhas experiências, como as que relatei anteriormente, e relatarei a seguir, me levaram a pesquisar tal temática.

Outras experiências em relação a minha aproximação com o tema e que considero importante narrar, foram as que vivi como aluna de um curso de Pós-Graduação, onde tive as primeiras noções acadêmicas sobre os Sistemas de Garantia da Qualidade e abordagem sistêmica do Controle da Qualidade Total. E também como enfermeira de um hospital, que foi um dos pioneiros no estado do Rio Grande do Sul a participar do processo de acreditação hospitalar³⁰, metodologia de avaliação da qualidade, a qual se submetem hospitais para serem creditados e assim conquistarem um selo ou certificado de qualidade.

³⁰Para receberem o certificado de qualidade os hospitais precisam satisfazer uma série de providências do ponto de vista da gestão. O certificado ou selo os diferencia como empresas que adotam um sistema de gestão eficiente, focado na qualidade e em busca da excelência nos serviços prestados.

Essas experiências, vivi no início dos anos 2000, período descrito por alguns autores (JAGUARIBE,2000;COMEGNOI E PAULINO,2003; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010), como o período em que o Estado brasileiro retomou os investimentos públicos nos setores estratégicos de infraestrutura. Foi nesse período, em meados do ano de 2001, que o hospital, em que eu trabalhava como enfermeira, na busca de alternativas para modificar os processos administrativos, racionalizar os processos e diminuir os gastos, oportunizou, a um grupo de enfermeiros, dentre os quais, eu estava incluída para a qualificação na área de gestão. No mesmo ano, ingressamos no curso de Pós-Graduação lato sensu - Especialização em Enfermagem Domiciliar. Na disciplina, intitulada Gestão dos Serviços de Saúde, entrei em contato com os temas gestão da qualidade, gestão pela qualidade total, ferramentas de gestão pela qualidade e aspectos gerenciais relacionados à liderança, motivação, comunicação eficaz, *networking*³¹ e outros temas que têm grande destaque no “mundo corporativo”³².

Imersa nesse “novo mundo”, fui percebendo como os saberes, que circulam no campo da administração, fluem para outros campos e passam a ser percebidos como algo indispensável para o bom funcionamento e sobrevivência não só das instituições privadas, como também, das instituições públicas, dentre elas, as instituições de saúde.

Percebi ainda a mudança de foco de uma concepção da administração hospitalar para a gestão hospitalar, o declínio da administração que perdeu seu status e cedeu parte de seu lugar para a gestão. O papel da gestão passou a ser central no campo da saúde, não somente no contexto das instituições

³¹ Rede de relacionamentos pessoais e profissionais de um indivíduo que tornou-se um recurso em caso de recolocação profissional. Atualmente, porém, o conceito de *networking* extrapola o aspecto individual, para estender-se a toda a cadeia de valor em torno de uma empresa, pois hoje o “mundo corporativo” considera importante manter um relacionamento estreito não só com os clientes, mas com os colaboradores (prestadores de serviços) acionistas e comunidade.

³² “Associação de pessoas da mesma profissão ou outra atividade, sujeitas à mesma regra e com os mesmos deveres ou direitos” (FERREIRA, 2008, p.270). O termo corporação passou a ser usado para definir organizações globais que tinham o mesmo objetivo e seguiam os mesmos princípios, normas e regulamentos e tinham um centro de comando comum. No entanto, não dependiam de nenhum Estado e suas atividades não eram controladas e nem reportadas a nenhum parlamento ou outra instituição representativa dos interesses coletivos (KUCINSKI, 1981). Na contemporaneidade a expressão mundo corporativo vem sendo utilizada para designar ao universo do trabalho que se assemelha ao modelo seguido pelas grandes corporações norte americanas que seguem os princípios do mercado globalizado neoliberal.

privadas de saúde, nos hospitais privados, mas também, nos hospitais públicos, ou seja, a forma de gerir as instituições, sejam elas públicas ou privadas. Essas novas formas de gerir advindas da gestão, deslocaram-se das funções operacionais unicamente voltadas para o planejamento, organização, direção e controle, ligadas a uma estrutura hierárquica com regras e padrões sobre concepção, execução e controle bem definidos, fundamentados nos saberes próprios da administração enquanto disciplina e migraram para uma forma de administrar, voltada para o alcance de metas, ligadas a uma estrutura organizacional com maior flexibilidade econômica que assume a eficiência e os resultados como padrão ótimo de administração e, por conseguinte, responsabiliza os trabalhadores e faz com que estes se sintam pessoalmente investidos da responsabilidade pelo bem-estar da instituição. Uma forma de gerir, que se fundamenta nos saberes de outras áreas do conhecimento como, a psicologia, a sociologia, a biologia, a estatística e incorpora a administração, fazendo dela mais uma das funções necessárias para seu desempenho.

Observei ainda, que o papel da gestão tornou-se um dever do Estado. Este, para fazer a gestão dos hospitais, dos trabalhadores e dos gestores, utiliza dados fornecidos pela aplicação das ferramentas de gestão, que por meio de indicadores de desempenho, fluxos, autoavaliações, controles, mapeamento de processos, apresentados em diferentes linguagens e representações, como por exemplo, porcentagens, tabelas e gráficos, fornecem os dados que são usados para estabelecer padrões de normalidade e anormalidade entre as instituições, trabalhadores, gestores, constituindo regimes de verdade e estabelecendo discursos que subjetivam tal coletividade.

No decorrer do ano de 2003, fui trabalhar em um grande hospital privado da cidade de Porto Alegre. Na época, o único hospital do sul do país acreditado³³ e com dupla certificação: Organização Nacional de Acreditação

³³ Acreditação é o reconhecimento formal por um organismo independente especializado em normas técnicas daquele setor de que uma instituição atende a requisitos previamente definidos e demonstra ser competente para realizar suas atividades com segurança. As creditações na área da saúde certificam as instituições que demonstram possuir ações e processos que priorizem a segurança e qualidade no atendimento ao paciente baseados nas melhores práticas internacionais vigentes. A mais antiga e respeitada acreditadora em saúde é a *Joint Commission International* (JCI), representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). O Brasil tem sua própria certificação em saúde, a Organização Nacional de Acreditação (ONA).

(ONA) 3, nível máximo de excelência, e *Joint Commission International*(JCI), organizações que formam comissões de acreditação que certificam as instituições de saúde e têm como foco hospitais, tendo como base padrões internacionais sobre segurança e assistência ao paciente.

Nesse hospital, como enfermeira, pude acompanhar a implementação do processo de acreditação. Participei de capacitações, seminários, *workshops* sobre gestão e vivenciei a implantação das ferramentas da gestão pela qualidade³⁴.

A instituição propunha que o uso de tais ferramentas tinha como objetivo a busca de práticas mais seguras, para a melhoria na qualidade da assistência e a implantação de processos mais eficazes. Isto se traduzia em fazer cada vez “mais e melhor”, com cada vez menos, que correspondia a menor investimento e menor custo.

No cotidiano do trabalho, nós, trabalhadores, seguíamos as práticas da gestão pela qualidade e estávamos sempre sendo lembrados pelos gestores da necessidade de aumento da produtividade e da importância da nossa responsabilização para o sucesso da empresa. Portanto, deveríamos ter sempre “foco no cliente” buscando atender as suas necessidades e principalmente exceder suas expectativas em relação ao cuidado de saúde prestado, a rapidez na prestação desse cuidado e a confiabilidade em relação as nossas ações assistenciais. Éramos lembrados ainda, que nós trabalhadores constituíamos o cerne da instituição e nossas habilidades eram

³⁴O termo ferramentas da qualidade é utilizado para definir instrumentos que segundo, *experts* da gestão são utilizados para identificar oportunidades de melhoria e auxiliar na mensuração e apresentação de resultados, visando ao apoio à tomada de decisão por parte do gestor do processo. As mais utilizadas no Brasil são as seguintes: Folha de Verificação: usada para quantificar a frequência com que eventos que ocorrem, num certo período de tempo. Gráfico de Pareto: gráfico de barras, construído a partir de um processo de coleta de dados utilizado quando se deseja priorizar problemas ou causas relativas a um determinado tema. Diagrama de Causas e Efeito: espinha de peixe ou diagrama de Ishikawa é uma ferramenta de representação das possíveis causas que levam a um determinado efeito. Gráfico de Controle: gráfico que serve para acompanhar a variabilidade de um processo, identificando suas causas comuns (extrínsecas ao processo). Histograma: gráfico de barras que mostra a distribuição de dados por categorias e fornece a imagem da variável num determinado momento. Diagrama de dispersão: auxilia a identificar alteração sofrida por uma variável quando outra se modifica. Estratificação: desdobramento de dados, em categorias, grupos ou, estratos, para determinar sua composição. É usado para auxiliar na análise e na pesquisa para o desenvolvimento de oportunidades de melhoria (COSTA NETO; GNIDARXIC, 2008). Encontra-se na literatura os termos “Ferramentas estatísticas da qualidade”, “Ferramentas da qualidade”, “Ferramentas da qualidade total”, “Ferramentas de controle da qualidade”, que são usados como sinônimo.

essenciais para o desenvolvimento da mesma. Portanto, deveríamos nos envolver com os problemas da organização, contribuindo para sua melhoria através do desenvolvimento do potencial de cada um. Dessa forma, deveríamos buscar oportunidades de desenvolvermos nossas competências e habilidades e compartilhá-las com a equipe, contribuindo efetivamente para a melhoria do hospital. Destacava-se que essa era uma forma mais dinâmica, mais econômica e mais humana de gerir e organizar a instituição e seguir esse modelo era determinante para o sucesso do hospital, para sua sobrevivência³⁵.

De certa forma, essas experiências que vivi me levaram a empreender esse trabalho de pesquisa, a indagar aspectos que estão relacionados à forma de gerir os hospitais públicos, em especial, os hospitais de universitários federais nos dias atuais. Essa experiência me conduziu aos seguintes questionamentos: o que fez os modelos de gestão contemporâneos se transformarem em um dispositivo de governo que colocam em funcionamento um conjunto de tecnologias que visam governar os trabalhadores dos hospitais? Que investimentos têm sido feitos em relação aos sujeitos trabalhadores para que os mesmos atendam a uma determinada racionalidade neoliberal?

Utilizo o termo dispositivo a partir do sentido dado por Foucault (2004a, p. 244), indicando que os modelos de gestão contemporâneos funcionam como um dispositivo e assim como tal “em um determinado momento, teve como função principal responder a uma urgência [...] seu despontar, por motivos políticos, econômicos, filosóficos e sociais, teve uma função estratégica dominante”.

Foucault (2004a, p.244), busca através, desse termo, demarcar em primeiro lugar:

“um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em

³⁵A qualidade tem sido adotada como uma questão de sobrevivência desde a Segunda Guerra Mundial. Os japoneses para venderem seus produtos manufaturados precisaram criar estratégias para melhorar a qualidade e assim poderem concorrer no mercado com outros países do ocidente. Tais estratégias projetaram os produtos produzidos no Japão a líderes em vendas ajudaram as empresas a se manterem no mercado a sobreviver e ajudaram alavancar a economia do país no pós-guerra. Na atualidade, empresas e instituições de maior sucesso, são aquelas que adotam o modelo de gestão da qualidade.

suma, o dito e o não-dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos”.

Os modelos de gestão contemporânea, modelos de gestão pela qualidade, modelos de gestão pela excelência e modelos de gestão flexível, foram tratados como um dispositivo de governo, que envolve um conjunto de discursos da economia, da administração, da estatística, da medicina, que se articulam através de enunciados científicos e que justificam medidas administrativas a serem implementadas por diferentes instituições.

Mobilizada por essas inquietações, fui buscar o que tem sido produzido no meio acadêmico sobre os modelos de gestão contemporâneos como: o modelo de gestão pela qualidade, modelo de excelência da gestão e modelo de gestão flexível, no sentido de articular meus questionamentos com o que vem sendo produzido e difundido sobre os temas atualmente.

Nessa busca, observei que muitos autores, principalmente filiados ao campo da administração, têm se dedicado a escrever sobre gestão pela qualidade, dentre esses, alguns são considerados, *experts*³⁶ como é o caso de Adizes(1991), cujas obras são citadas em grande parte dos trabalhos publicados sobre o tema gestão pela qualidade no Brasil.

Segundo o autor, a melhoria da qualidade exige uma abordagem que ajude as pessoas a aprender sobre como suas organizações funcionam, para que possam fazer mudanças que atendam melhor as necessidades dos clientes³⁷. O autor destaca que não basta apenas investir em recursos

³⁶Foucault destaca os *experts*, como sujeito do conhecimento, já que são os especialistas, os sujeitos autorizados pela sociedade, a utilizar seus saberes para normatizar, regular, vigiar e controlar os indivíduos e a população. São *experts* ou especialistas do saber que exercem um tipo de poder, denominado por Foucault de Governamentalidade, por meio de mecanismos difusos como discursos para promover a felicidade, a saúde através de certas condutas pessoais incluindo a autovigilância. Castiel e Póvoa (2001, p.210) destacam a partir de Foucault que “o termo *expert* refere-se ao indivíduo que possuiria reconhecidas habilidades e/ou conhecimentos específicos sobre determinado campo de atividade/saber. Estas prerrogativas atribuíram-lhe autoridade para tomar decisões, agir, enfim, abordar aspectos pertencentes a sua correspondente área de suposta competência. Considera-se que a noção de *expert* deveria implicar no fato de tal autoridade ser supostamente sólida em virtude de treinamento apropriado, aptidão e/ou experiência adquirida ao longo do tempo. Portanto, a noção de *expertise* subjaz às supostas condições técnicas para atuar no correspondente ramo de atividade. Independentemente do sentido empregado, porém, a *expertise* vem acompanhada de expectativas de autoridade”.

³⁷O termo cliente é usado para designar quem consome o produto ou faz uso de um determinado serviço mediante pagamento. Pode ser usado também para designar a pessoa

materiais, em estrutura física e novos produtos, em tecnologia. É preciso, sobretudo, investir nas potencialidades humanas a fim de preparar as pessoas para lidar com as transformações e competição no mercado atual.

Mônaco e Guimarães (2000, p.68), destacam que muitas empresas adotam a gestão pela qualidade e seus programas e ferramentas, “como saída para resolver problemas imediatos e em curto prazo, tais como de relacionamento dentro da empresa, de capacitação de mão-de-obra ou para solucionar problemas de baixa qualidade nos produtos e serviços”. As ferramentas da qualidade são técnicas gerenciais, com base em conceitos e práticas estatísticas, cujos dados amparam as análises de fatos e tomada de decisão, indicando qual é a mais acertada que passou a ser usadas nos processos de gestão pela qualidade.

É importante destacar que a utilização de sistemas de qualidade pelas empresas e instituições emergiu a partir da intensificação da concorrência e da alteração dos critérios de sucesso empresarial definidos pelo capitalismo, que por sua vez, passaram a orientar desejos e necessidades dos consumidores, o que motivou as organizações a adotarem novas práticas para atenderem as exigências e as expectativas dos clientes e consumidores, com relação aos produtos, estimulando o consumo e, conseqüentemente, aumentando o lucro.

Tendo como base os modelos de gestão pela qualidade norte-americanos e japoneses, a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ)³⁸, criou no ano de 2001, o Modelo de Excelência da Gestão®, que foi configurado como um modelo realmente brasileiro de gestão empresarial, com objetivo de estimular e apoiar as organizações brasileiras no desenvolvimento e na evolução de sua gestão, para que se tornassem sustentáveis, cooperativas e passassem a agregar valor para a sociedade.

que compra algum bem, ou produto, o utiliza ou consome. A gestão pela qualidade tem como foco de seu exercício a satisfação do cliente, que é quem consome, portanto faz circular o consumo, aumenta a rentabilidade de quem vende o produto ou oferta o serviço. O termo cliente tem origem no setor privado e influenciou fortemente a Reforma do Estado (PALUDO, 2013).

³⁸Instituição brasileira sem fins lucrativos criada em 1991 por 39 organizações, públicas e privadas, cujo objetivo é disseminar os fundamentos da excelência da gestão para organizações de todos os setores e portes, para o aperfeiçoamento da gestão, o aumento da competitividade das organizações e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro. Atribui anualmente o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), conferido a empresas que são consideradas destaque em excelência em gestão.

De acordo com Martins, Almeida Neto e Cardoso (2013), modelos de excelência em gestão são metodologias padronizadas que ajudam as empresas a atingirem o nível de excelência em sua forma de gerenciar.

A Fundação Nacional da Qualidade (2014), destaca que o Modelo de Excelência da Gestão está alicerçado por um conjunto de conceitos denominados Fundamentos da Excelência em Gestão, que resultam em processos gerenciais e consequentes resultados, que buscam, constantemente, aperfeiçoar-se e adaptar-se às mudanças globais. São eles: pensamento sistêmico, atuação em rede, aprendizado organizacional, inovação, agilidade, liderança transformadora, olhar para o futuro, conhecimento sobre clientes e mercados, responsabilidade social, valorização das pessoas e da cultura, decisões fundamentadas, orientação por processos, geração de valor. O objetivo principal desses modelos é auxiliar a implantação de processos e mudanças no ambiente organizacional, de forma a atender aos requisitos necessários para uma maior qualidade em seus processos gerenciais.

Esses modelos, que visam a qualidade e a produtividade vêm sendo implementados na administração pública brasileira, desde meados dos anos 1990, no contexto da Reforma Administrativa do Estado e estão sendo apresentados como uma forma de enfrentar a crise fiscal, uma estratégia para reduzir os custos e tornar mais eficiente a administração dos serviços públicos, bem como, um instrumento para proteger o patrimônio público Estatal da corrupção (MARTINS, ALMEIDA NETO e CARDOSO, 2013) .

A aproximação que fiz do tema, gestão dos hospitais universitários federais com as teorizações do campo dos EC, em sua articulação com as teorizações de Michel Foucault, levou-me a romper com algumas certezas e olhar com desconfiança para as pretensões totalizantes, que circulam nos campos da administração e da saúde, como as que reforçam que com a implantação dos modelos de gestão, que preconizam a qualidade e produtividade, será mais fácil resolver os problemas financeiros e estruturais dos hospitais universitários federais, transformando o fracasso em sucesso. E como esses modelos se transformaram em fórmulas capazes de elevar os hospitais universitários federais a instituições mais eficientes e passaram a ser

aceitos como verdades pelos trabalhadores desses hospitais, pelos gestores e pela população em geral.

A visão foucaultiana nos ensina que é preciso ir a fundo dos fenômenos e de lá emergir percebendo o que é estranho, incoerente, duvidoso. Que é preciso pesquisar o que é dito e visto em uma época e procurar, olhar com outras lentes, buscar outro olhar para a realidade que nos é apresentada. Que é preciso se desprender do olhar limitado, acostumado a pensar seguindo as metanarrativas da modernidade. Ensina-nos também que as certezas, bem como as verdades, precisam ser constantemente colocadas sob suspeita e olhadas com desconfiança, porque não existe uma verdade absoluta, universal. A verdade é uma construção histórica, portanto, não se trata de buscar saber o que é verdadeiro e o que é falso, nem constatar o valor da verdade, mas de pensar, pelo conjunto dos enunciados e descrições de uma época, o que os torna possíveis em sua coerência.

Para Foucault (2004a), a verdade é deste mundo, não há nada além das aparências, não há nada oculto, por detrás das cortinas para ser elucidado, desvendado. A verdade está envolvida de forma circular com o poder, portanto, ela não existe fora do poder ou sem o poder, ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e no mundo produz efeitos regulamentados de poder. Portanto, todos os discursos podem ser vistos funcionando como regimes de verdade, todo discurso tido como verdadeiro é portador de poder. Não há saber que não estabeleça relações de poder, nem relações de poder sem a construção de um campo de saber. O saber por sua vez, se manifesta por meio do discurso, seja ele escrito ou falado e o discurso como saber, não é neutro, não é desinteressado, mas está vinculado ao poder, não um poder opressor que interdita e proíbe, mas um poder que produz corpos, institui comportamentos, constitui e regula condutas.

Desse modo, a aproximação, com as teorizações de Michel Foucault, me permite pensar que os discursos da estatística, da administração, da economia falam sobre a gestão da qualidade como sendo a “gestão eficiente”, a “gestão que dá certo”. Ao afirmarem, com certeza e segurança, qual é o significado “verdadeiro” da gestão pela qualidade, ao definirem o que é a “verdadeira” e a “boa gestão”, instituem o que passa a valer como verdade.

Nesse sentido, considero que a implementação de formas de gerir, de modelos de gerência voltados para a qualidade e produtividade, não podem mais ser vistos como uma ação neutra, desinteressada, mas como estratégia de governo, como estratégia e técnica que vão agir diretamente sobre os sujeitos trabalhadores dos hospitais e que permitirá aumentar, sem que eles se deem conta a produtividade e o autogoverno dos mesmos.

Para Foucault (2008b), governar significa condução de condutas, que se refere tanto à maneira pela qual conduzimos a nós mesmos, quanto ao modo pelo qual nos deixamos conduzir, a maneira pela qual somos conduzidos e pela qual, nos comportamos sob efeito de uma conduta.

De acordo com Veiga-Neto e Lopes (2007, p.952), para Foucault, governo refere-se a “todo o conjunto de ações de poder que objetivam conduzir (governar), deliberadamente, a própria conduta ou a conduta dos outros”. Ou seja, conjunto das ações disseminadas e microfísicas do poder que objetivam conduzir e estruturar as ações do governo.

Na gestão pela qualidade, os números, os índices e as taxas, ocupam uma posição de centralidade. As ferramentas de gestão pela qualidade ou ferramentas da qualidade, caracterizadas como ferramentas de controle e ferramentas de planejamento são indicadas como fundamentais para viabilizar as ações gerenciais. Essas ferramentas utilizam mensurações, índices e taxas para orientar as ações dos gestores, mostrando onde o controle por parte da empresa, da instituição deve ser mais acentuado. Pode-se dizer, que a utilização de ferramentas de gestão pela qualidade relaciona-se à ideia de que para planejar, executar e intervir nos hospitais, é preciso levantar dados sobre os trabalhadores, mapear suas necessidades e deficiências e, para tanto, as ferramentas de gestão por meio dos gráficos, dos dados estatísticos, dos mapas, produzem conhecimentos científicos, uma espécie de instrumental numérico, um conhecimento objetivo, verdadeiro, que possibilita uma descrição fiel da realidade dos hospitais, da sua estrutura física, dos materiais que dispõe para a assistência, dos pacientes que são atendidos nesse espaço e também dos trabalhadores dessas instituições.

Nesse sentido, as ferramentas de gestão pela qualidade funcionam como métodos fabricados que permitem coletar e cruzar informações, criando

uma espécie de “fotografia” da instituição. Os dados coletados e armazenados em bancos de dados podem oferecer subsídios, para controle sobre os pacientes, trabalhadores, gestores, prestadores de serviço e fornecedores, assim como, são transformados em critérios para a tomada de decisão administrativa e econômica. Nesse sentido, os números, índices e as taxas assumem um papel de destaque, já que são eles que poderão ser utilizados como parâmetro para o desenvolvimento de ações, para a construção de regulamentos e protocolos que vão produzir registros que permitirão acompanhar os trabalhadores, sua produção, seu desempenho. Os números impressos se configuram como informações e estarão à disposição dos gestores e do Estado, de forma que se torne possível tutelar, dirigir as condutas dos trabalhadores tanto individual e coletiva, para que se possa assim investir na capacitação dos sujeitos, buscando otimizar os índices de produção, da empresa ou instituição.

Considerando o cenário dos hospitais universitários federais, presumo que as ferramentas da gestão pela qualidade funcionam como meios ou tecnologias para o governo dos trabalhadores da área da saúde dos gestores, cujas condutas se vão moldando em meio as estratégias que têm em vista gerir suas práticas e estão em conformidade com as pretensões da iniciativa neoliberal. Como é possível observar, há uma série de prescrições e de enquadramentos, para os quais é preciso atentar, em relação à gestão que indicam quais condutas devem ser tomadas pelos profissionais, para ter produtividade e alcançar a qualidade.

Campos (1994), autor brasileiro, escritor, consultor e expert no campo da administração, em uma de suas obras expoentes, publicada no início dos anos de 1990³⁹, indica como se deve colocar em prática, o controle de qualidade na gestão pela qualidade. Segundo o autor, o sucesso de um programa de qualidade depende do investimento em capacitação dos recursos humanos. E destaca que, por intermédio da educação e do treinamento, é que se buscará “o desenvolvimento de um clima que conduza à emoção pelo trabalho. O resultado do trabalho de cada ser humano deve significar muito para sua vida”.

³⁹No ano de 1990, como o Programa Brasileiro de Qualidade, e Produtividade, a Qualidade Total chega ao Brasil e começa a ser adotado por empresas e instituições de educação, de saúde, de segurança, governamentais e não governamentais (VERRI, 2013).

Para tanto, será necessário: promover a autoestima, satisfazer a autorrealização dos trabalhadores e proporcionar educação e treinamento contínuos. O autor destaca ainda, que as pessoas devem sentir a necessidade de treinamento, que motivação se consegue com treinamento no trabalho porque é o autodesenvolvimento dos trabalhadores que vai gerar o desenvolvimento de habilidades que levam a qualidade e a produtividade.

Observa-se que o autor destaca a importância da capacitação e do investimento educacional nos sujeitos trabalhadores, a fim de garantir a produtividade e também a maximização de seus rendimentos. Essa colocação insere-se no contexto do capitalismo contemporâneo, no qual, o modelo neoliberal se tornou hegemônico em escala mundial, impondo as políticas de livre comércio, de Estados mínimos, de globalização do mercado de trabalho para os investimentos, entre outros aspectos, de forma que a economia política passou a ter como objeto o comportamento humano e na educação, um investimento legítimo.

Fialho et al (2008) ,destaca que as empresas nos dias atuais devem ser inteligentes na sua organização, flexíveis na sua produção e ágeis em sua comercialização. Não basta que as pessoas, que ali trabalham sejam capazes de aprender, é preciso que elas sejam capazes de gerenciar o conhecimento, para gerar outros conhecimentos, novas riquezas e negócios cada vez mais inteligentes. Para tanto, as empresas precisam estabelecer diretrizes e colocar em prática diferentes formas de gerir suas atividades, com velocidade de resposta às mudanças que ocorrem no mercado.

De acordo com Oliveira e Passos (20013),a prioridade das organizações na atualidade não está voltada somente para a estrutura, para o público externo. Atualmente, as relações humanas encontram-se em evidência, a visão mecanicista que encara a organização como estrutura rígida inflexível na qual os trabalhadores eram vistos como meros instrumentos, foi totalmente deixada de lado e substituída por um modelo humano, na qual as organizações são compreendidas como organismos vivos.

Observa-se a partir das colocações dos autores que a gestão, principalmente em suas configurações atuais, diferente da administração, não tem como foco a atuação da empresa, das instituições em relação a extrair dos

trabalhadores somente sua força de trabalho, há um investimento na potencialização da capacidade produtiva e empreendedora do trabalhador porque não se deseja mais, que ele atue como uma “máquina” que realiza apenas funções braçais, ou seja, um mero fornecedor de mão-de-obra; busca-se que ele seja um colaborador, um fornecedor de conhecimento, busca-se o trabalho que é fruto do seu intelecto, utilizando o que o sujeito sabe.

Nessa configuração, o que se valoriza é o capital intelectual⁴⁰, que o trabalhador pode proporcionar se estiver devidamente preparado e motivado. As habilidades e competências passaram a ser tão importantes quanto o próprio negócio, pois são elementos vistos como essenciais para o sucesso, portanto, há um investimento no processo de melhoria contínua para que o sujeito passe do lugar de empregado para o de colaborador. Para tanto, é necessário, que ele alcance as metas, que são estipuladas a partir de dados e indicadores, que mostram onde ele deve chegar, quanta informação e experiência deve acumular, de forma que estas se transformem nos produtos e serviços, que serão o motivo pelo qual os “clientes” procurarão a sua empresa/instituição e não as concorrentes.

A gestão, como uma ciência das organizações, busca comprometer todas as pessoas e a educação constitui-se como um meio de alcançar tal comprometimento, portanto, é utilizada para intervir sobre o comportamento do trabalhador, controlando sua forma de agir e de pensar, segundo a lógica política econômica neoliberal, que prioriza, dentre outros aspectos, a maximização do lucro econômico, aumento da produção como objetivo básico, para atingir o desenvolvimento econômico, apoia-se no princípio capitalista da competição, no qual devem competir uns com os outros, para que sobrevivam os mais fortes, os mais qualificados, transformando a competição, em forma geral, das atividades de produção, até mesmo das atividades sociais fora da esfera produtiva.

⁴⁰Alguns autores dentre eles Peter Drucker em 1970, discorreram na obra “Uma era de descontinuidade” sobre de como o recurso do conhecimento como um novo fator de produção impactaria em mudanças nas sociedades contemporâneas. No entanto o conceito de capital intelectual foi editado por Thomas Stewart, na revista Fortune no ano de 1994 com o título, “YourCompany’sMostValuableAsset: Intellectual Capital”, que foi definido como o conhecimento existente em uma organização e que pode ser usado para criar uma vantagem diferencial, competitiva tais como *expertise*, criatividade, conhecimento, habilidade para resolver problemas, vistos de forma coletiva e dinâmica (ANTUNES, 1999, p.99).

Um exemplo, que pode ser citado, é a gestão da qualidade, que de acordo com um dos seus princípios norteadores, a expertisese adquire com experiência e prática e envolve aprendizagens, que devem ser desenvolvidas por meio de processos educativos.

Nesse sentido Ishikawa⁴¹ (1986), engenheiro japonês, um dos pioneiros no desenvolvimento de uma estratégia, especificamente, japonesa, da qualidade na década de 1950, destaca, que é de extrema importância, que as empresas percebam que o controle de qualidade começa e termina com a educação. De acordo com Ishikawa, quanto mais “educados” os trabalhadores, mais benefícios serão acumulados pela empresa e pelos próprios empregados. O sucesso aumenta, à medida que a instituição utiliza mais o que as pessoas sabem e quando um maior número de pessoas sabem mais coisas úteis para a instituição.

No entanto, o modelo de gestão pela qualidade não é o único que tomará a educação como campo incluído nas práticas de governo e o trabalhador como o sujeito destas práticas.

A partir da década de 1990, ascendeu mundialmente uma nova maneira de gerir as organizações e instituições, assumida por grandes corporações inserida numa lógica da empresa, amparada na Teoria do Capital Humano, do sujeito empresário de si mesmo, do capitalismo flexível, como uma forma de vida (KLAUS, 2011).

Essa nova maneira de gerir, não tem mais como foco unicamente a direção por meio da subordinação ou obediência por parte daquele que realiza uma função, estando frequentemente associada à função controle que ganhou impulso com a expansão do processo de produção industrial na Europa e nos Estados Unidos no século XIX. Nem a divisão do trabalho e especialização do operário e padronização com a finalidade de distribuir atribuições e responsabilidades para que a execução do trabalho seja disciplinada

⁴¹Kaoru Ishikawa engenheiro japonês que desenvolveu métodos de controle da qualidade no Japão na década de 1950 dando ênfase a importância da participação das pessoas no processo de solução de problemas. Introduziu a ideia de círculos de controle da qualidade e ofereceu um composto de técnicas estatísticas e de orientação para implantação do controle de qualidade nas empresas dentre elas as sete ferramentas básicas: Gráfico de Pareto, Diagrama de Causa e Efeito, Histograma, Folhas de Verificação, Gráficos de Dispersão, Fluxogramas e Cartas de Controle.

comopreconizada pela Administração Científica no início do século XX. Essa nova maneira de gerir, denominada gestão, como uma ciência das organizações, amparada na Teoria do Capital Humano tem na educação seu investimento máximo.

Um dos preceitos da Teoria do Capital Humano é que o investimento básico no ser humano se dá por meio da educação, já que as pessoas valorizam as suas capacidades, tanto como produtores, quanto como consumidores, pelo investimento que fazem em si mesmas, dessa forma, a educação se dá pelo "ensino" e pelo "aprendizado", sendo que seu significado decorre da extração de algo potencial ou latente de uma pessoa, aperfeiçoando-a, moral e mentalmente, com o intuito de torná-la suscetível a escolhas individuais e sociais. Nessa Teoria, a educação assume um conceito mais amplo, ela não se refere apenas a educação escolarizada, a educação se dá em outros espaços como na família, na igreja, nas empresas, nesse sentido, a escola configura-se como uma empresa que produz instrução. Observa-se uma nítida analogia entre a produtividade física do capital e a educação, confirmando-se o tratamento analítico da educação como capital humano, já que se torna parte da pessoa que a recebe. O pressuposto central dessa teoria, é o de que capital humano é sempre algo produzido, é o produto de decisões deliberadas de investimento em educação ou em treinamento (VIANA e LIMA, 2010).

Para que a educação aconteça nos diferentes espaços, a Teoria do Capital Humano convoca todos à participação no processo educativo, os pais, os alunos, os gestores, trabalhadores, tendo como objetivo principal a flexibilidade, de forma que os objetivos e caminhos da educação devem ser decididos não só pelos administradores escolares, professores ou experts na área, mas por todos, para que se produza através da educação, sujeitos flexíveis, capazes de competir em uma sociedade em movimento.

De acordo com Klaus (2011,p.177), as instituições precisam ser flexíveis para produzir sujeitos flexíveis “a uniformidade e a burocratização não permitem o jogo da livre concorrência neoliberal [...]”.

Bernando (2009), coloca que nas últimas décadas, tem-se observado nos meios de comunicação e, sobretudo, na literatura de gestão empresarial, o

predomínio de um discurso, que afirma a superação do rígido taylorismo-fordismo por um modelo de organização do trabalho mais flexível. O novo discurso destaca a noção de flexibilidade como contraponto aos modelos rígidos anteriores e incorpora temas como participação, trabalho em equipe e autonomia.

Raupp e Beuren (2003), destacam que a globalização do mercado, a influência de novas tecnologias no processo de produção, as exigências do mercado consumidor e a concorrência, impulsionaram a implementação de um modelo de gestão nas empresas denominado como modelo flexível. O conceito adquirido pela palavra, no meio empresarial, compreende a capacidade de adaptar-se, moldar-se, transformar-se às necessidades do cliente e do mercado, para que se consiga trabalhar de forma eficaz em diferentes situações. Uma empresa flexível é a que tem capacidade para adaptar seus processos, produtos e negócios às necessidades do mercado e do cliente, visando a excelência.

Pontes e Zanarotti (2007), apontam que a forma como o trabalho está organizado atualmente é resultado de um processo de mutações que tem por exigência empresas mais flexíveis. Para atender a essa necessidade imposta pelo mercado, as empresas se reestruturaram e o “modelo” de produção flexível passou a ser considerado um modelo eficiente para a recuperação dos níveis de acumulação. Essas mudanças tiveram seu começo nos anos 1960 e 1970, quando o mundo capitalista presenciou a crise de acumulação do padrão taylorista/fordista, sendo necessária uma mudança que resultasse em melhor competitividade e aumento dos lucros. Para que isso fosse possível, o capital propagou um novo formato de acumulação, a do tipo flexível.

Harvey (2009, p.140), chamou essa nova reestruturação do capital de “acumulação flexível”, pois:

“(...) se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional”.

A acumulação flexível tem no toyotismo e no modelo conhecido como produção flexível a alternativa para a recuperação do capital. A nova estrutura produtiva das empresas da Toyota, denominada flexível, possibilitou à empresa diminuir seu tamanho em função da terceirização de diversas atividades, dispensar trabalhadores e, por conseguinte, aumentar a racionalização e intensificação do controle do trabalho.

Segundo Bernardo (2009), o toyotismo foi assim denominado por ter surgido nas fábricas montadoras de automóveis da Toyota no Japão após a Segunda Guerra Mundial. Apesar de não ser a única experiência que pode ser definida como flexível, o toyotismo se tornou o mais conhecido modelo de organização do trabalho depois da década de 1980, período em que a empresa vendeu mais automóveis do que as montadoras norte-americanas.

A flexibilidade era um dos eixos não só da estrutura produtiva da Toyota, mas também, se configurava em um dos eixos centrais da gestão.

Pontes e Zanarotti (2007, p.3), destacam que:

Neste contexto, as novas técnicas de gestão da força de trabalho foram apresentadas como possibilidades reais de um trabalho mais qualificado, estimulante e que envolve continuamente o operário na execução de suas atividades. Essas técnicas encontram-se no trabalho em equipe, nas células de produção, no trabalhador polivalente e no engajamento estimulado dos operários, principalmente do chão de fábrica [...] A produção flexível ou toyotismo aparece em um momento de crise, como um sistema adaptado ao atual desenvolvimento do capitalismo, à medida que passa a ser uma resposta a uma situação de crescimento lento.

A reestruturação produtiva também introduziu novas técnicas gerenciais e administrativas. Criou-se um método que associava uso intensivo da tecnologia, terceirização e flexibilidade na produção. Criou-se a produção em pequena escala, assim como, o trabalho por encomenda produzido de acordo com a demanda do mercado. Introduziu-se a terceirização e com isso reduziu-se o número de trabalhadores. Introduziu-se a alta tecnologia e investiu-se na capacitação, na educação de trabalhadores para desenvolvimento de múltiplas habilidades e competências. O modelo de gestão foi organizado de forma horizontal, preconizando maior participação dos trabalhadores no processo de

gestão, eliminando níveis hierárquicos de estrutura piramidal, passando a organizar-se em uma estrutura em rede. Os regimes de contrato tornaram-se mais flexíveis com uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado (HARVEY, 1993).

Atualmente, a flexibilidade é apresentada pelos experts da administração como uma competência estratégica, para as empresas que precisam adequar-se as demandas do mercado que exige, que tanto empresas como pessoas sejam capazes de moldar-se, para vencer e sobreviver.

No atual cenário econômico e empresarial, as empresas estão cada vez mais competitivas e buscam uma maior automação da produção e funcionários mais produtivos, capazes de produzir ideias, resolver problemas, criar soluções, saber mobilizar conhecimentos para resolver problemas, analisar situações, fazer diagnósticos, trabalhar em equipe e saber proceder em qualquer situação. Mas sua principal competência deve ser a de aprender continuamente.

O modelo de gestão flexível destaca, que ser receptivo a novas ideias e mudanças, ser criativo, ter responsabilidade e se manter competitivo e atualizado, assim como ter capacidade de tomar as decisões certas em situações complexas, que envolvem o cumprimento de resultados e prazos estabelecidos são características determinantes para profissionais flexíveis. A flexibilidade tem sido apontada como uma das competências imprescindíveis para a admissão de profissionais nos dias atuais.

O modelo de gestão flexível utiliza-se de estratégias para colocá-lo em funcionamento como a convocação dos trabalhadores à participação no processo de gestão. A participação é uma forma de fazer com que eles alinhem suas ações em direção aos objetivos da empresa, que preconiza, que a partir da participação, as pessoas assumem responsabilidades nas atividades de seu grupo. A responsabilidade pelo sucesso ou fracasso deve ser assumida por todos os sujeitos: os trabalhadores, os engenheiros, os gerentes e os executivos, que antes titulados de funcionários, agora, passam a ser titulados de colaboradores. Essa é uma forma, de convocar, todos e cada um, a participar do movimento da qualidade e da produtividade, evidenciando o

exercício de governo, garantindo, que todos entrem no jogo econômico do Estado neoliberal.

De acordo com Sóló (2011), a condição de colaborador fortalece as relações empresa/empresa, onde o empregado passa a ser um empreendedor, uma relação, que pretende desenvolver nos trabalhadores, um comportamento voltado para o comprometimento e alto nível de dedicação, todos devem desenvolver todo o seu potencial e fazer acontecer.

A empresa passa a ser definida como uma família, e o lema “vestir a camisa”, busca desenhar um novo modelo de relação em que os trabalhadores se reconheçam como sujeitos de decisão, para que os mesmos enfrentem problemas e busquem soluções, opinem e sintam-se co-responsáveis e passem a agir de acordo com os valores da empresa, defendendo os seus interesses, honrando com os compromissos firmados, já que os valores e interesses da empresa passam a ser os interesses dos trabalhadores.

Nessa relação, desenvolve-se um “sentimento” de orgulho em pertencer a uma empresa sólida, pioneira, com excelência técnica, que produz com qualidade, tornando-a objeto de desejo de muitos profissionais. Portanto, é preciso que o colaborador se sinta como parte integrante da empresa e não simplesmente mais um entre tantos, cabe à empresa mostrar aos colaboradores a sua importância dentro da organização.

O modelo de gestão flexível coloca em destaque a necessidade de ensinar os trabalhadores a se autogerir, já que o colaborador é um ativo produtivo que exige investimento. Portanto, faz-se necessário, a produção de colaboradores, que são sujeitos empreendedores, que desenvolvem competências para criar consciência da qualidade em todos os processos organizacionais, com o objetivo de criar produtos e serviços com o máximo de economia e a plena satisfação dos consumidores, para que assim todos sejam capazes de gerenciar suas atividades diárias, as unidades onde trabalham, como se cada local de trabalho, cada setor, fosse uma empresa.

O centro do modelo de gestão flexível se encontra a figura do colaborador, que deve reconhecer-se e sentir-se como parte de um sistema, onde cada elemento busca vida própria a favor de um todo, e quando um

destes elementos não cumpre os objetivos propostos, acaba por prejudicar o todo.

Nessa lógica, é necessário que haja investimento educacional e profissional, para que todos se reconheçam como peças fundamentais para o funcionamento da empresa e que cada um tenha condições de desempenhar seu papel com a devida maestria para garantir a produtividade e também a maximização de seus rendimentos.

Para tanto, é preciso que o trabalhador aprenda a ser criativo, a ter iniciativa, ou melhor, ser “proativo”, a ter capacidade de adaptação, desenvolva liderança e invista no seu autodesenvolvimento, porque é preciso saber produzir e competir, e mais do que isso, é preciso fazer gestão da sua própria vida, empenhando-se no cumprimento de metas, na busca pela eficiência, qualidade e sucesso.

No modelo de gestão flexível, não basta a empresa ter capital para investir em produtos, ter marca registrada reconhecida diante do mercado, é preciso acompanhar a competitividade, porém, isso só pode ocorrer se as pessoas que fazem parte dela, estiverem realmente comprometidas em seguir suas normas, sua missão, visão e valores⁴², que elas estejam realmente engajadas com o cumprimento dos objetivos e das metas organizacionais que visam à qualidade e a produtividade mediante ao investimento nas suas capacidades (MEDEIROS, 2011).

⁴²Aspectos que orientam o exercício da liderança compartilhada e representam a identidade organizacional das empresas ligados a abordagem denominada “abordagem estratégica”. A abordagem estratégica foi criada na Universidade de Harvard na década de 1950 e potencializou a criação do Master in Business Administration (MBA) na universidade como um programa de formação voltado especificamente para a gestão estratégica. A partir dos anos 1960 a conceitualização da estratégia e os modelos básicos foram melhorados agregando novos pesquisadores em estratégia e pesquisadores de outras áreas como o marketing, as finanças, a economia, a psicologia e a sociologia (HAFSI e MARTINET, 2008). Atualmente negócio, missão, visão e valores são conceitos ligados a Gestão Estratégica de Empresas ou Strategic Enterprise Management (SEM) e diz respeito as técnicas de gestão, avaliação e ao conjunto de ferramentas respectivas criadas para dar suporte as empresas na tomada de decisão, para tanto a Gestão Estratégica desenvolve o Planejamento Estratégico que é um processo contínuo, sistemático, organizado e capaz de prever o futuro, de maneira a tomar decisões que minimizem riscos. A intenção estratégica definida a partir do Planejamento Estratégico é o propósito da empresa ou instituição que representa o que ela faz, para que ela existe, aonde pretende chegar e quais os princípios de atuação. Esta por sua vez, está refletida na Missão: declaração concisa do propósito e das responsabilidades da empresa; Visão: descrição do futuro desejado para a empresa reflete o que ela quer se tornar e nos Valores: conjunto de princípios, que definem a participação das pessoas no desenvolvimento da missão, visão e servem de guia, ou critério, para os comportamentos e decisões.

Ao olhar para os modelos de gestão, que vêm sendo utilizados nos hospitais brasileiros, na atualidade, que têm como foco a gestão pela qualidade, a excelência da gestão e a gestão flexível, tomando como sustentação o pensamento de Foucault sobre a política neoliberal e o neoliberalismo, admito ser possível considerar a implementação de tais modelos como estratégias, que incidem sobre a vida do sujeito trabalhador, direcionando seus objetivos e desejos para os interesses do mercado. Quanto mais capacitados estiverem os trabalhadores para colocar em prática as metas previstas por estes modelos de gestão, maior será a possibilidade de desenvolvimento e crescimento da instituição para o capitalismo.

Klaus, (2011,p.177), a partir das lentes teórico metodológicas dos Estudos Foucaultianos, salienta que:

Na medida em que o capital humano passa a ser o dado fundamental da economia, ele deve ser medido, visibilizado e visto como um elemento central na qualidade da população. A partir dessa lógica, quanto mais o indivíduo faz investimentos em si mesmo, mais ele potencializa as suas habilidades e competências, mais ele intensifica e torna produtiva a sua vida. As estatísticas são mais refinadas, e as avaliações de larga escala são necessárias para medir a qualidade, para estabelecer o controle de múltiplas instituições autônomas. E é o discurso da educação como um investimento no sujeito em si mesmo, como algo que ninguém pode tirar do sujeito, como algo que lhe pertence, como algo que é mais valioso que seu capital físico, que permite que a educação não seja vista mais como um gasto, mas como um investimento – essa relação é central na nova relação capital e trabalho.

No que se refere à área da saúde existe uma série de estratégias, que são utilizadas, para que os trabalhadores e gestores busquem, constantemente, aperfeiçoamento, conhecimento e inovação. Neste sentido, a educação age sobre o comportamento dos indivíduos, direcionando suas ações para as exigências do capitalismo.

Também, os modelos contemporâneos, modelo de gestão pela qualidade, modelo de excelência da gestão e modelo de gestão flexível são estratégias utilizadas para mobilizar a potência de cada um. Esses modelos, de acordo com Dias (2002, p.11), convocam todos e cada um dos indivíduos a fazer gestão, ou seja, “a lançar mão de todas as funções e conhecimentos

necessários para [...] atingir os objetivos de uma organização de forma eficiente e eficaz” e mais do que isso, os modelos contemporâneos de gestão possibilitam aos trabalhadores objetivar a si próprio no interior do discurso de poder/saber da gestão.

No caso dos hospitais públicos e dos hospitais universitários federais, isso se dá pela criação de empresas para gerir essas instituições, que utilizam modelos de gestão e tem como foco a qualidade, a excelência, a flexibilidade como mecanismos e visam aumentar a eficiência, a produtividade e angariar lucro para as instituições pela terceirização de serviços e contratação de profissionais, assim como, pelo estabelecimento de competitividade no mercado, vendendo alguns serviços dos hospitais para a iniciativa privada como, por exemplo, a formalização de convênio com operadoras de planos de saúde.

Neste ponto, penso que é possível um deslocamento, uma releitura dos modelos de gestão, que vêm sendo implementados nos hospitais universitários federais na atualidade, para além de se configurar como metodologias utilizadas por um programa governamental, que tem como objetivo reestruturar tais instituições, ou seja, criar condições materiais e institucionais, para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções, em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população, como é o caso do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), nesse sentido, a arte de governar está relacionada ao exercício de poder pelo Estado, de modo que se constituam regras e se proponham racionalidades, que a partir do investimento na população, nos trabalhadores da área da saúde, permitam o governo dentro de princípios, que façam o Estado crescer e prosperar, seguindo os princípios do neoliberalismo, que legitimam a forma de gerir unicamente por meio de valores de mercado.

Feitas essas considerações, retomo a narrativa da minha trajetória, buscando mostrar quais acontecimentos me atravessaram de forma que a aproximação com o tema, “gestão dos hospitais universitários federais”, a partir das lentes da perspectiva pós-estruturalista dos EC, se tornou possível.

No ano de 2005, ingressei no Curso de Mestrado em Educação na Universidade Luterana do Brasil, sob a orientação da prof^a Maria Lúcia Wortman. Minha dissertação de Mestrado intitulada, *O que se ensina sobre a dor crônica nos Manuais, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde*, teve como objetivo problematizar os Manuais e Protocolos Clínicos sobre dor crônica, publicados pelo Ministério da Saúde. O estudo inspirou-se em uma perspectiva pós-estruturalista, inscreveu-se no campo dos Estudos Culturais e incorporou algumas contribuições de Michel Foucault acerca de discurso, relações de poder, disciplinamento, práticas de governo e biopoder, para discutir modos de constituição do sujeito que sente dor.

Minha atenção voltou-se para como os materiais examinados que atuam na normalização e regulação dos usuários do sistema de saúde brasileiro. Entre os materiais que fizeram parte do corpus da pesquisa, estavam: o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica* e o *Manual de Cuidados Paliativos Oncológicos*, ambos publicados pelo Ministério da Saúde em 2002. Considerei esses documentos que foram elaborados pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), para direcionar as ações dos profissionais que tratam da dor crônica em instituições de saúde brasileiras públicas e privadas e que tais materiais atuam no governo, tanto dos sujeitos, que padecem de dor, quanto dos que estão encarregados de controlar tais dores. A partir das análises que empreendi, foi possível indicar o papel que esses documentos têm na regulação da dor, a partir da ênfase que atribuem ao que se considerou ser o discurso da medicina baseada em evidências, o discurso da qualidade de vida e o discurso dos cuidados paliativos, que se repetem, se cruzam e, às vezes, até se contrapõem nesses materiais produzindo, “verdades” sobre a dor e os modos de controlá-la.

Considero que, o curso de Mestrado representou um momento importante da minha trajetória, porque foi nesse momento, que me aproximei do referencial teórico, que escolhi para conduzir o estudo, que empreendi e passei a perceber outras formas de olhar os problemas, que se apresentam na contemporaneidade. Nesse momento, percebi que pensar e olhar de outra

forma, a partir dos pressupostos da vertente pós-estruturalista dos EC, implicava em ressignificar aquilo que eu, sendo enfermeira, tinha como entendimento a respeito da saúde, da educação, do corpo, da vida.

Foi nesse momento também, que percebi que assumir a posição de sujeito pesquisador envolve muitas implicações, dentre elas a de não operar com as evidências, de não ter a pretensão do entendimento ou da elucidação absoluta do objeto de pesquisa, assim como nos diz Fischer (2007, p.65) “[...] não temendo reconhecer que muitas vezes as palavras nos enganam nos fazem acreditar na plena existência das coisas, levam-nos a pressupor objetos naturais, dados”.

Ainda durante a realização do Mestrado, fui admitida como docente em uma universidade privada para atuar nos cursos de enfermagem e medicina, onde trabalhei até o ano de 2011. Nesse mesmo ano, prestei concurso em uma Universidade Federal e nessa instituição, além de desenvolver as atividades docentes, tive a oportunidade de atuar no hospital da universidade como representante docente assistencial. Posso dizer, que todos os espaços de atuação, que relatei, foram importantes na construção do meu objeto de estudo, entretanto, a participação como representante docente assistencial foi decisiva para a escolha do tema a ser pesquisado.

Confesso que foi, nesse período, que passei a perceber o quanto se ampliaram as discussões sobre a crise de governabilidade, que enfrentam os hospitais públicos brasileiros e como a temática da gestão assumiu centralidade nas discussões sobre saúde no Brasil e, mais especificamente, nas discussões sobre a forma de gerir os hospitais públicos e principalmente os hospitais universitários federais.

No decorrer dos anos de 2012 e 2013, pude acompanhar, de perto, as discussões sobre a instituição de programas governamentais voltados a estabelecer formas de gerir os hospitais universitários federais no qual se destacam o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado pelo Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010a), destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das Universidades Federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Tal decreto dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais

universitários federais, entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais, e a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), que autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação.

Nesse período, ampliaram-se discussões na universidade sobre a adesão a EBSEH, várias reuniões foram realizadas, das quais participaram docentes, alunos, servidores, representantes de outras universidades que já haviam aderido à empresa. Participei de muitos desses encontros e um dos aspectos que chamou minha atenção, ao ouvir a argumentação dos convidados, foi que, em todas as falas, tanto dos que estavam a favor, como dos que estavam contra a adesão, o uso das expressões: “crise na saúde”, “crise nos hospitais universitários”, “precarização dos hospitais” e “problemas de gestão” foi recorrente.

O segundo aspecto, que chamou minha atenção, foi a profusão de reportagens sobre a crise nos hospitais universitários federais, que circulava na mídia naquela época. No final do ano de 2011, e no decorrer dos anos de 2012 e 2013, uma série de reportagens foram divulgadas na mídia em programas de televisão, dentre estas, destaca-se uma série de reportagens exibidas no programa televisivo Fantástico⁴³ da Rede Globo, no ano de 2012, que denunciavam irregularidades nos hospitais universitários federais. As denúncias apontavam problemas em relação à infraestrutura, à falta de funcionários, falhas no atendimento e, principalmente, a fraudes nos contratos de prestação de serviço e desvio de verbas pelos gestores. Essa série de reportagens levou o Tribunal de Contas da União (TCU) a realizar auditorias, para investigar denúncias veiculadas pelo programa.

⁴³Programa televisivo exibido aos domingos pela Rede Globo de Televisão, emissora de televisão brasileira que segue o formato de revista eletrônica dominical. O programa estreou no ano 1973 e está no ar até hoje. Tem como característica articular o campo da informação com o do entretenimento. Na grade da emissora está colocado após um programa de auditório, no chamado “Horário Nobre” das 21h as 23h que é um horário de grande audiência, destaca-se que o maior faturamento das emissoras é oriundo de propagandas de produtos exibidas nesse horário. O programa é veiculado aos domingos e tem altos índices de audiência (MEMÓRIA GLOBO [ONLINE]).

A primeira auditoria foi realizada, para investigar denúncias, em instituições localizadas no Estado do Rio de Janeiro, buscando a comprovação material das irregularidades evidenciadas pelas reportagens divulgadas na mídia (BRASIL, 2012a). No entanto, frente à suspeita de fraudes em contratos de prestação de serviços de outros hospitais com empresas privadas, ainda no ano de 2012, o TCU resolveu realizar auditoria nos Hospitais Universitários Federais dos 26 Estados e do Distrito Federal.

A série de reportagens foram exibidas no programa Fantástico, tiveram grande repercussão e, a partir de então, foram divulgadas em outros programas de rádio e televisão, em jornais, revistas impressos, assim como, na internet em jornais e revistas digitais, sites, blogs, redes sociais.

Os hospitais universitários federais passaram a ser um tema de destaque nas conversas cotidianas, nos ambientes profissionais como serviços de saúde, nas universidades, no ambiente familiar. A crise na saúde e a precarização desses hospitais tornou-se um assunto em evidência que, constantemente, vinha à tona nas conversas. Como docente e profissional da área da saúde, com frequência era questionada pelos alunos, pelos pacientes, pelos trabalhadores sobre a ineficiência da gestão dos hospitais universitários federais, sobre a falta de recursos humanos e materiais nessas instituições, sobre a precariedade da estrutura física, sobre as fraudes nos contratos dos hospitais com empresas prestadoras de serviços. Nesses questionamentos, as reportagens do programa Fantástico eram citadas com frequência e colocadas em destaque.

Uma dessas reportagens apresentada pelo Programa Fantástico foi publicada no site Estadão⁴⁴, no mês de março de 2012, com a chamada, *TCU decide fazer auditoria em hospitais universitários*. No texto da reportagem veiculada no site Estadão, em 21 de março de 2012, é colocado em destaque, que a decisão tomada pelo TCU de realizar auditoria, foi motivada pela

⁴⁴Também denominado “Estado de S. Paulo” ou “Estadão” é o mais antigo dos jornais da cidade de São Paulo ainda em circulação. Ao longo do tempo novas empresas e produtos foram criados a partir de O Estado de S. Paulo, do Grupo Estado que incorpora a Rádio Eldorado, o Jornal da Tarde, a Oesp-Mídia, Oesp-Gráfica, a Broadcast e o portal Estadao.com.br, com informativo em tempo real que foi lançado em março de 2000 (GRUPO ESTADO, 2016).

reportagem realizada pelo programa Fantástico, que “filmou atos de corrupção explícita, com oferta de suborno, combinação de propostas e superfaturamento de preços, nas negociações do hospital universitário do Rio de Janeiro com dirigentes de quatro empresas”, ou seja, a reportagem deixa claro que as denúncias de corrupção, suborno e superfaturamento de preços ganharam destaque e atenção do TCU, após serem veiculadas na mídia.

Trago abaixo, o texto da reportagem publicada no site do jornal e que se encontra disponível na web.

TCU decide fazer auditoria em hospitais universitários.
O Tribunal de Contas da União (TCU) decidiu nesta quarta realizar auditoria em hospitais universitários dos 26 Estados e do Distrito Federal, ante suspeita de fraudes generalizadas em contratos de prestação de serviços com empresas privadas. O governo federal mantém 44 hospitais universitários em todo o País e o pente fino alcançará ao menos um em cada unidade da Federação. Ao final, serão adotadas sanções contra os responsáveis por desvios e medidas para aprimorar o sistema de contratação. A decisão foi motivada, segundo informou o presidente do tribunal, ministro Benjamin Zymler, pela reportagem do programa Fantástico, da TV Globo, que filmou atos de corrupção explícita, com oferta de suborno, combinação de propostas e superfaturamento de preços, nas negociações do hospital universitário do Rio de Janeiro com dirigentes de quatro empresas. “Caos como esses são detectados com frequência indesejada nos trabalhos de fiscalização deste Tribunal” lamentou o ministro (Estadão, 21 de mar. de 2012 – online).

Essas colocações chamam a atenção para a força da mídia enquanto produtora de significados e legitimadora de verdades que se reverberam como opinião pública. Os programas televisivos, assim como, jornais e revistas informativas, por deterem grande credibilidade e respeito dos telespectadores, atuam como propagadores de verdades.

Programas televisivos de grande audiência, como o programa Fantástico, são acessíveis a um público amplo, têm grande penetração no cotidiano das pessoas, seus textos e imagens passam a circular em outros diferentes tipos de mídia, os enunciados, que ali circulam, relacionam-se com outros enunciados, com outros ditos sobre saúde e sobre os hospitais e assim

participam intensamente na difusão de enunciados sobre a saúde pública brasileira.

Para Costa, Silveira e Sommer (2003), os artefatos de comunicação e informação têm uma dimensão formativa na vida contemporânea. Devido à posição que a mídia ocupa na vida de milhões de pessoas, atuando como o mais importante e, muitas vezes, o mais acessível meio de comunicação, meio de informação e também de entretenimento. Portanto, não podemos desconsiderar seu poder constituidor e subjetivador no mundo atual.

Isso quer dizer, que a mídia não pode ser entendida exclusivamente como propagadora de informações. A mídia tem sido considerada um lugar privilegiado de circulação de discursos em nossa sociedade, portanto, ela constrói realidades e sentidos sobre o mundo e é difusora de regimes de verdades por meio dos vários textos que veicula.

Nesse sentido, no que se refere à reportagem realizada pelo programa Fantástico, pode-se dizer, que a mídia não apenas apresenta essas reportagens para informar, ela ao divulgar o resultado das investigações, materializa essas denúncias. A junção da imagem e texto nas reportagens televisivas proporciona aos espectadores, relação com algo que pode ser visto, e também, pode ser comprovado pelas imagens e sons e atestados como verdade pelos dados numéricos, gráficos, que possibilitam a compreensão do que está sendo anunciado.

Os recursos gráficos e de linguagem empregados pela mídia podem suscitar variados entendimentos, reforçar sentidos, inferir outros. A composição do texto favorece que os significados sejam constituídos através de recursos gráficos e de linguagem, seja na disposição das imagens, de ilustrações, no tamanho e fonte de letra, escolhidos para destacar determinadas passagens. A construção do texto com diferentes elementos textuais como chamadas, legendas, imagens, usados para captar os sentidos dos espectadores, leitores, formam uma trama técnica e estética, por meio da qual, os discursos vão compondo verdades para o mundo (GERZOM, 2007).

Vale lembrar que o jornal, o Estadão, é apontado como um dos principais jornais de notícias brasileiros. Fundado em 1875, na cidade de São Paulo, é o mais antigo dos jornais da cidade ainda em circulação. A versão

impressa tem grande distribuição no estado de São Paulo e a versão online começou a circular no ano 2000, no portal Estadao.com.br, autointitulando-se como, veículo informativo em tempo real. Em janeiro de 2003, o portal superou a marca de um milhão de visitantes mensais, assumindo posição de liderança como, veículo de jornalismo online mais consultado no Brasil, na época. O Estadão intitula-se, um dos jornais mais influentes do Brasil, e um dos quatro maiores jornais, em número de exemplares comercializados, destaca também, que tem sido citado por associações internacionais como, um dos diários mais completos do mundo, ao lado dos grandes jornais europeus e norte-americanos (GRUPO ESTADO, 2015).

Considerando tais afirmações, percebe-se que o jornal é lido, consultado e acessado por um grande número de pessoas, sendo que o conteúdo publicado é difundido entre muitos leitores em diferentes lugares. Por ser um jornal que se autointitula informativo, que realiza a maior cobertura política, econômica e internacional do país, ele ocupa uma posição específica, ligada às funções gerais do dispositivo de verdade em nossa sociedade. Ao acionar discursos científicos como, o do direito e da economia, assim como, especialistas, como no caso, o ministro do Tribunal de Contas da União, alguém que emite discursos de verdade e aciona regimes de verdade, confere status profissional, científico e intelectual ao que está sendo dito sobre os hospitais universitários federais, encarregando-se de dizer o que conta como verdade.

Reportagens sobre irregularidades nos hospitais universitários federais voltaram a circular em uma matéria publicada no site Veja.com⁴⁵, em 23 de maio de 2013. O texto publicado indica que auditoria realizada pelo TCU em hospitais universitários federais, após denúncias de fraude, que ocorrem nas reportagens do programa Fantástico da Rede Globo, identificou que dos 44 Hospitais Universitários Federais, 21 apresentavam irregularidades e falhas

⁴⁵Site de notícias vinculado a Revista Veja que inclui todo conteúdo da revista. Conforme informação do Com Score (empresa dos EUA de análise da internet que fornece informações sobre as grandes empresas, agências de publicidade e de mídia do mundo) em janeiro de 2015, o site possui quase 14 milhões de usuários únicos (58% via dispositivos móveis) e 82 milhões de visualizações, audiência que nos últimos 12 meses cresceu 98%. Todos os dias, os posts da Fan Page (página de fãs) de VEJA impactam 15 milhões de usuários, enquanto o perfil no Twitter é o maior de notícias do país (PORTAL DA PROPAGANDA, 2015).

nos processos de gestão que incluíam, contratações irregulares, falta de controle de custos e gastos (BRASIL, 2012a). O texto da reportagem com tais colocações pode ser visto abaixo:

TCU aponta irregularidades em 21 hospitais universitários. Principais problemas são a falta de pessoal, ausência de capacitação para funcionários que realizam contratações e descontrole de gastos. Uma fiscalização realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) mostrou que pelo menos 21 hospitais universitários espalhados pelo país apresentam irregularidades e falhas nas suas atividades de controle interno, especialmente nas áreas de licitação e contratos. Os principais problemas identificados foram: falta de pessoal, ausência de capacitação para funcionários que realizam contratações e ausência de controle de custos e gastos. As auditorias foram iniciadas em março do ano passado, após reportagem do Fantástico, da Rede Globo, sobre fraudes em concorrências realizadas para o Hospital Pediátrico da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Segundo a ONG Contas Abertas, ainda faltam ser concluídas fiscalizações em três hospitais. O tribunal constatou que os 21 hospitais universitários avaliados não possuem auditoria interna própria, sendo que amostras de seus processos de compras são incluídas em trabalhos realizados em auditorias da universidade a que estão ligados. Também se identificou ausência ou fragilidade das comissões de ética de dezenove hospitais. O TCU verificou ainda que funcionários envolvidos com as atividades de licitação e contratos dos hospitais não participaram com regularidade de cursos de capacitação e atualização nessas áreas, até de falta de pessoal nos setores (Veja.com, 23 de maio de 2013 – online).

Cabe destacar, o texto que chama a atenção para as irregularidades encontradas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) relaciona-se a falta de infraestrutura dos hospitais, falta de pessoal, mas principalmente, atenta para a gestão dos hospitais quando anuncia a falta de controle de gastos, ineficiência nas atividades de controle interno e fraudes em contratos e licitações.

É importante destacar que, a partir da perspectiva dos EC, entende-se que a mídia é um importante instrumento para produção dessas verdades. Os discursos encontram na mídia seu ponto máximo de difusão e, ao selecioná-los, a mídia coloca em funcionamento uma operação de poder. A mídia seleciona os discursos que terão visibilidade, ou seja, discursos que refletem o mundo em que vivemos, e constitui o real. A verdade, assim, aparece como

relação de poder e evidencia quem tem a primazia de elegê-la e também de enunciá-la (FISCHER, 1997).

No entanto, cabe destacar que as realidades veiculadas são construídas, e não o objeto “em si” a que fazem referência. Entende-se, portanto, que as reportagens veiculadas na mídia são construções, resultados de articulações da linguagem sobre o real, que são o resultado de uma prática discursiva. Assim, o modo como a televisão dá a ver diferentes universos, é mediado pela forma como ela opera na realidade. Nesse sentido, os produtos que nela circulam, conferem visibilidade aos discursos que estão presentes na sociedade (ROCHA, 2008; SILVA, VIEIRA e HENNING, 2012).

O texto da reportagem, que alerta para a ineficiência da gestão e para a precariedade dos hospitais universitários federais, mostra, em meio às informações, que procura transmitir discursos, que vêm nos atravessando em relação à saúde e a forma de gerir dos serviços na contemporaneidade.

É importante, olharmos para a potência de enunciações, que se apresentam na mídia como: “TCU aponta irregularidades em 21 hospitais universitários”, “Principais problemas são a falta de pessoal, ausência de capacitação para funcionários que realizam contratações e descontrole de gastos”, “O tribunal constatou que os 21 hospitais universitários avaliados não possuem auditoria interna própria”. Enunciações que vêm pormenorizando a gestão dos hospitais, a fim de produzir explicações, de mostrar respostas a respeito das possíveis causas e origens da precariedade dos hospitais universitários federais.

Um exemplo, que pode ser citado, é a reportagem publicada, em 12 de agosto de 2013, no tele jornal Bom Dia Brasil, exibido na rede Globo de televisão. A reportagem traz os resultados do relatório de auditoria, realizada pelo TCU, anunciados na mídia, nas reportagens veiculadas sobre os hospitais universitários federais ao longo do ano de 2012.

A reportagem veiculada pelo tele jornal Bom Dia Brasil, com duração de aproximadamente quatro minutos⁴⁶, mostra repórteres, em frente às

⁴⁶A reportagem está disponível no portal G1 na página do site Bom Dia Brasil em formato de texto, o vídeo do programa também pode ser acessado na mesma página. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/08/relatorio-do-tcu-aponta-falhas-na-gestao-de-24-hospitais-universitarios.html>

dependências de hospitais universitários federais, nas cidades do Rio de Janeiro/RJ, Fortaleza/CE, Campo Grande/MS e Uberaba/MG. Os repórteres indicam que há falta de medicamentos e materiais médico hospitalares, apontam irregularidades na estrutura física das unidades e relatam a existência de áreas interditadas pela vigilância sanitária por estarem com a estrutura física precária, canos de esgoto expostos e equipamentos como tomógrafos e aparelhos de radiografia quebrados,

Enunciações como “TCU aponta irregularidades em 21 hospitais universitários”, “hospitais universitários espalhados pelo país apresentam irregularidades”, “falta de pessoal, ausência de capacitação, ausência de controle de custos e gastos”, “fraudes em concorrências” alertam quanto à precariedade dos hospitais universitários federais, quanto a sua incapacidade de gestão.

Os repórteres ao descreverem, detalharem os problemas relacionados à infraestrutura, materiais e gestão, ao relatar a falta de materiais, que os equipamentos estão quebrados, ao enfatizarem que há um sucateamento da estrutura física dos hospitais, estão produzindo textos culturais que ao serem colocados em circulação na mídia, constroem “verdades”, sobre os hospitais universitários federais, sobre a gestão que não dá certo.

Nesse sentido, é possível observar a força que tem a mídia ao colocar ênfase ao falar sobre determinados temas e excluir outros, ao mostrar que a gestão dos hospitais é ineficiente, a mostrar o tipo de gestão que não dá certo. Portanto, pode-se dizer que a mídia preconiza verdades sobre a ineficiência da gestão estatal.

No dia 12 de agosto de 2013, o site do programa Bom Dia Brasil, telejornal diário de cunho político e econômico, produzido e exibido pela Rede Globo, cujas notícias são mostradas e analisadas por comentaristas ao longo do programa, trouxe, em sua página, um texto referente às informações da reportagem sobre o resultado do relatório da auditoria realizada nos hospitais universitários federais pelo TCU e veiculada pelo programa. O texto publicado pode ser visualizado a seguir:

Relatório do TCU aponta falhas na gestão de 24 hospitais universitários.

Em fortaleza, aparelho de ressonância magnética está sem funcionar há quase cinco meses; Em Uberaba, corredores funcionam como enfermaria. A situação dos hospitais universitários federais é de abandono. Um relatório do Tribunal de Contas da União apontou falhas na gestão de 24 unidades pelo Brasil. Em 74% das instituições, falta controle dos contratos e das licitações. Em 70% faltam funcionários. No Hospital do Fundão, no Rio de Janeiro, os funcionários anunciam que falta tudo, desde remédios até gente qualificada para fazer a compra de material. É uma triste constatação no hospital que é referência no tratamento de doenças de alta complexidade. A manutenção do Hospital do Fundão também vem sendo afetada pela crise atual. Equipamentos, como elevadores e sistemas de ar condicionado estão funcionando precariamente.

Entidades do setor afirmam que a crise é uma forma de o Governo Federal pressionar as instituições de ensino a aderirem a um novo programa de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Por isso, não há concurso público, e nem repasse de recursos (Bom Dia Brasil, 12 de ago. de 2013 – online).

Como pode ser visto no texto, enunciações como: “A situação dos Hospitais Universitários Federais é de abandono”, “Equipamentos estão funcionando precariamente”, “Falhas na gestão de hospitais universitários pelo Brasil”, se organizam, se arranjam, se sustentam umas nas outras de forma a chamar a atenção para a ineficiência da gestão desses hospitais. Nesse sentido, são apresentados índices numéricos e percentuais que denunciam uma situação problemática, esses índices, ao mesmo tempo que informam, conferem verdade ao que vem sendo anunciado. O saber estatístico, valorizado como um procedimento ou técnica de obtenção da verdade, ao ser acionado, possibilita a compreensão do que está sendo dito sobre a gestão, assim como, ajuda a construir “verdades” sobre a gestão estatal como a gestão que não dá certo.

Outro aspecto que pode ser destacado é o modo enfático como os hospitais universitários federais vêm sendo narrados. Podemos observar no texto da reportagem citada acima enunciações como: “A situação dos hospitais universitários federais é de abandono”, “Os funcionários anunciam que falta tudo”, “Corredores funcionam como enfermaria”, nos alertam para o fato de que

os hospitais estão funcionando precariamente, as reportagens publicadas na mídia sugerem, que o Estado não consegue gerir a saúde, não consegue gerir os hospitais universitários federais, tal dito, nos faz acreditar que os hospitais públicos são geridos de forma ineficiente. Tais chamamentos levam-nos a pensar não ser mais possível o Estado continuar a gerir os hospitais, que é preciso buscar outras formas alternativas para geri-los.

É importante destacar, que a mídia não se utiliza de meios coercitivos, mas sim, de estratégias de poder. Através da enunciação de saberes e verdades relacionadas à forma de gerir os hospitais universitários federais, a revista em questão, exerce poder sobre seus leitores. O discurso produzido pela mídia, objetiva convencer os leitores de que a gestão estatal não funciona, é ineficiente, e, portanto, necessário e natural que se busque outras formas e outras maneiras de gerir os hospitais.

As considerações, que venho tecendo sobre as reportagens publicadas na mídia, não têm o objetivo de dizer que os problemas apontados não existem ou que os hospitais universitários têm uma infraestrutura adequada e não têm problemas em relação à forma como vem sendo geridos. Não se trata também de considerar a mídia como manipuladora e controladora de nossas vidas, como uma instituição que atua como uma espécie de controle social, que colabora para o processo de massificação da sociedade.

Minhas considerações, alinhadas a perspectiva pós-estruturalista dos EC e as teorizações de Michel Foucault, buscam chamar a atenção para a potência da mídia, enquanto constituidora de verdades, pois a partir dessa perspectiva, se entende que os discursos produzidos pela mídia constroem significados, valores, crenças e emergem de visões particulares, de modos de agir e de pensar sobre o mundo.

Minhas considerações partem de um olhar sobre discursos midiáticos, como práticas sociais que implicam em relações de poder, que são produzidos a partir da atuação dos indivíduos na produção de significados e de relações sociais. Portanto, os sujeitos são inventados através de vários significados, ideias e versões de mundo que possuem. Os discursos, em geral, são constituídos a partir de inúmeras vozes, que concorrem entre si para construir e

posicionar os sujeitos, produzindo diferentes efeitos em cada um de nós (THOMA, 2002).

Trata-se, portanto, de entender o quanto a mídia constitui modos de vida, o quanto ela é potente como ferramenta na constituição das subjetividades (SILVA, VIEIRA e HENNING, 2012). Trata-se de conceber a mídia, como um dispositivo que produz sujeitos, ou seja, indivíduos dotados de certa experiência de si mesmos.

De acordo com Gregolin (2015, p.192), em Foucault, “subjetividade não se refere ao sujeito em sua essencialidade ou individualidade e, muito menos, como categoria ontologicamente invariável. A subjetividade é entendida como efeito de processos de subjetivação modificáveis e plurais”.

Nesse sentido, as reportagens veiculadas na mídia que citei, funcionam como estruturas narrativas, que ajudam a constituir a subjetividade, dos trabalhadores da área da saúde, dos gestores, dos docentes e alunos que atuam nos hospitais. Portanto, importa menos o conteúdo formulado e publicado nas reportagens, o que me interessa é a forma de sua enunciação.

O que pretendo, portanto, é chamar a atenção para o efeito dessas enunciações no campo da saúde, não as entendendo como algo natural como vem acontecendo. Minha intenção é colocar em questão essas enunciações que circulam não só no campo da saúde, mas também no campo da administração, da economia e vêm instituindo verdades e criar condições para problematizá-las.

Tendo feito essas considerações, retomo a contextualização dos hospitais universitários federais na atualidade. Com este propósito, trago mais alguns documentos que considero centrais nessa composição, que venho fazendo sobre a minha trajetória e meus interesses de pesquisa.

Como anunciei anteriormente, estes textos que apresentei, fazem parte de uma série de reportagens, que foram veiculadas pela mídia nos anos de 2012 e 2013, período em que ampliaram-se as discussões sobre a adesão dos hospitais universitários federais a EBSERH.

Cabe destacar que, no ano de 2011, o Projeto de Lei 1749/2011, que autorizou o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH (BRASIL, 2011), foi

encaminhado ao Congresso Nacional, em caráter de urgência, pela presidente Dilma Rousseff, em substituição à Medida Provisória 520/2010, que autorizava o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH S. A Medida Provisória n.º 520, de 31 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010b), autorizava a criação de uma empresa de atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial sob a forma de sociedade anônima com capital social representado por ações ordinárias nominativas, integralmente sob a propriedade da União. O documento foi assinado pelo então presidente Luís Inácio Lula da Silva, no final de seu mandato, no ano de 2010. Após ser aprovada na Câmara dos Deputados, a medida acabou perdendo validade quando ainda estava em debate no Senado.

No entanto, no início de 2011, os deputados federais aprovaram o Projeto de Lei 1749/201, que autorizou a criação da EBSEH, que diferente da MP 5202, que autorizou a criação da EBSEH como uma empresa pública unipessoal⁴⁷, mesmo após inúmeros protestos realizados pelas entidades representativas dos trabalhadores da saúde e da educação, que se opuseram à criação da mesma, por entenderem que o Projeto de Lei 1749/2011 favoreceria a privatização dos Hospitais Universitários Federais. No mesmo ano, foi aprovada ainda, a Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que criou a EBSEH, como uma empresa estatal vinculada ao Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde. A EBSEH passou a ser, a partir de então, o órgão do Governo Federal responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) (EBSEH, 2013).

Segundo o Ministério da Educação, a criação da EBSEH integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal, cujo objetivo é viabilizar a reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. De acordo com o Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), foram empreendidas ações no sentido de garantir a reestruturação física e

⁴⁷Atendendo aos marcos do DL 200/1967 (que dispõe sobre a organização da administração federal) e do DL 900/694 (que revê o DL 200/67).

tecnológica e também de solucionar a necessidade de recomposição do quadro de profissionais dos hospitais (BRASIL, 2010a).

Lampert et al. (2013), destaca que, no ano de 2003, em meio à crise dos hospitais de ensino, na qual estavam envolvidos os hospitais universitários federais, pressões do movimento liderado pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) e encampado pela Frente Parlamentar da Saúde⁴⁸, foi colocada em vigor a Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003, que estabeleceu, em seu artigo primeiro, a constituição de uma comissão interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos hospitais universitários e de ensino no Brasil, visando reorientar e ou formular a política nacional para o setor (BRASIL, 2003).

O resultado dos trabalhos desta comissão foi a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004⁴⁹, que estabeleceu as bases para o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino - REHUF (BRASIL, 2004). O REHUF foi criado no mesmo ano, através das Portarias 1006 GM/MS⁴¹ e 1702 GM/MS⁵⁰, tendo como objetivo reorientar e reformular a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação no Sistema

⁴⁸Entidade civil, criada no ano de 1993 que atua na Câmara dos Deputados que propõe-se a trabalhar, para transformar em realidade viva e concreta do povo brasileiro os princípios doutrinários e constitucionais que entendem a saúde como o bem mais precioso da vida, direito social inalienável e responsabilidade maior do Estado. Desde sua criação a Frente Parlamentar da Saúde (FPS) liderou diversas campanhas dentre elas a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 que visa assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, gestão do orçamento geral da união/2004 buscando resgatar recursos para a saúde, reajuste da tabela do SUS. E ainda promoção de eventos voltados para a educação e gestão em saúde, intitulados: Seminário Nacional de Medicamentos, Simpósio Política Nacional de Saúde, Seminário Reforma da Educação Superior, Olhar social sobre o gasto público todos realizados no ano de 2005.

⁴⁹A Portaria certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais e, ou especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior.

⁵⁰A Portaria Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS. Estabelece e pressupõe para o Programa ações estratégicas, fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS, estabelece que as ações estratégicas serão definidas mediante processo de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores, determina recursos financeiros destinados à implantação do Programa ,estipula para o exercício de 2004, os valores em moeda corrente que o Ministério da Saúde destinou para o Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários como incentivo à contratualização dos Hospitais de Ensino do MEC, precisa o impacto dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares correspondentes à média complexidade. A Portaria apresenta como documento em anexo o termo de referência para contratualização entre hospitais de ensino e gestores de saúde.

Único de Saúde (BRASIL, 2004). No entanto, só foi instituído no ano de 2010, pelo então presidente Luís Inácio Lula da Silva que aprovou o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, onde o instituiu como programa e trouxe deliberações sobre o financiamento compartilhado dos hospitais federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplinou o regime da pactuação global com esses hospitais.

No Art. 1º, o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, indica que o programa é destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais universidades federais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, no Art. 2º, indica que o REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os Hospitais Universitários Federais possam desempenhar, plenamente, suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde.

De acordo com Martins (2011), estas duas portarias redefiniram responsabilidades, estabeleceram algumas delimitações em relação ao orçamento destinado às instituições hospitalares efetivando o controle social sobre as ações de saúde. Os hospitais universitários passaram, a partir de então, a participar da Rede Pública de Saúde do SUS, tendo o compromisso de acordar e cumprir metas com a gestão pública de saúde, sob diretrizes das políticas públicas de Estado, voltadas à formação de recursos humanos, bem como, participar dos processos de educação permanente para o SUS.

O Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que trata sobre a criação do REHUF, o descreve como uma linha de financiamento adicional, a fim de complementar outras fontes de financiamento com o objetivo de recomposição do financiamento dos hospitais universitários federais e recuperação física e tecnológica das unidades mediante a compra de equipamentos e o financiamento de obras, tendo como foco principal a melhoria da gestão hospitalar para a qualificação da assistência, do ensino e da pesquisa e tem como proposta contribuir para a modernização dos hospitais e a melhoria das condições de ensino aos alunos da área da saúde.

Sodré et al (2013) ,destacam que as argumentações do Governo Federal, desde o governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, para a “salvação” dos hospitais universitários federais, frente a crise que vinha sendo

enfrentada, seria a criação das fundações estatais de direito privado como unidades gestoras dos hospitais. Defendidas inicialmente pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e, em seguida, pelo MS. Tal proposta foi rejeitada pelas entidades que se articulam na defesa do projeto histórico do SUS e expressas na 13ª e 14ª Conferência Nacional de Saúde, que rejeitou a proposta da fundação estatal. Entretanto, permaneceu latente na conjuntura neoliberal, a intenção de repasse dos hospitais universitários federais ao mercado.

Secchi (2009), destaca, que desde os anos 1980, as administrações públicas em todo o mundo realizaram mudanças substanciais nas políticas de gestão e no desenho de organizações públicas. Essas reformas administrativas consolidam novos discursos e práticas derivadas do setor privado e os usam como referência para organizações públicas em todas as esferas de governo. Fatores como a crise fiscal do Estado, crescente competição territorial pelos investimentos privados, disponibilidade tecnologia de novos conhecimentos organizacionais e a ascensão de valores neoliberais são apontados como fatores que têm impulsionado à adoção de novos modelos organizacionais gerencialistas⁵¹.

A ineficiência da gestão pública e o alto custo dos hospitais universitários federais decorrentes da burocracia da legislação brasileira vêm sendo anunciados pela mídia e em documentos governamentais, desde os anos de 1990, assim como, soluções gerenciais e administrativas pautadas no modelo neoliberal, vêm sendo apontadas como a única alternativa capaz de sanar a crise na saúde e acabar com a precarização dos hospitais universitários federais. Novos modos de coordenação e formas de gerência pautada no modelo neoliberal, orientado por valores econômicos empresariais, que têm como principais fundamentos eficiência, produtividade e reforço a mecanismos de individualização e responsabilização dos sujeitos, têm sido vislumbrado para os hospitais, como uma forma de solucionar os problemas relacionados à

⁵¹O gerencialismo representa a inserção, no setor público, de uma nova forma de poder, uma forma de gerir baseada em valores de eficiência, eficácia e competitividade, que buscando encantá-lo e infiltrar performatividade em sua alma em busca de cultura empresarial competitiva, uma cultura na qual os trabalhadores se sintam responsáveis pelo bem-estar da organização (BALL,2005).

infraestrutura, gestão e recursos humanos, pelos quais, vêm passando os hospitais universitários federais. É nesse cenário, que emerge a reestruturação dos hospitais como uma condição para o exercício da governabilidade. Como uma condição determinante para enfrentar a crise na saúde e estabelecer melhorias frente à precarização. Uma forma de atuação do Estado, que tem em vista a melhoria dos hospitais e por meio dos métodos, técnicas e mecanismos, que este dispõe, institui prática de procedimentos administrativos, buscando melhor ordenamento das relações de convivência e maior controle sobre as pessoas e os processos desenvolvidos dentro do espaço hospitalar.

Os Ministérios da Saúde e da Educação apontam que, o alcance dessa reestruturação requer alterações significativas no parque tecnológico, na estrutura física, no quadro de pessoal, no processo de avaliação e na participação de sujeitos externos à instituição. Trata-se, assim, de mudanças consideráveis na forma de gerir os hospitais universitários federais e um redesenho dos mesmos, que inclui a adesão a modelos de gestão desenvolvidos e utilizados no setor privado, que têm consonância com o pensamento neoliberal.

Um exemplo é a EBSEH, cuja criação foi fundamentada no argumento que será a modernização da gestão, que viabilizará a resolução dos problemas ligados à parte financeira dos 46 hospitais, que integram à rede hospitais universitários federais com a justificativa de por intermédio dela garantir condições necessárias, para que preste assistência de excelência no atendimento à população e se consiga oferecer as condições adequadas, para a geração de conhecimento de qualidade e formação dos profissionais das universidades, as quais pertencem (EBSEH, 2013).

Para ficar um pouco mais aparente, o movimento que venho fazendo, com os vários fios, para tramar esse processo de escrita, farei uma referência a um trecho da Portaria nº 34, de 21 de agosto de 2012, que trata do Regimento Interno da EBSEH, que dispõe, dentre outros aspectos, das instâncias de governança, da estrutura organizacional, das competências dos órgãos de administração e fiscalização e do contrato de adesão (BRASIL, 2012b, s/p). De acordo com o documento, são competências da EBSEH, dentre outras:

Administrar unidades hospitalares [...] prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições públicas congêneres, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas, coordenar o processo de certificação dos Hospitais de Ensino de forma articulada com os Ministérios da Educação e da Saúde.

A criação da EBSEH, como empresa pública⁵², é colocada pelo Estado nos documentos oficiais, como uma imprescindibilidade frente à necessidade de implementação de modelo de gestão de excelência nos hospitais universitários federais, já que as estruturas rígidas de gestão dos hospitais, não atendem mais o cenário atual, que exige adaptação e flexibilização (EBSEH, 2014a).

De acordo com Dellaghezze (2007), as empresas públicas, são entidades unipessoais, na medida em que, o seu capital é integralmente determinado pela União Federal. A empresa pública é uma criação do Estado, submete-se, portanto, a estatuto definido por ele. Sua existência depende do Estado que a instituiu, porém, em virtude desta instituição, o Estado introduz no setor de economia pública uma estrutura descentralizada, que supõe o respeito à autonomia da empresa pública, que exige, que esta não seja colocada sob a autoridade hierárquica de órgãos ou agentes do Estado. Dentro dos limites de sua carta constitutiva, a empresa age livremente. Segundo Rattner (1984,p.7), “as empresas estatais são, provavelmente, a forma mais direta de intervenção do Estado na economia, tomando o lugar do investidor privado”. São criadas com o objetivo de permitir ao Estado a exploração de atividades de caráter econômico. Para Carvalho-Filho apud Alexandrino e Paulo (2016), são instrumentos de atuação do Estado no papel de empresário.

Para Abranches (1979, p.95-96), existem duas faces na empresa estatal no Brasil. Para o autor, essa característica imprecisa é uma das questões

⁵²Empresas públicas são pessoas jurídicas de direito privado, integrantes da Administração Indireta, instituídas pelo Poder Público, mediante autorização de lei específica, sob qualquer forma jurídica (Ltda, S/A, etc.) e com capital exclusivamente público, para a exploração de atividades de natureza econômica ou execução de serviços públicos (ALEXANDRINO e PAULO, 2016).

recorrentes nos debates em torno do papel da empresa estatal em economias de mercado e refere-se à ambiguidade inerente à sua ação que:

[...] caracteriza um comportamento oscilante entre sua face estatal - que a leva a realizar objetivos políticos e de natureza macroeconômica, e sua face empresarial - que privilegia interesses particulares, que se poderia considerar microeconômicos. Por certo, esta ambiguidade é fonte, por vezes, de importantes contradições entre interesses mais gerais, vinculados ao papel do Estado, em apoio à acumulação de capital na órbita privada e aos interesses particulares das empresas do Estado, muitas vezes obrigadas a apresentar resultados avaliados com base em critérios de eficiência e rentabilidade, próprios à empresa privada.

Ao trazer tais apontamentos sobre o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), minha intenção é destacar alguns desdobramentos e efeitos dessas estratégias pautadas no modelo neoliberal nos domínios da saúde.

Como destaquei anteriormente, posso dizer que pela minha trajetória como enfermeira, como professora e pelos meus interesses de pesquisa como aluna de pós-graduação, ao longo dos anos venho acompanhando, o que vem sendo veiculado na mídia, sobre a precariedade dos hospitais públicos brasileiros e a ineficiência na forma de geri-los. Ao mesmo tempo, venho observando, que uma série de prescrições sobre gestão vêm sendo feitas como possibilidades de salvação para esses hospitais. Nesse contexto, a “salvação” indicada é a implementação de modelos de gestão, que incorporam a lógica de gestão, oriunda das empresas do setor privado. Nessa lógica, a administração burocrática descrita como altamente fragmentada em repartições e especializações, organizada e regulada por normas legais rígidas, dá lugar à gestão ligada à noção de flexibilidade, à participação, ao trabalho em equipe, à autonomia, como contraponto, aos modelos rígidos burocráticos.

A gestão passa então a ser o saber legitimado, que contribui para a propagação e o consumo de técnicas e teorias consideradas “verdades”, ou seja, a gestão passa a ser um discurso, que envolto em uma rede de conhecimentos válidos, conhecimentos científicos, emerge ao estatuto de

conhecimento verdadeiro. A gestão deve ser o modelo a ser seguido para se conquistar uma forma de gerir, de conduzir de forma eficiente. No entanto, para que se faça gestão, é necessário seguir as regras, os manuais, as prescrições que têm como base os saberes da administração, da estatística, da economia, da sociologia, que procuram direcionar o que se deve ou não fazer, para realizar uma “gestão eficiente”.

Saraiva e Veiga-Neto (2009, p.193) destacam que “nos últimos anos, a palavra administração vem perdendo espaço para a palavra gestão, seja nos discursos da mídia, seja na nomenclatura dos cursos acadêmicos, seja nos programas de planejamento empresarial, seja na esfera pública”.

De acordo com Dias (2002), a administração é uma disciplina que possui uma visão mais global de como empregar os recursos, de como planejar, comandar, controlar, coordenar e organizar. Uma perspectiva mais burocrática racionalista administrativa; a gestão tem uma perspectiva mais estratégica de como os recursos serão alocados e gerenciados numa perspectiva fundada numa racionalidade corporativa. A gestão busca colocar em prática ações gerenciais, que visam a melhoria da qualidade, buscando investimentos menos onerosos e mais eficientes e tem como seu principal foco de atuação o sujeito.

A partir da década de 1990, nota-se que, a ideia de mudança no mundo do trabalho passa a ser frequentemente abordada na mídia e em publicações relacionadas à gestão de empresas, que apontam possibilidades de crescimento profissional oferecidas por empresas, que empregam novas tecnologias, que possibilitam um novo status aos trabalhadores, não sendo estes, mais considerados, meros executores de atividades, mas participantes do processo de gestão. De acordo com o autor, na literatura de gestão empresarial, tem-se dado ênfase à ideia de mudança e observa-se otimismo a ela associado, onde as organizações têm sua atenção voltada para o pensar, buscando a disseminação do conhecimento, entre todos os seus membros, independentemente, do cargo ocupado. Há uma mudança, portanto, na nomenclatura, de chefes para líderes, os quais têm o papel de facilitadores desse processo (BERNARDO, 2009).

Ball (2004) destaca que a gestão no setor público está se convertendo numa função global, ela favorece uma liderança motivada pelas preocupações

políticas oscilantes do governo e as contingências do mercado, sem qualquer compromisso com valores ou princípios importantes e situados. A gestão tem como alicerce a crença que enaltece a superioridade nas formas de gerir do setor privado em parceria com o Estado, em oposição à modalidade conservadora, burocrática de administração do setor público. Uma contraposição entre termos que representam um passado estereotipado e demonizado e outros que oferecem um futuro visionário e idealizado. Essa crença dissipa as falhas da gestão do setor privado e, ao mesmo tempo, idealiza e sublima suas práticas.

A gestão vem se expandindo e vem permeando vários e diferentes espaços. Nas escolas, passou a ser trabalhada em inúmeros projetos de empreendedorismo, ganhou o status de disciplina e passou a fazer parte dos currículos escolares, sobretudo, dos cursos de graduação e pós-graduação em diversas áreas, dentre elas, a área da saúde. No entanto, os saberes, que circulam no campo da gestão, não se limitam ao espaço escolar e ao espaço acadêmico. Eles ultrapassam limites, atravessam outros campos e passam a ser percebidos como algo indispensável à nossa sobrevivência. Todo discurso é construído no sentido de mostrar que, na atualidade, para gerir as empresas, assim como instituições públicas, a gestão é o melhor caminho a ser escolhido. Na verdade, trata-se de uma rede de discursos produzidos e reproduzidos no campo da educação, da saúde, da administração, da economia, na mídia, que colocam a gestão como necessidade vital, como algo inevitável no contexto contemporâneo, assim como, a colocam em destaque, como uma competência imprescindível, para que a empresa, a instituição, sobrevivam, para que possam competir e conquistar lugar no mercado. Uma rede de discursos que nos permeia de forma que passamos a desejar, que as práticas de gestão sejam aplicadas, até mesmo na nossa vida privada.

Frente à anunciada crise na saúde e precarização dos hospitais universitários federais, a gestão passa a ser apontada nos documentos governamentais, nas produções acadêmicas, assim como na mídia, como a única solução para a crise do maior complexo hospitalar público do país. Parte-se da hipótese, que a gestão passa a ser a solução, não só para os problemas das empresas sob tutela da iniciativa privada, que tem como objetivo final o

lucro, mas também, passa a servir de referência para o setor público como ministérios, repartições públicas, escolas, hospitais, cuja finalidade, é a produção, entrega e distribuição de bens e serviços, por e para o governo ou para os seus cidadãos, como forma de se obter maior eficiência, promovendo a melhoria de seu desempenho. Mas para que se faça gestão é preciso, que as instituições públicas sejam “transformadas” em empresas, ou que passem a “funcionar” como empresas, que atuem seguindo a lógica empresarial, já que a gestão constitui-se como a forma de conduzir, de gerir característica da empresa, funcionando como uma unidade econômica, um organismo que visa a produção, a venda ou distribuição de bens e ou serviços.

Para Sant’Anna (2011), desde 1980, tem-se observado uma inserção dos valores da empresa privada na administração hospitalar, impulsionada pela valorização de estruturas empresariais leves, flexíveis e performáticas. A expressão “hospital empresa” ganhou um sentido positivo, na medida em que, gastos com saúde passaram a ser considerados excessivamente onerosos ao poder público. Desde então, a gestão tornou-se noção essencial à existência dos hospitais, a visão assistencialista deu lugar à gestão estratégica, de forma que, no regime dos hospitais instauraram-se formas de controle contínuo como os modelos de gestão, que têm como foco a qualidade e a produtividade, que utilizam como estratégias os controles estatísticos, educação continuada, avaliação de desempenho profissional, para mensurar, analisar e intervir nos problemas, que interferem no desempenho.

A partir dessas considerações, parece ser possível pensar que o hospital contemporâneo não é somente uma instituição disciplinar como discutiu Foucault (2004b),⁵³ com todo um instrumental à disposição, para fazer reinar uma ordem no interior de seus prédios e, por vezes, fora. Uma instituição, que a partir da elaboração de formas específicas de vigilância, controle, exame e normalização, têm como objetivo a produção de um sujeito disciplinado, útil produzindo indivíduos dóceis e submissos às estratégias do poder. Mas uma instituição de controle, conforme anunciada por Deleuze (2013,p.223),⁵⁴ caracterizada pela invisibilidade frente aos novos fluxos de informação, onde a

⁵³Ver FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

⁵⁴Ver DELEUZE, G. Conversações. 3ª ed. São Paulo, Editora 34, 2013.

participação de todos é esperada e estimulada e a obediência concede lugar a um movimento educativo e inclusivo, que produz nos hospitais, nos trabalhadores e gestores o sentimento de pertencimento à instituição, também gera o senso de responsabilidade, já que todos se envolvem com a gestão, a responsabilidade pela boa ou má gestão é de todos.

Na contemporaneidade, a referência do trabalho no hospital não é mais somente o trabalho na fábrica⁵⁵, que tem como foco a racionalização dos métodos e processos de trabalho, o controle de tempos e movimentos, de forma a aumentar a capacidade de produção dos trabalhadores, através da especialização, realizado por indivíduos “privados de seus saberes e de suas habilidades, despojados de seus hábitos e submetidos a uma divisão fragmentada do trabalho, cujo objetivo principal era conseguir que o trabalhador executasse, sem questionar, o comando que a maquinaria lhe transmitia” (HYPOLITO e GRISHCKE, 2013, p.514). Mas, o trabalho na empresa, que se caracteriza por centrar-se em uma atividade econômica, que se dá por meio da articulação dos fatores produtivos, para a produção ou circulação de bens ou de serviços, que têm como foco a busca da excelência, qualidade e do alcance de altos níveis de produtividade, realizado por um sujeito motivado, flexível, em permanente processo de aprendizagem, em permanente reformulação de si, capaz de ser parceiro na gestão.

Como destaca Chiavenato (2004,p.41), uma mudança onde o trabalhador passa de mero fornecedor de mão-de-obra, para fornecedor de conhecimento:

“[...] onde são desejados o capital intelectual, que somente as pessoas podem proporcionar, desde que devidamente preparadas e motivadas para tanto. O talento humano passou a ser tão importante quanto o próprio negócio, pois é o

⁵⁵A teoria científica iniciada por Frederick W. Taylor (1856-1915) denominada de Taylorismo ou modelo Taylorista que fundamenta-se na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade, assim como sistema de produção, criado pelo empresário norte-americano Henry Ford em 1914 que envolve extensa mecanização, como uso de máquinas-ferramentas especializadas, linha de montagem e de esteira rolante e crescente divisão do trabalho difundiram-se no mundo e influenciaram fortemente todos os ramos da produção inclusive a organização do trabalho e o gerenciamento no setor saúde, especialmente no ambiente hospitalar que sofre, até hoje, forte influência de ambos modelos (MATOS e PIRES, 2006).

elemento essencial para sua preservação, consolidação e sucesso”.

Também considero que os modos pelos quais somos governados, como trabalhadores da área da saúde, professores, são modelos de conduta pautados nos modos de ação empresariais, que atingem profissionais das mais diferentes áreas, levando-nos a buscar certos saberes como o da gestão. Essa mentalidade, que nos governa, direciona nossos modos de viver, num processo cotidiano de naturalização de saberes em forma de empresa. De acordo com Ball (2004), trata-se de um processo, que busca prover condições, para que os sujeitos, mesmo que, minimamente, possam participar do jogo econômico do neoliberalismo e criar relações de concorrência entre si. Mas, o que possibilita ao sujeito, sua participação nos mecanismos de concorrência são, sobretudo, os investimentos que o próprio sujeito, que o Estado, ou as empresas privadas, realizam na sua qualificação.

Nesse sentido, esse estudo partiu do entendimento, que para a implementação da proposta de reestruturação dos hospitais universitários federais, são acionadas uma série de estratégias governamentais como a criação da EBSEH, as parcerias com hospitais privados, parcerias com organizações não governamentais, que ao serem estabelecidas, recebem suporte governamental e legal para o desenvolvimento de suas ações, minimizando assim, a intervenção direta do Estado sobre a saúde.

Assim como vem sendo instituídos conjunto de práticas padronizadas, logicamente interrelacionadas com a finalidade de gerir, organizar e produzir resultados, investidas por novas tecnologias e mecanismos de governo dos trabalhadores, a fim de torná-los competitivos, inovadores, próativos e flexíveis, com capacidade de provocar mudanças, como os modelos de gestão, no qual estão incluídos os modelo de gestão pela qualidade, modelo de gestão por excelência e modelo flexível de gestão, os quais fazem parte de uma forma de pensamento, uma racionalidade que é regulada e produzida pela própria dinâmica competitiva neoliberal. Essas práticas são formas de governar, de conduzir, que tomam por objeto de governo as pessoas, as coletividades, os indivíduos, tomam como alvo os trabalhadores dos hospitais universitários federais, dentre eles os trabalhadores da área da saúde, assim como, os

gestores dessas instituições. Tais estratégias e práticas são mencionadas nos ditos que circulam na mídia e são postos como determinantes para resolução da crise na saúde e precarização dos hospitais universitários federais na atualidade.

A partir dessas considerações, que teci até agora, considero que a proposta de reestruturação dos hospitais universitários federais proposta pelo Governo Federal, pode ser pensada como uma estratégia de governamentalidade neoliberal.

Dessa forma, questiono: como os artefatos culturais da mídia digital online (re)produzem discursivamente a reestruturação dos hospitais universitários federais brasileiros? Como os ditos produzidos na mídia digital online atuam no governo dos trabalhadores dos hospitais universitários federais produzindo formas de subjetivação alinhadas à perspectiva neoliberal?

Destaco, que minha intenção não é dizer o que é a gestão hospitalar, por que ela não dá certo, e trazer prescrições do melhor a se fazer. Portanto, é importante deixar claro, que esta investigação tem como objetivo mostrar como ocorreu a formação dos saberes sobre a gestão dos hospitais universitários federais e tentar compreender como a gestão foi “inventada”, como tecnologia de poder para bem governar e como se dá a produção de sujeitos pelos discursos produzidos e reproduzidos pelo portal G1, site Exame.com e a Revista Época online. Assim como, mostrar que condições de possibilidade fizeram da gestão, proposta pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, um conjunto de saberes e normas que todos devem seguir, para melhor governar os hospitais universitários federais brasileiros.

Ao olhar para essas produções da mídia lancei olhares afinados com as perspectivas pós-estruturalistas, assumidas nos EC e com as teorizações do poder, do discurso e do saber de Michel Foucault. Acionei a governamentalidade, com o propósito de olhar como se dão as relações entre as formas e as racionalidades de poder e os processos de subjetivação dos trabalhadores da área da saúde e dos gestores dos hospitais universitários federais, problematizando as produções da mídia digital online que circulam portal G1, site Exame.com e a Revista Época online, por considerá-las como artefatos culturais contemporâneos, que são acessados por milhares de

peessoas diariamente, que não só veiculam ditos, mas anunciam posições para os problemas da saúde pública brasileira, assim como, propõem alternativas e soluções para a crise na saúde e para a precarização dos hospitais universitários federais, e mais do que isso, produzem e reproduzem discursos tidos como verdadeiros sobre esses hospitais.

A partir de todos esses ditos, penso ter deixado claro que durante parte de minha trajetória profissional e acadêmica, pude perceber que o tema gestão dos hospitais universitários federais ocupa um lugar central nas discussões sobre saúde, o que de certo modo procurei mostrar nos fragmentos dos textos governamentais e produções da mídia que apresentei no decorrer dessa narrativa.

Tendo como ponto de partida toda essa proliferação discursiva, buscando mostrar como esse tema tem sido central não só nas discussões sobre saúde que figuram nos documentos governamentais e na mídia, mas também no contexto acadêmico, acessei Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)⁵⁶ do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), que integra em um único portal, os sistemas de informação de teses e dissertações existentes no país e disponibiliza um catálogo nacional dos trabalhos em texto integral, para verificar as pesquisas realizadas na área de gestão de hospitais e gestão de hospitais universitários federais.

Na busca que realizei na BDTD, utilizei os termos: “gestão hospitalar”, “gestão de hospitais universitários”, “gestão de hospitais de ensino”, “gestão de hospitais federais” bem como “administração hospitalar”, “administração de hospitais universitários”, “administração de hospitais de ensino”, “administração de hospitais federais”, já que os termos gestão e administração, muitas vezes, são usados como sinônimos pelos autores, sendo que nessa busca, identifiquei

⁵⁶É uma iniciativa do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), vinculado ao Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT), portanto uma iniciativa governamental, com objetivo de integrar num único repositório as teses e dissertações brasileiras e também de oferecer às universidades uma opção de sistema online para armazenamento de suas teses e dissertações. A diferença entre o Portal de Teses da Capes e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) do IBICT é que a BDTD é um mecanismo de busca que integra todos as Bibliotecas Digitais de Teses e Dissertações (BDTD) das universidades brasileiras que utilizam o sistema BDTD do IBICT. Tem acesso aberto e está integrada ao Sistema Internacional Networked Digital Library of Theses and Dissertations, considerada a segunda maior Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do mundo.

3.456 pesquisas. Depois de ler os títulos e alguns resumos, observei que muitos trabalhos não tinham nenhuma relação com o meu tema de pesquisa.

Com a intenção de identificar produções relacionadas ao meu tema, que me propus pesquisar, realizei uma nova busca utilizando apenas o termo “gestão hospitalar” e o critério de busca avançada. Nessa nova busca encontrei 530 pesquisas, entre dissertações e teses, destas, vinte e três produzidas entre os anos de 1990 e 2015, recorte temporal que elegi, porque estes coincidem com as publicações, na mídia, que analisei. Destas, sete que tratam, especificamente, sobre gestão de hospitais universitários federais.

Ao realizar essas buscas, minha intenção não foi mapear minuciosamente todas as pesquisas, que tratam sobre o tema, buscando fazer a síntese do conhecimento sobre gestão de hospitais universitários federais. Minha intenção foi mostrar a proliferação discursiva do tema e a forma como este é abordado em algumas pesquisas.

Dos trabalhos que identifiquei, que tratam sobre gestão hospitalar, grande parte deles têm como enfoque:

- I. A gestão de hospitais públicos estatais mediante a parceria com entidades privadas, tendo como foco os resultados econômico-financeiros e a qualidade da assistência à saúde prestada.
- II. Sistemas de acreditação e sua contribuição para a formulação de um sistema integrado de gestão.
- III. Gestão de custos em organizações hospitalares.
- IV. Gestão da equipe multidisciplinar e assistência à saúde em organizações hospitalares.
- V. Gestão de recursos hospitalares.
- VI. Processo de implantação da acreditação a partir da gestão da qualidade dos processos assistenciais, envolvendo a gestão clínica e a gestão administrativa.
- VII. Gestão administrativa na organização hospitalar.
- VIII. Gestão sustentável da cadeia de suprimentos hospitalar.
- IX. Qualificação da gestão e da assistência.
- X. Gestão de custos hospitalares.

- XI. Gestão da qualidade dos serviços.
- XII. Produção e a gestão do cuidado.
- XIII. Definição de indicadores de desempenho para a gestão da tecnologia médico-hospitalar.
- XIV. Gestão estratégica da criação do conhecimento nas organizações hospitalares.
- XV. Mudanças de praticas de gestão em instituições de saúde e o compromisso com a qualidade hospitalar.
- XVI. Aplicação de conceitos da gestão econômica em hospitais.
- XVII. Organização da gestão e do trabalho em saúde, propostas para modelo de atenção hospitalar.
- XVIII. Gestão da segurança da informação digital em hospitais.
- XIX. Gestão de desastres com enfoque hospitalar.
- XX. Satisfação do usuário como meta da gestão pela qualidade total.
- XXI. Gestão do risco de violência no trabalho nas instituições hospitalares.
- XXII. Gestão da manutenção de equipamentos.
- XXIII. Gestão de risco em organização de saúde

Das pesquisas que tratam sobre gestão de hospitais universitários federais têm como enfoque:

- I. Gestão de materiais dos hospitais universitários federais de ensino.
- II. O papel do dirigente hospitalar vinculado às instituições federais de ensino superior.
- III. A gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBISERH) em hospitais.
- IV. Sistemas de reposição contínua por ponto de pedido para estoques de material médico hospitalar e medicamentos em um hospital universitário federal.
- V. Propostas de educação permanente para os trabalhadores nos hospitais universitários federais.
- VI. Absenteísmo nos hospitais universitários federais.

VII. Arquitetura técnica voltada para a organização de um sistema de informação alinhado aos processos de negócios e ao planejamento estratégico de hospitais universitários federais.

O grande número de pesquisas produzidas sobre o tema, assim como a ampla circulação do tema nos documentos governamentais e na mídia mostram a centralidade que o tema, gestão dos hospitais universitários federais assume na contemporaneidade. Isso me faz pensar sobre quais condições e possibilidades fizeram a gestão, em sua interface com a saúde, posicionar os hospitais universitários federais a ter grande importância, a ser central nas discussões não só sobre saúde, mas também nas discussões sobre economia e política na atualidade.

Para saber um pouco mais sobre o que vem sendo produzido sobre o tema no contexto acadêmico, busquei conhecer alguns aspectos de cada uma dessas pesquisas que selecionei, tendo como esteio trabalhos de outros pesquisadores, como um recurso heurístico, construí um instrumento (Apêndice A) que possibilitou colocar em destaque, algumas informações, que me ajudaram a identificar semelhanças e diferenças com a minha pesquisa. Elaborei um quadro, onde foram colocados em destaque, elementos que constituem a pesquisa como: título, autor, área, programa e universidade, ano de publicação e tema central.

Após essa organização, fiz a leitura de todos os resumos e separei as produções pelas áreas a que se vinculam. Percebi que a maioria delas está vinculada a Programas de Pós-Graduação em Administração. Nenhum dos autores aborda o tema gestão dos hospitais universitários federais a partir da perspectiva pós-estruturalista, nenhum deles conduziu sua pesquisa sob as lentes teóricas metodológicas dos EC ou utilizou as teorizações de Michel Foucault para conduzir suas pesquisas.

Nesse sentido, posso dizer, que minha pesquisa difere das pesquisas que citei. Com esta colocação, minha intenção não é afirmar que esse tipo de pesquisa nunca foi empreendida ou que a minha pesquisa é superior as demais pesquisas que encontrei, no entanto, mostra, que a pesquisa que

empreendi aponta um outro caminho, uma possibilidade de olhar para a gestão dos hospitais universitários federais de uma forma diferenciada da forma que vem sendo abordada até então.

Sendo assim, a escolha de investigar o tema que escolhi a partir de uma perspectiva não muito usual no campo da enfermagem, parece-me bastante produtivo e necessário na atualidade, no sentido de sinalizar o quê, no presente, este presente ao qual pertencemos, esse tempo que nos constitui, faz sentido para uma reflexão. No sentido de pensar sobre quais práticas hegemônicas do nosso tempo, são possíveis desnaturalizar com nossas pesquisas.

Considero que, a grande novidade em investigar a gestão dos hospitais universitários federais, a partir da perspectiva pós-estruturalista dos EC utilizando as teorizações de Michel Foucault, seja a possibilidade de buscar diferentes formas de investigação, que se contrapõem as formas que concebem o conhecimento científico, como um tipo de saber capaz de oferecer uma explicação racional e objetiva da realidade, estabelecendo relações universais entre os fenômenos observados, ou seja, uma possibilidade de mostrar que existem outros caminhos, que possibilitam invenção, articulação, bricolagem, ou seja, diferentes possibilidades de fazer pesquisa no campo da enfermagem.

3. SITUANDO O TEMA DE PESQUISA: OLHAR PARA O PASSADO PARA COMPREENDER O PRESENTE

Neste capítulo, faço algumas incursões à história dos hospitais, buscando apresentar a história que figura nos livros acadêmicos, não no sentido de apresentar a história das origens dos hospitais ou apresentar uma história do que “verdadeiramente aconteceu” ou ainda a imagem da verdade sobre os hospitais no decorrer dos séculos, mas sim buscar mostrar, que fatos contribuíram, interferiram, que acidentes e acasos vieram dar origem ao que hoje se denomina de gestão dos hospitais universitários federais da forma como conhecemos.

Tendo como fonte os discursos que circulam em muitos espaços e produções culturais, como nos livros e artigos científicos, que estabeleceram alguns “regimes de verdade”, a partir dos quais a história dos hospitais foi e tem sido narrada e inscrita, busco aproximar as “lentes”, com as quais, focalizo essa história na direção de mostrar que os fatos históricos não falam por si, mas são sempre interpretados, sendo essa interpretação que nos permite fazer algumas problematizações sobre como vêm sendo configurados os hospitais universitários federais brasileiros na atualidade. Desta maneira, a gestão dos hospitais universitários federais não foi tomada como uma categoria natural, mas sim, construída a partir de determinadas condições de possibilidades, operando tecnologias de governo que engendram processos existenciais, através da instituição de uma série de regulamentos e modulações que estabelecem o modo como os trabalhadores da área da saúde, os gestores devem se relacionar consigo mesmos e com o mundo. Busco nesse capítulo tratar das condições de possibilidade para que a reestruturação dos hospitais universitários federais pudesse se dar de uma determinada forma e que os modelos e formas de gerir utilizados para reestruturar esses hospitais nos dias atuais, sejam tidos como ideais.

Não pretendi me valer, neste texto, apenas da dimensão linear e cronológica, mas tentei, mesmo que de forma introdutória, fragmentar algumas ideias colocadas em destaque, com mais frequência, nas muitas histórias já escritas sobre a história dos hospitais. Entendo que, na perspectiva de estudos que assumi, faz-se necessário que nos indaguemos, constantemente, acerca do que estamos fazendo em nossa pesquisa, as decisões tomadas relativamente à formulação de nossos objetivos, questões, bem como ao delineamento que lhe imprimimos, por exemplo, sendo essa uma forma produtiva e necessária de nos posicionarmos frente a ela.

Destaco, no entanto, que, ao recontar esta história, seguindo algumas vezes a cronologia, eu o fiz não para afirmar uma continuidade, mas buscando estar sempre atenta a como o que está sendo narrado sobre a história dos hospitais decorreu de agrupamentos e codificações dos sentidos que os próprios narradores, que me antecederam, impuseram ao longo dos anos.

3.1 Apontamentos sobre a história dos hospitais

Desde a metade do século passado, a modernização tecnológica e administrativa passou a fazer parte do cotidiano dessas instituições. Um número cada vez mais expressivo de hospitais, inicialmente nos Estados Unidos da América (EUA) e logo depois em alguns países da Europa e principalmente em países da América Latina, ganhou a forma de uma extensa rede de funções capaz de abrigar não apenas a assistência, mas o desenvolvimento da pesquisa científica e a gestão empresarial.

A concepção de hospital que temos hoje, o hospital como tecnologia médica é uma invenção que data do século XVIII, como resultado de mudanças que incluem a reorganização do espaço do hospital, a incorporação de uma atividade médica, a inspeção e a análise sistemática e comparada (FOUCAULT, 2004a). A partir de então, muitos hospitais distanciaram-se muito do propósito das antigas instituições de caridade, destinadas, sobretudo a assistência aos pobres, inválidos e doentes e foram modificando-se até transformarem-se em modelos para o exercício de uma medicina altamente

especializada, dirigida ao atendimento de um público bastante diversificado (SANT'ANNA, 2011).

O hospital contemporâneo, além de recuperar a força de trabalho e devolvê-la ao mercado, também realiza uma atividade econômica em que o capital se multiplica de forma direta e indireta. Direta quando introduz novas técnicas de diagnóstico, tratamento e tecnologias, o que implica em maior investimento e maior custo, portanto, espera-se que gere retorno financeiro, como no caso dos hospitais privados. Indireta, quando executa a venda e o consumo de mercadorias, especialmente as novas tecnologias médicas, como ocorre nos hospitais estatais, onde o lucro direto não é obrigatório, portanto, pode ser reconhecido como uma empresa (RIBEIRO, 1993).

Mas, nem sempre foi assim, é importante destacar que até o início do século XVIII, não havia o domínio do que hoje se convencionou chamar de medicina moderna, nem tão pouco, o hospital como instrumento terapêutico. De acordo com Foucault (2004 a), a consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar, programado como um instrumento terapêutico, instrumento de intervenção sobre a doença e o doente, aparece no final do século XVIII, assinalada pela inspeção, prática de observação sistemática realizada pelos médicos no interior do hospital.

Até o início do século XVIII, o cuidado dos doentes, a doença era um fato natural e não sagrado, como em algumas sociedades antigas ou agregava a concepção de doença como um fenômeno místico ou sobrenatural, resultante de alguma desobediência, violação ou delito individual ou coletivo, e, sobre o qual, somente uma entidade mítica ou religiosa teria algum controle e compreensão. Essa visão mítica-religiosa se manteve por séculos e constituiu aproximação entre locais destinados a recolher doentes e excluídos socialmente e templos religiosos (ARAÚJO e LETA, 2014).

De acordo com Pereira (2003), na Grécia e Roma antiga diversos templos foram erguidos em homenagem aos deuses da medicina Asclépio e Esculápio e eram frequentados por doentes e peregrinos, que buscavam a terapêutica em ritos, como o rito do sono sagrado que consistia em receber cura ou indicações de procedimentos para a recuperação da saúde, durante o

sono; creditava-se que os deuses pudessem curar o enfermo, ou pudessem revelar procedimentos de cura durante um sonho.

É importante destacar que na Grécia clássica não havia edificações para tratamento e cura, com essa finalidade exclusiva, as pessoas podiam ser tratadas na casa de um sacerdote ou nos templos (PORTER, 2008). O templo a Asclépio, deus da cura, por exemplo, dispunha de uma organização arquitetônica com termas, jardins, teatros, ginásios e bibliotecas, uma vez que se entendia, que o processo de cura implicava transformações não só do corpo, mas também da mente e do espírito (SANTOS, 2013). A Medicina era parte da *Phýsis*, e a *vis medicatrix naturae*⁵⁷ era mais do que um presente da vida, era um exercício de virtude (*areté*) e a saúde só poderia surgir a partir do próprio indivíduo, porque acreditava-se que a saúde estaria no indivíduo, na sua integralidade (LANA, 2004). Portanto, os tratamentos não tinham como foco a doença, eles tinham como foco o bem estar e eram realizados por sacerdotes, a quem era reservado o monopólio do tratamento (SANTOS, 2013).

Durante a formação do império Romano⁵⁸, os médicos gregos migraram para Roma e, aos poucos, a profissão médica que era considerada de baixo status em Roma, foi incorporando técnicas e costumes da medicina grega e se estabeleceu como medicina grego-romana⁵⁹ (CAMPOS, 1944).

Em Roma, não havia estabelecimentos públicos para a formação e o recrutamento de médicos, a transmissão do saber era feita, num primeiro momento, no interior das próprias famílias. O ensino da medicina seguia a tradição grega do aprendizado técnico, uma vez que a medicina era uma *techné*, um saber teórico voltado para a arte manual. O médico era um orador ambulante e antes de se fixar numa cidade, pronunciava discursos de convencimento e propaganda, para tanto, levava consigo anotações e manuais para consulta pessoal. Na base da medicina hipocrática⁶⁰, estava a concepção

⁵⁷ Expressão latina que significa poder curativo do próprio corpo.

⁵⁸ Grécia Antiga ou Hélade foi dominada por Roma em 146 a.C.

⁵⁹ Diz respeito à medicina grega que era praticada pelos médicos gregos no império romano.

⁶⁰ Medicina hipocrática é denominada a medicina que se desenvolveu na Grécia em meados do séc. IV e no séc. V a.C. e teve como figura de referência Hipócrates a quem por muito tempo foi atribuída autoria de todos os textos do Corpus Hippocraticum, coletânea de cerca de 60

da natureza do corpo ou da *physis*. A *physis* do corpo é uma produção particular da *physis* universal e, enquanto tal, é compreendida como princípio originário e organizador do corpo. Ela provê a forma do corpo (*eidos* ou *idea*), isto é, o seu aspecto próprio ou particular e o seu comportamento, virtudes ou propriedades (*dynameis*). O princípio organizador do corpo, a *physis* planifica no ser as qualidades da harmonia, da ordem e da beleza, orientando a morfologia e as funções normais do corpo e de suas partes. No entanto, a *physis*, também orientava a doença e os seus sintomas e é por esse motivo que a doença era, para a maior parte dos médicos, uma ocorrência natural e não sagrada (REBOLLO, 2006).

No Império Romano, existia organizações com finalidade de reabilitação e cuidados médicos, destinadas aos soldados. Esses locais conhecidos como valetudinárias ou *valetudinari* era uma estrutura militar, uma espécie de hospedaria dos fortes das legiões romanas, organizados pelos cristãos que substituíram os templos gregos dedicados a Asclepius, na função de abrigar e tratar os doentes com o intuito de habilitá-los para guerras (PEREIRA, 2003). Com arquitetura simples, as valetudinárias eram formadas por dois retângulos concêntricos em relação a um pátio retangular, entre os quais existia o corredor de circulação. Os pequenos compartimentos interiores serviam como quartos para os doentes e viajantes pernoitarem e os compartimentos maiores, junto à entrada, eram zonas de tratamento para os militares doentes e feridos, não havia, portanto, construções dedicadas ao tratamento da população doente (SANTOS, 2013). Essa estrutura ocupava espaço central nos fortes localizados junto às estradas, próximos das fronteiras do Império.

De acordo com Campos (1944), a palavra hospital é de raiz latina e deriva de *hospitalis* que vem de *hospes* ou *hóspedes* referindo-se aos peregrinos pobres e enfermos que eram recebidos em casas que serviam como abrigo para os mesmos, uma prática cristã, já, que o cristianismo pregava o cuidado aos enfermos e necessitados como um dever sagrado, que os seguidores deveriam prestar para alcançarem o reino dos céus. O termo hospital tem o mesmo significado de *nosocomium* vocábulo grego, que se

tratados que tratam sobre conferencias e minutas de discursos de medicina e filosofia. Um conjunto de textos voltados para leigos e notas para orientação de alunos.

refere a tratar doentes e *nosodochium*, que se refere a receber os doentes. Do vocábulo *hospitium*, lugar em que se recebiam hóspedes, derivou-se o termo hospício que foi consagrado especialmente para indicar os estabelecimentos ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis e insanos. Sob o nome de *hospice* e depois hospital, ficaram designadas as casas reservadas para tratamento temporário dos enfermos.

A partir do século V, a igreja católica exerceu papel substancial na sociedade feudal, não só por ter se tornado grande proprietária de terras, mas também, por ter formado fração importante da concepção de mundo que passou a permear as ordens sociais. A igreja passou a impor os conceitos do cristianismo que era exercido através do monopólio da religião.

Devido a forte influência que o cristianismo exercia na sociedade, acreditava-se que salvação das almas estava assegurada pela caridade, pela ajuda que se oferecia às pessoas menos favorecidas. A pobreza tornava-se uma oportunidade de redenção para muitos burgueses e nobres, que a viam como uma forma de resgatar seus pecados ao vir em seu auxílio. Foi o cristianismo, tendo a caridade como um dogma, que impulsionou os serviços de assistência, sob as mais variadas formas no ocidente (PEREIRA, 2003; PORTER, 2004).

Nesse contexto, os locais de abrigo aos doentes foram se constituindo como locais de ordem essencialmente eclesiástica, cuja função era: a separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população e a salvação espiritual da alma do pobre no momento da morte e, por conseguinte, a salvação de quem o cuidava. “Ser bom cristão, abandonar uma vida de pecado, fazer penitência pelas faltas cometidas, tornaram-se preocupações de muitos, especialmente, entre as elites das cidades em crescimento e nos meios cortesãos europeus” (SÁ e LOPES, 2008, p.9).

À medida que o cristianismo se expandia, inúmeros locais de abrigo aos doentes foram surgindo, dentro de instituições religiosas cristãs, fazendo com que a associação entre locais de abrigo, assistência, cura e ordem religiosa se intensificasse. Entre os primeiros estabelecimentos de ordem religiosa, criados para abrigar os enfermos são destaque na literatura, as instituições criadas na

França no século VI, quando o Rei Chuldebert fundou uma *xenodochium*⁶¹, em Lion, que foi aprovada pelo Quinto Conselho de Orleans no ano de 549. Outras instituições que têm destaque são as de Brunehaut em Autun, as de São Radegonda em Athis, perto de Paris e o hospício Hincmar de Reims, ao qual o arcebispo de Reims doou alto valor para sua construção. É importante ressaltar que cada edificação que era construída para amparo aos doentes, estabelecia-se uma comunicação com a catedral ou com a igreja principal de cada cidade, de forma, que fosse possível estabelecer um controle maior por parte dos clérigos, assim como, ficasse clara a iniciativa da caridade aos menos favorecidos por parte da igreja. Essas instituições eram mantidas financeiramente pelas ordens religiosas, que as geriam, a partir de dízimo pago pelos fiéis (PORTER, 2004; ROONEY, 2013).

No reinado de Carlos Magno⁶², imperador Romano cristão, descrito na literatura como protetor de Roma e do papado e defensor da “civilização cristã” que reinou de 768 a 814, cujo Império Carolíngio ocupava a região central da Europa, vários hospitais foram restaurados e anexados as catedrais e mosteiros, que foram transformados nos principais centros de estudo e transmissão dos textos médicos na época. Após sua morte, seu filho Luís, o Piedoso, governou até 840, foi nesse período, que a igreja e domínios senhoriais tornaram-se autônomos, deixando de cumprir com suas obrigações principalmente financeiras para com o poder central da igreja. Com a diminuição dos recursos financeiros do império, os hospitais perderam suas receitas, alguns foram confiscados, outros fechados ou suas instalações

⁶¹Local de hospedagem, destinada aos forasteiros, enfermos ou pobres. Relaciona-se esse local aos primeiros hospitais de caridade. Um exemplo deste tipo de edificação é o *xenodochium* de Pammachius situada em Óstia Antica, cidade costeira do Império Romano, construído no século IV, assim nomeada em homenagem ao senador romano Pammachius santificado pela Igreja Católica. A edificação justapõe-se a uma basílica clássica por um dos lados e mantém a forma das valetudinárias. É formada por três naves e duas absides, em que numa delas se situa o batistério. O *xenodochium* é constituído pelo pátio, que lhe dá a forma, e por três volumes nos quais se localizam os locais onde ficavam os doentes (SANTOS, 2013).

⁶²Empreendeu 54 batalhas militares. Entre estas, 18 contra os saxões, sete contra os árabes na Espanha, cinco contra os longobardos (povo germânico originário da Europa Setentrional que colonizou o vale do Danúbio e, a partir dali, invadiu a Itália bizantina, em 568, responsável pela dominação dos francos na Europa medieval). Seguindo uma política de tom expansionista, o novo rei promoveu o domínio de territórios situados na península itálica e entrou em luta contra os muçulmanos, na região sul dos Pirineus (espécie de zona neutra, destinada a isolar e proteger as fronteiras do império). Logo depois avançou na cidade de Barcelona, ilhas Baleares e impôs sua dominação sob os povos saxões da Germânia.

passaram a ser usadas para outros fins, dessa forma os cuidados aos pobres que eram realizados nesses locais, migraram para os mosteiros.

Uma das modificações que tem sido destaca por alguns autores como significativa na organização dos locais de assistência foi o surgimento das confrarias⁶³, com a finalidade de ajudar os pobres e doentes. Uma delas, descrita na literatura como a primeira a surgir foi a de Siena, na Itália, no final do século IX, que deu origem a fundação do *hospice* de Santa Maria della Scala, que recebia peregrinos, pobres e crianças abandonadas. Uma das características mais importantes dessa confraria é que a organização administrativa e financeira ficava em grande parte nas mãos dos habitantes locais, que a mantinham administrativa e financeiramente, embora, sua organização ainda estivesse sujeita ao controle do bispo. Instituições similares, na maioria das vezes, regidas pela Regra de Santo Agostinho⁶⁴, surgiram em todas as partes da Itália. Em países como a Bélgica, França e a Alemanha algumas confrarias fundadas no fim do século XII, também incluíam em seus objetivos a caridade e o cuidado aos doentes (AQUINO, 2010).

Outra modificação importante, na organização dos locais de assistência aos pobres e doentes, foi a introdução do aspecto militar nas instituições. Movimento que iniciou na Europa em meados do século XII, por iniciativa da ordem Teutônica, ordem militar criada na Palestina durante as Cruzadas, vinculada à Igreja Católica e formada por mercadores alemães em São João de Acre, em Israel, que se desenvolveu sob as muralhas de Acre, locais em que seus membros cuidavam dos doentes e feridos e ajudavam os cristãos a recuperar-se das mazelas que sofriam nas peregrinações a Israel, a “Terra Santa”. Seus membros faziam voto de serviço e sua norma prescrevia que onde quer que a ordem fosse introduzida, deveria se construir locais de assistência aos necessitados como, enfermos e viajantes. O centro das

⁶³ Associação laica que funciona sob princípios religiosos.

⁶⁴ Texto que data de 397, tradicionalmente conhecido como a Regra de Santo Agostinho em que Agostinho, já como bispo de Hipona (atual cidade de Annaba localizada Argélia na África), escreveu para regular a vida dos monges que viviam nas proximidades de Cartago e que se negavam a trabalhar, argumentando que eles não podiam dedicar-se a nenhuma outra coisa a não ser a oração. O texto destaca a importância da comunidade de bens, a semelhança da primitiva comunidade de Jerusalém, como aparece nos textos dos Atos dos Apóstolos (At 2, 44-47; 4, 32-35), junto com a vivência da castidade e da obediência (ORDEM DOS AGOSTINIANOS RECOLETOS, 2016).

atividades da Ordem Teutônica, no entanto, logo foi transferido de Israel para a Alemanha, onde, devido à seus métodos rígidos de organização, tidos como exemplo de bom funcionamento, fora encarregada de cuidar dos muitos estabelecimentos de assistência, já existentes na Europa. Entre os seus numerosos estabelecimentos, os de Elbing e Nuremberg gozavam da mais alta reputação. No entanto, mesmo com uma organização rigorosa, a Ordem Teutônica padeceu devido a perdas financeiras que sofreu com as guerras e com as mudanças políticas e religiosas que ocorreram no final do século XV, que comprometeu o funcionamento de muitos dos estabelecimentos de assistência por ela dirigidos (ROONEY, 2013).

É importante destacar que, as Cruzadas estabeleceram uma comunicação mais livre com o Oriente, fixando um ambiente comercial por toda a Europa. As condições econômicas daí decorrentes dentre outros fatores afetaram o desenvolvimento dos locais de assistência, já, que o surgimento das cidades levou ao aumento da população, desencadeando a necessidade de um grande número de locais de assistência o que, de certa forma, gerou mais recursos para os trabalhos de caridade. Com esses recursos foram criadas instituições por leigos e irmandades, com apoio dos governos locais cristãos (AQUINO, 2010). Outro fator que contribuiu para a ampliação de instituições de assistência foi o fato de que os deslocamentos humanos contribuíam para a disseminação de doenças e grandes epidemias, que interferiam de forma direta no desenvolvimento das cidades. A criação de locais de assistência retirava da cidade todos aqueles que representavam risco a sua economia.

Uma das doenças que fez aumentar, significativamente, o número de instituições de assistência foi à lepra. De acordo com Pinto (1995), tendo seu foco no Oriente, a lepra atingiu a Europa pelo deslocamento das tropas romanas, que retornam do Egito por volta de 61 a.C, no entanto, só se instalou como endemia na Idade Média, a partir do séculos VI e VII d.C. A igreja criou os leprosários como forma de retirar das cidades e do seu envolto, os milhares de leprosos, que eram expulsos e acabavam vagando pelas estradas.

Foucalt (2004b, p.7), destaca que “A partir da alta Idade Média, e até o final das Cruzadas, os leprosários tinham multiplicado por toda a superfície da Europa suas cidades malditas”. Segundo o autor, nesse período, chegou a

haver 19.000 instituições desse tipo, em toda área de domínio cristão e por volta do ano de 1266, mais de 2.000 foram recenseados na França. Só na diocese de Paris, tinham na época, 43 leprosários, sendo que os dois maiores eram o de Saint-Germain e Saint-Lazare localizados na periferia da cidade.

Mais do que locais de assistência, pode-se dizer que os leprosários, constituíram-se num símbolo da exclusão e de segregação, que se perpetuou até a modernidade. De acordo com Foucault (2001), a exclusão da lepra era uma prática social que comportava uma divisão rigorosa, um distanciamento, entre os indivíduos, já que se acreditava que a doença exigia distanciamento, ruptura de contato, o que levava a grandes manifestações de exclusão e o confinamento dos doentes nos leprosários.

Em relação à exclusão do leproso e a retirada dele da cidade Maciel (2013), destaca que de acordo com a compreensão da religião judaica da Antiguidade, as doenças, entre elas a lepra, eram consideradas manifestações da permanente luta entre o bem e o mal, entre o pecado e a pureza. Portanto, se difundia, na Antiguidade e também na Idade Média, que a lepra se manifestava em decorrência de transgressões às leis sociais estabelecidas e determinadas nos códigos⁶⁵ religiosos, principalmente, as leis relacionadas à sexualidade. Portanto, a lepra era considerada a materialização do pecado no corpo, uma forma de mostrar o castigo divino. O leproso era alvo de temor, não apenas pelas mazelas que apresentavam, mas pelo medo das consequências que se sofreria, se mantivesse contato com ele, que era pecador.

Um fator importante a ser considerado é que, “a igreja católica, no Ocidente europeu medieval, foi a instituição que mais contribuiu para o acolhimento dos “pecadores” leproso, através da construção de abrigos e leprosários” (MACIEL, 2013, p.17). No entanto, é importante destacar que no período medieval, a igreja era a grande centralizadora da estrutura social, era a principal instituição que dominava a sociedade, não somente em seu aspecto espiritual, mas também nos aspectos econômico e político. Portanto, a relação divina das calamidades e flagelos com ira de deus era um fato aceitável pela grande maioria das pessoas. O doente era considerado pecador e a lepra

⁶⁵ Codex em latim que significa bloco de madeira, livro. Refere-se a manuscritos gravados em madeira, em geral do período da era antiga tardia até a Idade Média.

representava a prova corporal do pecado, uma espécie de corrupção da carne, que manifestava a corrupção da alma, que somada à deformidade física, contribuíram para que a doença fosse temida. O pobre era considerado como um eleito de deus e a imagem viva de cristo encarnado numa natureza pobre, era alvo da caridade dos que desejavam o perdão divino. Esses fatores interferiram na multiplicação de leprosários, hospedarias e pensões para abrigo dos leprosos e miseráveis (CUNHA, 2002).

Cabe destacar que, era necessário manter distância do leproso e mais do que isso, era necessário excluí-lo da sociedade, afastá-lo da convivência dos puros e dignos, motivo pelo qual, os leprosários eram construídos do lado de fora das cidades e tinham uma estrutura arquitetônica organizada para garantir os objetivos institucionais de exclusão. Portanto, as edificações eram instaladas estrategicamente em locais que propiciassem mínimo contato com a população.

Os leprosários eram edificações sólidas, construídas a favor do vento acompanhadas de uma capela e um cemitério. Cada doente tinha direito a uma cama, um baú ou arca para guardar seus pertences e um lugar para acender sua vela e também tinham direito a receber a visita do médico pelo menos uma vez ao ano. A administração desses locais era, na maioria das vezes, responsabilidade da igreja, em algumas cidades, os leprosários sobreviviam com doações de cristãos da sociedade, de esmolas fixas doadas por entidades ou pessoas e dos bens dos doentes que eram entregues aos administradores dos leprosários no momento em que era declarada sua “morte civil”. Como condição para ingressar nos leprosários, era necessária uma autorização da igreja e um relato de um médico que indicasse a doença. Era necessário ainda, que o doente doasse todos os seus bens e rendas à instituição para que lá pudesse permanecer (CUNHA, 2002).

De acordo com Foucault (2001), essa exclusão do leproso significava mais do que o afastamento físico do doente da cidade, implicava na desqualificação jurídica e política do mesmo. Sua exclusão era regularmente acompanhada de uma cerimônia fúnebre⁶⁶, no curso da qual, eram declarados

⁶⁶A cerimônia de exclusão dos leprosos copiava fielmente os ritos fúnebres realizados na época. A liturgia enfatizava a morte e derramava-se terra sobre a cabeça do doente,

mortos em uma espécie de “morte civil”, por conseguinte, seus bens eram passados para os administradores dos leprosários.

De acordo com Foucault (2004b), até a metade da Idade Média, os criminosos e desocupados, que ofereciam risco a sociedade, os mendigos, loucos, deficientes físicos e doentes como os leprosos recebiam caridade ou o suplício⁶⁷. Pois assim, como os criminosos, os doentes, loucos, mendigos não se encaixavam nas normas da sociedade e representavam subversão e ofensa à ordem, portanto, precisavam ser confinados. Para tanto, hospitais eram organizados para retirá-los da cidade. Os loucos eram isolados em grandes asilos e muitos deles acorrentados, já, que a loucura estava em campo mitológico, de forma, que o doente mental era visto como possuído pelo demônio.

Com o enfraquecimento do feudalismo houve um franco crescimento da população urbana e, conseqüentemente, o aumento das epidemias, o que levou à necessidade de mais locais de confinamento como leprosários e asilos (ORNELLAS, 1988). Os períodos de epidemias marcavam também um aumento das contribuições dos cristãos para a caridade, que podiam ser feitas sob a forma de legados e doações ou pelo recolhimento de esmolas (SANGLARD, 2006). Tais contribuições eram administradas, majoritariamente, pelas ordens da igreja que tinham tutela para definir como aplicar os recursos, parte deles, era para a construção ou manutenção dos locais de assistência aos pobres e doentes.

De acordo com Aquino (2010), há uma série de opiniões expressas por diferentes autores no que se refere à responsabilidade sobre a fundação e manutenção dos locais de assistência e *hospices*, na Europa, entre os séculos XII e XVI. No entanto, o autor destaca que a maioria dos autores concorda que, nesse período, poucos foram as edificações construídas por governantes locais, embora apoiassem a iniciativa de construção com a doação de terras e subvenções e assumissem seu controle, uma vez que estes eram

de forma a significar seu sepultamento. Ao serem expulsos da cidade, lhe eram entregues as luvas, a gamela e matraca, que deveriam soar para anunciar sua passagem para que as pessoas sãs assim se afastassem. Daquele momento em diante o leproso tornava-se definitivamente morto para sua família e para a sociedade.

⁶⁷Punição corporal.

estabelecidos por ordens religiosas. No entanto, é nesse período que iniciam as transferências do controle dessas instituições das congregações religiosas para os Governos locais, especialmente, na Itália e na Alemanha. Essas transferências aconteciam a partir de um acordo entre o superior do local e as autoridades civis, quando havia alguma contestação quanto ao acordo de transferência, o assunto era julgado por uma autoridade eclesiástica. Essas transferências passavam para as autoridades locais o controle dos bens, assim como das despesas.

Segundo Freitas (2011,p.39), “nos séculos finais da Idade Média desenvolve-se na Europa o processo de secularização⁶⁸ da sociedade e laicização das estruturas do poder”. No século XIII, inicia-se um movimento que tende a subtrair os hospitais da influência monástico medieval. Tendo como fundamento o Concílio de Tours de 1163, que determinava, que os padres não deveriam se ocupar de coisas estranhas a sua vocação, ou seja, se envolverem na *saecularia negotia*⁶⁹, executando-as somente em circunstâncias extraordinárias. E as leis do Concílio de Latrão⁷⁰ de 1215, que proibiam os religiosos de praticarem atividades médicas, incluindo as que envolvessem cortar ou queimar⁷¹, assim como praticar cirurgia⁷², por serem estas atividades seculares, estariam, fora das obrigações dos religiosos, portanto, esses poderiam realizá-las somente no caso de necessidade como, por exemplo, por

⁶⁸Casanova (1994) afirma que seu significado atual faz referência à transferência de pessoas, coisas, funções e significados daquilo que pertence à esfera religiosa para a esfera secular, que opõe-se ao estado religioso. Refere-se ao processo de retirada da influência religiosa sobre determinados setores da sociedade.

⁶⁹Significa o que é mundano, temporal e profano. Sob o ponto de vista teológico indica os setores de atividade que não são da competência do campo estritamente religioso como o setor político, econômico, social, cultural, parte da vida pessoal e familiar, ou seja, qualquer ação que compete aos leigos e não aos clérigos (SEQUEIRA, 2004).

⁷⁰A palavra concílio, do latim *concilium*, da qual se origina a palavra concílio significa convenção, reunião. Denominado também de concílio ecumênico refere-se a uma reunião de todos os bispos cristãos, convocada para discutir e resolver as questões da Igreja Cristã com relação à sua doutrina e disciplina. Os concílios buscavam alguma forma de consenso para se estabelecer uma cristandade unida para suportar a igreja estatal do Império Romano. Os concílios eram designados pelos nomes das cidades onde ocorreram as reuniões, em caso de haver mais de um concílio na mesma cidade, acrescenta-se ao nome um numeral distintivo.

⁷¹Na Idade Média, com a constatação da contaminação do indivíduo por lepra este era expulso dos principais locais da comunidade ou eram fechados em suas cabanas e queimados dentro delas. A Igreja, para diminuir o impacto dessa reação, criou um rito de sacramento a ser conduzido pelos sacerdotes que referendava esse procedimento de exclusão ou eliminação (GARCIA, 2001).

⁷²Os cânones trazem a indicação que a igreja se opunha ao derramamento de sangue.

piedade e caridade para com os pobres, na falta dos médicos leigos (DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA UFRJ, 2016).

É importante destacar, que o Concílio de Latrão deixa nítido em seus cânones a preocupação da igreja em ter uma maior inserção na sociedade, já que o Concílio foi celebrado no século XIII, momento em que questões políticas, como as Cruzadas e mudanças econômicas e sociais, influenciavam a concepção dos homens sobre a vida cristã, que começava a ser fonte de insatisfação para alguns grupos. Formaram-se grupos religiosos opositores⁷³ à igreja católica, que passaram a questionar seus dogmas e princípios, oferecendo perigo a hegemonia da instituição. Os cânones reformadores do Concílio de Latrão prescreveram sobre a importância da execução das atividades de sacramento e pregação e do mandamento divino em detrimento das atividades consideradas seculares, como o exercício da medicina que foi abandonada pelos clérigos e ficou ao cuidado dos leigos (ARRUDA, 2011). O afastamento dos religiosos do exercício da medicina abriu espaço para os leigos praticarem sem os domínios da igreja, uma atividade que passava a ganhar algum espaço e certo prestígio principalmente nas universidades de Bolonha e Pádua na Itália.

De acordo com Aquino (2010), a transferência de administração dos locais de assistência da igreja, para outras organizações não confessionais e para o poder público, não tem relação com a secularização no sentido moderno do termo. O que o Concílio de Latrão fez foi impedir a atribuição de hospitais e sua administração a clérigos em troca de benefícios. De acordo com o autor, o decreto objetivava evitar a possibilidade de desvio de fundos dos locais de assistência de seu propósito original, de caridade para o benefício pessoal de indivíduos, e argumenta que outras determinações por parte da igreja mantiveram a assistência aos pobres e enfermos sob os domínios da mesma e traz, como exemplo, o que ocorreu na França quando o Rei Filipe Augusto, em 1200, decretou que todos os hospitais e seus fundos financeiros deveriam ser administrados pelo bispo ou algum outro clérigo. O autor destaca ainda, que medidas foram tomadas para organizar a administração desses locais como as

⁷³ Durante toda a Idade Média os leigos tinham direito de criticar os clérigos, sobretudo alguns nobres, como senhores de padroado, tinham o direito de protetor de quem fundou a igreja, ou seja, exerciam alguns direitos como donos de terras e financiadores das obras do clero.

definidas no Concílio de Arles de 1260, que determinou que, em vista da ocorrência de desvios, os hospitais deviam ser colocados sob a jurisdição eclesiástica e conduzidos por pessoas que deveriam levar uma vida comunitária, prestar conta de sua administração e não poderiam se apoderar de nada além de alimentos e de roupas.

Alguns *hospices* ficavam localizados em mosteiros, nesse caso, sua administração estava a cargo do abade e seus encargos eram determinados por regras monásticas. Em outras instituições não ligadas fisicamente aos mosteiros ou as igrejas, o responsável denominado de *magister*, *provisor* ou *reitor* era nomeado pelo bispo, governante local, fundador ou patrono e tinham como função a superintendência geral do local, de forma, que eram responsáveis também pela administração financeira, incluindo as propriedades e os depósitos em dinheiro feitos pelos doadores, muitas vezes, em forma de dízimo. Quase um século depois, o Conselho de Ravena de 1311, considerando o desperdício de receitas desses locais, ordenou que a supervisão e o controle de todas as instituições de assistência deveriam voltar a ser realizada por ordens religiosas (PORTER, 2008; AQUINO, 2010).

No entanto, em muitos locais, problemas de ordem econômica, social e política levaram a secularização das instituições. Um dos casos mais emblemáticos sobre hospitais, que foram desvinculados de congregações religiosas citados na literatura, é o caso do Hôtel-Dieu de Paris.

No século XV, o Hôtel-Dieu, fundado em 651, pelo bispo Paris St. Landry, às margens do Rio Sena, no antigo prédio da Catedral de Notre Dame, considerado símbolo da caridade e da hospitalidade para os cristãos, começou a sofrer com a diminuição de recursos. Fatores como a surgimento de monarquias nacionais, a corrupção no centro da igreja e a reforma protestante, contribuíram para que o local se transformasse em um problema para a cidade de Paris (PORTER, 2004). Devido a grande desordem que se estabeleceu em seu interior, no ano de 1505, o responsável por Notre-Dame solicitou às autoridades municipais que assumissem a administração do local. Assim, uma diretoria composta de oito pessoas, foi nomeada e, com a aprovação do tribunal, assumiu a administração (AQUINO, 2010).

Em Portugal, seguindo as tendências de fé, à semelhança do que vinha acontecendo em outras regiões da Europa, onde eram organizadas confrarias que prestavam caridade aos pobres e indigentes, buscando salvação dos que delas participavam, foram criadas no final do século XV, as chamadas misericórdias (IVAMOTO,1998). A rainha D. Leonor fundou a primeira misericórdia no ano de 1498, na capela da Piedade, uma das capelas do claustro da Sé, na cidade de Lisboa. A partir da fundação da primeira misericórdia, outras foram fundadas e a essas instituições passaram a ser concedidos privilégios e uma série de benesses pelos reis medievais, assim como, às pessoas e entidades que atuavam na proteção das mesmas. Uma dessas benesses era isentar os 12 conselheiros e o provedor que representava a autoridade máxima da confraria das obrigações que eram impostas aos demais como, por exemplo, o pagamento de impostos. Buscava-se como uma forma de expandir o cristianismo, incentivar a criação de misericórdias em todos os locais que eram colonizados pelos portugueses, de forma, que estas se expandiram pela África, Índia e América do Sul, durante o período das navegações (SÁ e LOPES, 2008).

No Brasil, colônia de Portugal, foi construída a primeira misericórdia no ano de 1542. A Casa de Misericórdia do Brasil, denominada também de Hospital de Todos os Santos, construída pelo fidalgo e explorador português Braz Cubas, neto de Nuno Rodrigues, fundador e mantenedor da Santa Casa da Misericórdia da cidade do Porto em Portugal. Auxiliado por outros moradores prósperos da região, Braz Cubas iniciou a construção do primeiro prédio da misericórdia em um local próximo ao porto, onde hoje, está situada a cidade de Santos no Estado de São Paulo. A Casa de Misericórdia foi inaugurada em 1543 e no ano de 1551 D. João III concedeu-lhe o alvará real de privilégios, que entre outras coisas, garantia fundos para a sua manutenção.

Pode-se dizer que a vila, o porto, a irmandade e a Casa de Misericórdia cresceram sob a proteção do seu fundador, o português, no entanto, uma série de fatores contribuíram para que esta viesse, alguns anos mais tarde, passar por dificuldades financeiras que acarretaram em seu fechamento. Dentre os fatores

podem ser citados os ataques marítimos⁷⁴ que ocorreram após a destruição da Armada Espanhola no canal da Mancha em 1588⁷⁵, que comprometeram seriamente o comércio de Portugal e Espanha e que levou a Europa a reduzir as atividades no porto de Santos, o que culminou no empobrecimento da vila e consequente falta de recursos financeiros para manutenção do local que deixou de possuir edifício próprio, em 1620, parou de funcionar. No entanto, em 1654, ano em que o conde de Athouguia, capitão general do Estado do Brasil D. Jeronymo de Athayde, repassou recursos financeiros aos Irmãos da Misericórdia de Santos que faziam sua organização administrativa. Com este recurso governamental, a Casa de Misericórdia voltou a funcionar e o segundo prédio, assim como sua igreja, foram concluídos no ano 1665. É importante destacar que a Casa de Misericórdia, depois Santa Casa de Santos prestou atendimento inicialmente aos colonos, nativos e escravos e foi local da prática e do ensino da medicina durante quase três séculos, antes da fundação da primeira faculdade de medicina do país (IVAMOTO, 1998).

De acordo com Foucault (2004a), até o século XVII, o hospital era exclusivamente um local de assistência aos menos favorecidos, como um local que deveria proteger as pessoas dos perigos que os doentes, como portadores de doenças representavam, portanto o foco do hospital não era o doente que precisa ser tratado, assistido, mas o pobre que estava morrendo e que precisava de auxílio e salvação. Até meados do século XVIII, o hospital teve suas práticas não fundamentadas na medicina e no cuidado à saúde ou doença, já, que as dimensões filantrópica e caritativa eram o centro da assistência e o espaço não era comandado por médicos, mas majoritariamente por religiosos e alguns leigos que se ocupavam em oferecer cuidados visando a salvação da alma. Nesse período, dizia-se que o hospital era um local onde se entrava para morrer, um morredouro e, devido a isto, as possibilidades de hospitalização eram temidas pelas populações que dele precisavam.

Com a emergência do mercantilismo e o crescimento das cidades e dos espaços urbanos, o hospital marítimo, ainda no século XVII, ganha atenção e passa a ser denunciado como um foco de desordens, por ser visto como um

⁷⁴Navegadores da Inglaterra e da Holanda, inimigas da Espanha, passaram a atacar as embarcações das colônias portuguesas e espanholas, incluindo o Brasil.

⁷⁵Felipe II da Espanha, neto de D. Manuel, fez-se rei de Portugal em 1580.

local insalubre, capaz de espalhar doenças em seu espaço interno e também pela cidade. Considerado o núcleo de desordens econômicas, por ser feito através dele o tráfico de mercadorias⁷⁶, buscou-se no século XVIII, modificar e corrigir os efeitos nocivos do hospital,⁷⁷ na tentativa de que as doenças, assim como sua desorganização tanto econômica e social, não se espalhassem pela cidade. (FOUCAULT, 2004a).

A medicalização do hospital ocorreu ao longo do século XVIII, com a anulação das desordens de que era portador, com as mudanças da prática médica no interior da instituição. O modelo de medicalização dos hospitais franceses se estabeleceu em virtude da instauração de novos territórios para a clínica médica e da união desta com a prática cirúrgica, que tinha no hospital seu local de funcionamento (SANGLARD, 2006).

É importante destacar que desde o Império Romano, o cristianismo que se propôs a cuidar das almas e salvá-las, fez da alma, um dos objetivos da intervenção do Estado. No entanto, com o surgimento do Iluminismo no século XVIII, que procurou mobilizar o poder da razão, buscando um conhecimento apurado da natureza, com o objetivo de torná-la útil ao homem moderno, e, o decorrente enfraquecimento da instituição eclesiástica, o poder dirigido para a salvação das almas se transformou, se estendendo para o Estado em sua forma moderna. Com a progressiva medicalização, a vida em seu conjunto passa a ser objeto de preocupação do Estado, por meio da intervenção médica. Pode-se dizer que o processo de medicalização dos hospitais está, de certa forma, associado ao valor do homem, no sentido de que o Estado passou a perceber o quanto a vida dos sujeitos possuía valor econômico, pois o mesmo representava sua força, suas habilidades e aptidões, portanto, sua vida deveria ser valorizada e necessitava de cuidado (RIBEIRO, 1993; PORTER, 2004).

⁷⁶Os traficantes fingindo-se enfermos eram internados nos hospitais que não tinham nenhum controle dos que entravam, saíam dos nascimentos ou óbitos e assim escapavam do controle da alfândega do porto.

⁷⁷Esses problemas suscitaram a necessidade da criação de regulamentos e registros hospitalares e uma observação econômica mais minuciosa sobre o que acontecia no espaço hospitalar e de reorganização e reordenamento do mesmo imprimindo uma técnica de gestão dos homens denominada disciplina.

Martins e Peixoto Junior (2009) destaca que em meados do século XVIII, a medicina passa a intervir num campo mais amplo da existência do indivíduo e da população, apoiada pela integração do seu saber a estratégias emergentes de governo. Os autores destacam, a partir de Foucault, que a medicalização da medicina, da sociedade e da população está relacionada a quatro processos ligados à expansão do domínio do saber médico que são: o aparecimento da autoridade médico-política e a instauração da medicina de Estado e da polícia médica; a ampliação das competências da medicina para além dos doentes e da doença, com a constituição da medicina urbana; a medicalização do hospital, ou seja, sua transformação em instrumento terapêutico e por fim o estabelecimento de mecanismos de administração médica como os registros de dados, as comparações estatísticas, etc.

No decorrer do século XVIII, a população que até então aparecia apenas como um dos elementos que refletiam a potência do soberano, juntamente com a extensão do seu território e a importância de suas riquezas, passa a aparecer como o elemento fundamental da riqueza e da potência do Estado. Conforme Catão (2011,p.105). “O paradigma da assistência aos doentes, mudava da atitude piedosa e dos privilégios de uma medicina teórica voltada ao indivíduo, para uma medicina social, que atendia a população em geral, agora sob os estatutos de um Estado essencialmente disciplinador”.

É nesse cenário, que a estatística como ciência do Estado, começa a se cunhar, a partir do cameralismo⁷⁸ e do mercantilismo, que se instituem não apenas enquanto doutrinas econômicas, mas como modos de governar, como práticas de governo que se destinavam a estatuir correntes monetárias internacionais, deslocamentos de mercadorias e os movimentos produtivos da população. É nesse contexto, que a população passa a ser considerada como uma força que produz riquezas e tem a sua saúde como objeto de preocupação e avaliação para os Estados emergentes da Europa.

Nesse período, o hospital transforma-se em local de cura, de aprendizagem e produção do saber médico que se sustenta nas regras de higiene, cujos mecanismos disciplinares utilizados para seu estabelecimento

⁷⁸Doutrina econômica que difundiu-se na Europa dos séculos XVII e XVIII que afirmava que o poder econômico de uma nação poderia ser aumentado pelo acúmulo de riqueza monetária e de metais preciosos.

são a distribuição espacial dos doentes, o acompanhamento da sua evolução, por meio das visitas e exames, a vigilância constante dos pacientes e do pessoal que trabalha, o registro contínuo em prontuários, informações que não vão só contribuir para o tratamento, mas vão também possibilitar o acúmulo de conhecimentos e a produção de estatísticas (SILVA, LIMA e MISHIMA,1993; FOUCAULT, 2004a).

Era necessário ordenar o espaço interno dessas estruturas de modo a torná-las um lugar de operação terapêutica, para tanto, era preciso eliminar os fatores que o tornava inseguro para aqueles que o ocupavam, sendo imprescindível estruturá-lo de acordo com uma estratégia de tratamento sistematizada de forma que houvesse a presença do privilégio hierárquico dos médicos, sistemas de observações e anotações que possibilitassem os registros dos diferentes casos com suas evoluções específicas, reuniões de dados relativos a toda população e a longos períodos, entre outros aspectos. A instituição hospitalar, tendo como esteio princípios positivistas, buscava organizar a sistematização de um saber teórico e prático na assistência continuada do novo espaço de curar os doentes, posto, que o ambiente já não era mais conduzido predominantemente por religiosos, mas por médicos que buscavam o isolamento dos pacientes, especialmente no caso dos portadores de enfermidades contagiosas, controlar os registros dos enfermos como entrada, saída, cura ou morte, diagnóstico, tratamento etc. (CATÃO, 2011).

No momento em que o hospital foi compreendido como um instrumento de cura, o ordenamento do espaço modificou-se para um espaço terapêutico, o médico passou a ser o principal encarregado pelo arranjo do local e passou, então, a ter seu lugar no hospital, que define-se também, como um lugar de formação de médicos, pois um “bom médico” é aquele que tiver maior experiência hospitalar. Portanto, “não foi por meio de uma técnica médica que os hospitais marítimos e militares foram reordenados, mas sim através de uma tecnologia política de exercício de poder denominada de disciplina, tendo esta sido elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII.” (CATÃO,2011,p.107)

De acordo com Foucault (2004a, p.88), “houve fundamentalmente dois grandes modelos de organização médica na história ocidental: o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste”.

Desde o fim da Idade Média, até o início do século XVIII, a peste negra, como era denominada a pandemia de peste bubônica, ainda assolava a Europa. Para combatê-la organizava-se na cidade um eficiente sistema de vigilância, fortemente hierarquizado. A cidade era dividida em setores e subsetores, era definido um território, não para exclusão dos indivíduos como ocorreu com a lepra até o início da Idade Média, mas para que fosse possível uma análise tênue e detalhada, de um policiamento minucioso da população. Todos os movimentos populacionais eram registrados, tudo e todos eram constantemente vigiados e controlados por meio de um policiamento exaustivo. As ruas eram isoladas e controladas por vigias, e estes por inspetores e a cidade por um governador ou magistrados nomeados que, no momento da peste, recebiam um acréscimo de poder. Estabelecia-se um exercício de poder contínuo por meio de uma organização de vigilância de forma que nenhuma interrupção pudesse ocorrer, de forma que nada escapasse ao olhar. Registros sistemáticos e transcrições deveriam ser feitos de tudo que era observado, as informações eram disponibilizadas aos inspetores locais e a administração central da cidade que as controlavam através da chamada diária. Eram realizadas visitas às casas duas vezes por dia, e se chamava cada um dos moradores e se este não se apresentasse, era entendido que estava de cama, e, se estava de cama, estava doente e se estava doente, era perigoso, e portanto o Estado precisava intervir. Era realizada uma espécie de triagem, separando os doentes dos saudáveis, os vivos dos mortos, constituindo uma série de informações que eram transcritas nos registros e confrontadas em seguida com os registros que os escabinos detinham na administração central da cidade (FOUCAULT, 2001).

No modelo da lepra, medicalizar alguém era excluí-lo, retirá-lo da cidade e em consequência sanear os outros. No modelo da peste é preciso reconhecer, portanto, que é necessário um acompanhamento constante, o registro permanente e para operar tais controles é necessário incluir. Segundo Foucault, diferente da lepra que estava relacionada a um processo de exclusão

do doente para fora da cidade, a peste envolveu um processo de inclusão. Quando uma cidade era declarada em quarentena devido a identificação da peste, ocorria o fechamento da cidade e, um minucioso mapeamento, um criterioso policiamento do território urbano (FOUCAULT, 2001).

Observa-se, segundo Foucault (2001), que com esse modelo de policiamento da cidade, há a substituição de um modelo de exclusão do leproso para um modelo de inclusão dos doentes acometidos pela peste. A prática de inspeção implica numa nova estratégia de poder e controle social, que necessitam aproximação e preservação do objeto informativo que é o doente para poder se obter informações exatas, objetivas, por esse motivo, ele precisa estar estabelecido, é preciso fixá-lo, atribuir-lhe um lugar, incluí-lo, para que se possa observar, acumular informações sobre ele.

Pode-se dizer que a prática da peste atingiu uma “forma capilar de existir, no ponto em que o poder encontra o nível dos indivíduos, atinge seus corpos, vem inserir-se em seus gestos, suas atitudes, seus discursos, sua aprendizagem, sua vida cotidiana” (FOUCAULT, 2004a, p.131), ou seja, introduz uma forma de poder capilar, que age não sobre o corpo individual mas no corpo social.

Esse modelo da peste tem relação com a noção do panóptico⁷⁹ cunhado pelo filósofo inglês Jeremy Bentham, no século XIX, trazida à tona por Foucault, como modelo de construção de prisões no livro *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*, publicado em 1975, embora o tema já tivesse sido abordado pelo autor em outros momentos em suas conferências. A aplicação do modelo do panóptico passa a ser eficaz em qualquer instituição que assim a deseje, seja escola, hospício, fábrica, casa de detenção e também hospital favorecendo o estabelecimento e funcionamento da disciplina, substituindo a coerção do corpo pela força física, pela vigilância ininterrupta.

⁷⁹Projeto prisional formado um edifício Panóptico que constitui-se num edifício com arquitetura e arranjos estilísticos em que o prédio de disposição circular é envolto por celas perfeitamente alinhadas, perscrutadas incessantemente pelo olhar vigilante do observador assentado em uma torre central. Bentham justifica essa “forma arquitetônica” em nível social, cultural, jurídico, filosófico e político, cujo objetivo é maximização positiva dos resultados advindos das ações de pessoas em estado contínuo de observação (SILVA, 2008).

Foucault (2004a, p.105) destaca que “a disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII”. É nesse período, que começam a se formar, no exército, e na escola, especialmente, na Europa a invenção dessa nova maneira de gerir os homens, de controlar suas habilidades, de valer-se delas ao máximo, de aumentar o efeito útil de seu trabalho e de sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los.

O panóptico passa a servir como um modelo de vigilância e controle que ajuda a dar visibilidade à intimidade e a produzir um olhar normalizador sobre o indivíduo em organizações disciplinares modernas como a escola, a prisão, a fábrica e também o hospital, já que a disciplina depende do exercício de controle absoluto sobre os indivíduos que as compõem.

Observa-se nas edificações dos hospitais modernos construídos no final do século XVIII e início do século XIX, mudanças na sua estruturação externa e interna que remetem ao panóptico. Uma delas é a indicação dos lugares que cada classe de indivíduo pode ocupar e definição clara de qual deverá ser a posição ocupadas entre essas classes de indivíduos ou entre os seus respectivos compartimentos, para que se possa garantir a efetividade da disciplina. Nesta nova forma de exercer o poder, cada paciente precisa ser colocado em um compartimento individual, de forma que ele possa ser constantemente observado.

Catão (2011), destaca que o panótipo é um modelo de como se exerce o poder, sendo que ele se constitui como uma tecnologia política que pode ser destacada de todos os usos específicos e polivalentes nas suas aplicações, por intermédio dele é possível definir as relações do poder com a vida dos homens. Portanto, uma das aplicações possíveis desse modelo é cuidar de doentes no hospital, onde se pode dispor os corpos em um espaço, compor um arranjo hierárquico dos indivíduos, bem como, por meio do arranjo dos canais de poder e da definição de seus instrumentos e modos de intervenção.

De acordo com Foucault (2003), para que seja implantada a disciplina, é necessário um reordenamento do espaço e a disposição dos indivíduos no espaço por meio da delimitação de lugares, nas salas de aula, nos quartéis,

nas penitenciárias. Um reordenamento que visa extrair o máximo de suas forças de produção, neutralizar os comportamentos inadequados, proteger os materiais e dominar as forças de trabalho. Junto com essas práticas é estabelecido um controle sistemático da produção de acompanhamento, o controle rígido de tempos e horários. O sucesso do poder disciplinar é garantido pelo uso de três instrumentos: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame. A vigilância hierárquica opera de forma contínua estabelecendo-se nos espaços onde os indivíduos vivem e firmam suas relações pessoais e de trabalho. Os que vigiam ficam ocultos, para tanto é necessário que haja espaços e maneiras de olhar sem ser visto. Qualquer que seja a posição que o indivíduo ocupe, ele pode estar sendo vigiado. O poder exercido funciona como uma máquina, não como um objeto que alguém possa possuir ou arrebatá-lo para si, é um poder que articula o domínio sobre o corpo sem o uso da violência, uma vez que o objetivo não é ferir aquele a quem o poder se aplica, mas adestrar seu comportamento e para tanto se utiliza uma série de estratégias e instrumentos para vigilância, mobilizando dispositivos de exercício de um poder, que visam o controle dos comportamentos e das ações dos indivíduos. A sanção normalizadora constitui-se numa forma particular de sanção que incorre sobre atitudes relacionadas ao tempo, as atividades, aos comportamentos no interior de um espaço institucional. Ela atua sobre os pequenos atos, as menores condutas que se esgueiram ao controle dos grandes sistemas de punição. A sanção normalizadora age no controle dos atrasos, nas desatenções na realização da tarefa, nos gestos considerados não adequados, na cessação dos afazeres e incumbências que possam acarretar perdas à economia. E o exame, por sua vez, combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É no exame que a conexão entre poder e saber alcança o nível máximo. Relação que possibilita a obtenção e construção de certo campo de saber que se liga a uma forma de exercício do poder. É um procedimento que articula a vigilância hierárquica e a sanção normalizadora, permitindo avaliar o desempenho do indivíduo e sancioná-lo ou recompensá-lo. É uma forma prática de aplicar a vigilância e a punição. Foucault (2003, p.150), destaca que o exame “É uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir”.

De acordo com Campos (1944), no início do século XVII, começou a aparecer uma nova arquitetura hospitalar com vistas à reestruturação do espaço interno para acomodação dos doentes, no entanto, foi no século XVIII, que grandes modificações foram feitas nas edificações hospitalares fundamentadas nos conceitos da disciplina e vigilância.

Um exemplo, que pode ser citado, é o planejamento para a reconstrução do Hôtel-Dieu, de Paris, feito pela Academia de Ciências da França, que foi encarregada de elaborar um projeto para um novo hospital, visando reconstruir o que sucumbiu a um incêndio ocorrido no ano de 1772.

Uma inspeção realizada no local por uma comissão de especialistas nomeadas pelo Estado editou um relatório cujas conclusões serviram durante mais de um século de guia para quase todas as construções hospitalares na Europa, a qual segue alguns trechos⁸⁰.

Eles viram os mortos se misturarem com os vivos em quartos com passagens tão estreitas, nos quais o ar é incapaz de se renovar, ou a luz penetra apenas fracamente acumulando vapores úmidos[...]. Os comissários viram convalescentes alojados nos mesmo quarto com doentes, mortos, loucos. Próximo a estes um infeliz que tem a mais cruel das operações que não pode esperar para descansar nas imediações destes, cujos gritos frenéticos foram ouvidos dia e noite...[...](CAMPOS, 1944, p. 40).

[...] a escabiose é quase geral é perpetua no Hôtel-Dieu. Cirurgiões, religiosas, e pessoal de enfermagem a contraem no contrato com os curativos do doente ou por empunhar seus panos[...]. O Hôtel-Dieu é uma inesgotável fonte desta doença que pode se espalhar por Paris (CAMPOS, 1944, p. 40).

[...] as operações existem no meio da sala; vemos os preparativos para a execução, ouvimos os gritos dos torturados, o que para o próximo representa diante de si a imagem de seu futuro sofrimento; e um doente que irá passar por esta provação, define ser profundamente movido por esses gritos de dor! [...]. [...] no salão que é dedicado às mulheres grávidas observa-se três ou quatro na mesma cama, expostas ao contágio dos vizinhos, e em perigo de ferir seus filhos [...] (CAMPOS, 1944, p. 40).

⁸⁰Tradução livre realizada pela autora.

Partindo desse inquérito minucioso realizado pela academia foi concebido o projeto de reconstrução do hotel Hôtel-Dieu. O projeto original de reconstrução previa um hospital com a capacidade de 5.000 leitos.⁸¹ No entanto, a comissão nomeada manifestou-se contra, alegando ser a aglomeração de pessoas um dos fatores responsáveis pela transmissão de doenças, sua proposta foi a construção de quatro hospitais com 1.200 leitos cada um e a redução do número de doentes dispostos em cada enfermaria. A comissão da Academia de Ciência propôs ainda: a redução do número de leitos de cada enfermaria; maior isolamento das salas; condenação das salas contínuas; disposição das salas permitindo ventilação; colocação dos pavilhões em ordem paralela e exposição das fachadas uma ao norte e outra ao sul; construção de um só pavilhão destinado aos pacientes; concessão para três andares; o mais elevado para os empregados, o térreo e o intermediário para os doentes (CAMPOS, 1944).

Observa-se que nesse projeto de reconstrução se estabelece uma preocupação com os espaços, ao invés de espaços exíguos e insalubres para acomodar indivíduos aglomerados, funcionando como depósitos de doentes busca-se um novo reordenamento do espaço e o controle da circulação, não só dos indivíduos, mas das coisas, dos elementos, essencialmente a água e o ar. É importante lembrar que no século XVIII, a teoria miasmática estava em voga, e o ar era considerado um grande desencadeador de doenças. Cabe destacar ainda que é nesse espaço, nesse novo “formato” de hospital que os médicos passam a estipular regras de separação entre determinados tipos de doentes; a possibilidade de aproximação entre outros. Constroem-se as salas e quartos com posições bem definidas para os seus ocupantes de forma a garantir que o médico seja detentor do domínio sobre todo o sistema, controlando os acessos aos vários compartimentos através de extensos corredores de circulação, já que o hospital é um meio de intervenção no doente e o médico o principal responsável pela organização hospitalar.

O projeto não foi aceito pelas autoridades locais na época, no entanto, o novo modelo proposto pela Academia de Ciência, passou a ser usado para

⁸¹A antiga construção do Hôtel-Dieu tinha 1.100 leitos individuais, e 600 leitos coletivos, podendo, assim a instituição abrigar aproximadamente 2.500 doentes.

construção de diversos outros hospitais na França, com fins específicos, como os asilos, hospitais para portadores de doenças mentais,

Frente a essa mudança na forma de conceber o hospital, não mais como um lugar de exclusão e confinamento, uma nova configuração do espaço arquitetônico do hospital começa a se difundir. De acordo com Foucault (2003, p.197):

“[...] uma arquitetura que não é mais feita simplesmente para ser vista (fausto dos palácios), ou para vigiar o espaço exterior (geometria das fortalezas), mas para permitir um controle interior, articulado e detalhado — para tornar visíveis os que nela se encontram; mais geralmente, a de uma arquitetura que seria um operador para a transformação dos indivíduos: agir sobre aquele que abriga, dar domínio sobre seu comportamento, reconduzir até eles os efeitos do poder, oferecê-los a um conhecimento, modificá-los.

A disciplinarização do espaço hospitalar e a transformação do saber e da prática médica se manifestam no ritual da visita ao leito do doente, onde ele vai à frente e após os assistentes, alunos, enfermeiros, etc.. É nesse espaço, nesse novo hospital que o médico passa a controlar os regimes terapêuticos e efetuar registros que acumulam e transmitem informações de diagnósticos, como o número de visitas realizadas, receitas e tratamentos prescritos. (NIETSCHE, 1996).

A disciplina nos hospitais passa a ser colocada em funcionamento também pelas enfermeiras que passam a controlar a distribuição espacial dos doentes e os regimes prescritos. São elas que vão através dos métodos e técnicas, específicos da profissão, das técnicas de enfermagem fazer uma observação minuciosa sobre os corpos. É na enfermaria, que as enfermeiras vão “articular proveitosamente a elaboração temporal dos atos, de forma, que uma tarefa não pode ser feita, sem que outra seja concluída” (KRUSE, 2003, p.92).

No espaço hospitalar disciplinado, o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica e a disciplina como técnica de exercício de poder que permite vigiar, classificar, distribuir, gerenciar tanto os doentes

hospitalizados como quem os cuida, buscando o controle sobre os seres humanos, seu espaço, seu trabalho, de modo a aumentar sua capacidade de produção e a torná-los úteis (NIETSCHE, 1996).

Pode-se dizer, que o nosocômio se transforma em função das novas exigências científicas consequentes do poder médico e dos procedimentos clínicos que o acompanham, tornando-se o lugar adequado para o estabelecimento da disciplina médica, tecnologia do exercício de poder que é traduzida em práticas generalizadas sobre os indivíduos e as populações, objetivando fazer do homem um corpo dócil. Um local onde a disciplina funciona como uma técnica, um tipo de poder, uma modalidade na qual se utiliza de um conjunto de instrumentos, de técnicas de procedimentos, de níveis de aplicação para colocá-la em prática. O hospital, portanto é considerado uma instituição, onde se pode acionar essa tecnologia de poder, pois é um local onde a disciplina funciona para aproximar as formas de poder dominante, ampliando a sua eficácia e objetivos específicos (CATÃO, 2011).

É no hospital moderno que se aplica, de forma mais concisa, o poder disciplinar sobre o corpo, por ser um lugar privilegiado e legitimado do saber, ele funciona como uma grande máquina de vigilância. Onde se estabelecem relações não no campo da violência, mas de relações de poder por uso dos saberes, que se caracterizam como uma ação sobre o corpo, sobre o outro, de uma forma que essa relação seja reconhecida por este, que tem um campo de resposta. Isso se dá na forma de avaliação médica, do exame físico realizado, da anamnese precisa, nas práticas de enfermagem como na realização de curativos, na arrumação dos leitos, na administração de medicamentos, enfim, numa infinidade de atividades que estão sob o olhar atento dos enfermeiros, dos médicos, dos professores. São múltiplas manifestações de um poder disciplinar, que proliferam por onde passam.

E isso, só é possível, porque no hospital, temos cada indivíduo em seu lugar, os pacientes nas enfermarias, os médicos em suas salas, nas enfermarias cumprindo o ritual de visitas, a enfermagem no posto de enfermagem, nos quartos dos pacientes. Um espaço protegido onde se pode efetuar supervisão constante, onde se pode vigiar e controlar comportamentos de cada, uma forma que se pode corrigir e estabelecer a ordem.

3.2 Alinhavando algumas histórias: os hospitais universitários brasileiros

No entanto, foi no decorrer do século XIX, que descobertas na área de microbiologia, novos medicamentos, a introdução da cirurgia antisséptica e a construção de centros cirúrgicos bem equipados, entre outras tantas mudanças no cenário da saúde, contribuíram para mudanças no terreno da patologia e para o reconhecimento e a legitimação da ciência como principal instituição produtora de verdade, contribuindo para “consagração” da moderna medicina.

Nesse período, houve uma grande expansão do número de hospitais especializados criados por médicos, já, que a associação destes profissionais com os hospitais tornou-se também uma fonte de reconhecimento profissional.

Na medicina ocidental, na maior parte dos sistemas de saúde, o acesso às especialidades passa a ser altamente valorizado, apoiado pelos grandes hospitais, que bem equipados, passam a necessitar do trabalho dos especialistas.

Na Inglaterra, foram criados uma série de hospitais especializados, só na cidade de Londres, no ano de 1860, foram criadas 66 instituições, entre as quais, podem ser citadas o Hospital Real de Doenças do Peito, fundado em 1814, o Hospital Brompton para tratamento da tuberculose, fundado em 1841, o Real Hospital de Marsden para cancerosos, fundado em 1851 e o Hospital Nacional de Queen Square para doenças nervosas, fundado em 1860 (PORTER, 2004).

A moderna cirurgia, a analgesia, a antissepsia, os exames diagnósticos, os modernos medicamentos e a incorporação de disciplinas à medicina, como a patologia e a microbiologia deram nova forma ao hospital que emerge no século XX, agora, como um local onde se pode, não só tratar o corpo, mas também curá-lo, onde se deve coibir a dor, o sofrimento e a morte, agora não mais pela ação única do médico, mas por intermédio de suas equipes de *experts*. Um local onde não mais o médico, mais o especialista, a especialização médica passou a ocupar um papel crucial (RIBEIRO, 1993)

No final do século XIX, a doença se esgotou no discurso dos sintomas e o olhar clínico passou a ser considerado superficial, sendo necessário atingir a profundidade dos órgãos. A medicina dos sintomas se apaga diante da medicina dos órgãos, do foco é das causas, diante de uma medicina inteiramente pautada na anatomia patológica. Por sua vez, os hospitais se transformaram em modelos para o exercício de uma medicina altamente especializada (MANÇO, 2004)

A introdução de procedimentos para melhorar as condições sanitárias, as práticas de higiene e as medidas de assepsia incorporadas nos hospitais, no final do século XIX, reduziram a mortalidade e demonstraram que as infecções podem ser prevenidas e controladas (SANTOS, 2004). Essa nova concepção sobre a transmissão de infecções e a confiança na tecnologia e nas novas técnicas que estavam se difundindo no início do século XX, ajudaram a construir a imagem do hospital como um local seguro capaz de reduzir a dor e contornar a morte.

Em meados do século XX, a concepção do hospital como um local de tratamento e cura está totalmente estabelecida, poucas são as instituições que têm reconhecimento público como o hospital, já, que milhares de pessoas passaram a viver alguns dos momentos mais importantes de suas vidas como o nascimento, a morte e as intervenções cirúrgicas capazes de modificar a vida de cada um, dentro do hospital (SANT'ANNA, 2011).

Cabe destacar, que os inúmeros avanços tecnológicos, a diversidade de exames e distintas formas de investigação incorporados no hospital exigiram aumento de investimentos financeiros para custear as despesas oriundas dos tratamentos, que passaram a envolver equipamentos substitutivos das funções vitais, as unidades de tratamento altamente especializadas como as unidades de terapia intensiva (UTI), os serviços de transporte médico, como as ambulâncias, mudanças que provocaram um substancial aumento nos gastos hospitalares.

Os primeiros hospitais que enfrentaram sérias dificuldades no início do século XX, foram os hospitais da América do Norte, que assolados pela depressão financeira ocasionada pela crise que se iniciou em 1929, passaram a utilizar estratégias administrativas oriundas das grandes fábricas de

automóveis. Dentre elas, a criação de planos de saúde privados que investiram na organização dos hospitais e na sua hotelaria, buscando nas pessoas com alto poder aquisitivo, clientes potenciais. O estabelecimento de uma contabilidade hospitalar precisa e automatizada permitiu controlar o número de internações, de altas, de dias de permanência, taxas de natalidade, de mortalidade de forma mais rápida e dinâmica; planejamento de investimentos e mensuração de custos; a adoção de modelos de organização e disposição de edificações, equipamentos e pessoal. Os hospitais passaram então a funcionar com a mesma lógica das fábricas e o caráter do hospital passou a requerer administração profissional, de forma que problemas administrativos e financeiros tornaram-se prioridade com o propósito de aumentar sua qualidade e a eficiência dos serviços que passaram a ser comercializados em escala fabril (RIBEIRO, 1993).

Na mesma época, frente a crescente expansão da medicina hospitalar foram construídos nos EUA novos hospitais que incorporam modelos mais econômicos e funcionais como o formato monobloco, estrutura composta por pavimentos e prédios em uma organização vertical com vários andares, que facilitava o arranjo das redes elétricas, de água e esgoto e também garantia a circulação de pessoas e objetos de forma asséptica, rápida e segura. A estrutura em monobloco começou a ganhar espaço em substituição à tipologia europeia pavilhonar, que já não respondia mais a mudança do conceito de propagação das doenças que não justificava mais a estrutura do isolamento, além de que as estruturas pavilhonares exigiam grande número de pessoal e grande custo de instalação e manutenção (COSTEIRA, 2014).

Pode-se dizer que a partir da adoção dos prédios em monobloco não somente a estrutura externa, mas a estrutura interna do hospital também se modificou. Os quartos passam a contar com uma disposição das camas, de forma, que os doentes não só pudessem ser vistos, mas também pudessem ser acessados de forma mais rápida e segura, ou seja, passaram a ser dispostas em quartos iluminados, arejados e com distância considerada segura entre um leito e outro. Foram integradas ao ambiente, sistemas de chamadas como indicação luminosa e sonora para acionar os profissionais, sistema de água, luz, esgoto e oxigênio foram ofertados por tubulação, equipamentos para

monitorização de pacientes e uma série de equipamentos que foram integrados a rotina de todos que ali circulavam. Uma organização onde as salas, os móveis e equipamentos passaram a serem dispostos e distribuídos de forma a possibilitar a vigilância dos comportamentos dos doentes e dos trabalhadores da área da saúde, enfermeiros e sobretudo os auxiliares. Uma organização que passou a obedecer não somente a critérios técnicos de organização, mas também ao exercício da disciplina como uma tecnologia de poder.

Para a manutenção dessa nova estrutura foram implementados novos processos de administração e assistência, de modo, que as atividades ali realizadas fossem executadas em um menor tempo, por um número menor de profissionais, no entanto, com maior qualidade. Dentre estes, novos sistemas de registros onde as informações passaram a ser organizadas em relatórios médicos estruturados, sistematizados com o objetivo de viabilizar o tempo de tal forma que um profissional pudesse atender mais pacientes em menos tempo e também pudesse acessar tais documentos com mais agilidade.

Foi nesse cenário de mudanças na forma de perceber o corpo, a saúde e a doença em que predominou a ideologia positivista conferindo caráter científico à assistência hospitalar, que culminou entre o fim do século XIX e início do século XX. Foi nesse período, que foi planejado e construído o primeiro hospital escola brasileiro, o Hospital da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, hoje conhecido como Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da cidade de São Paulo.

O hospital foi planejado para atender as demandas da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo que foi criada em 1912⁸² e que ao ser fundada não tinha sede própria, nem hospital próprio, de forma que ficou

⁸²Muitas das referências consultadas, consideradas livros clássicos contam que a Universidade de São Paulo foi criada em 1934 teve como mentor intelectual Júlio Mesquita Filho e foi criada por decisão do então governador do Estado de São Paulo, Armando de Salles Oliveira. No entanto, uma série de documentos e textos indicam que a fundação pode ser considerada a partir da data de fundação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo foi criada pela Lei 1.357 de 19 de dezembro de 1912 e regulamentada pelo Decreto 2.344 de 21 de janeiro de 1913. Em 1934 após a derrota da Revolução de 1932, São Paulo sentiu a necessidade de formar uma nova elite capaz de contribuir para o aperfeiçoamento do governo e a melhoria do país, pra tanto a universidade congregou a Faculdade de Direito (1827), a Escola Politécnica (1891) e a Faculdade de Medicina (1912) e criou a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras e contou com renomados profissionais trazidos da França, Itália e Alemanha para dar aulas na instituição, que ganhou status de uma “nova” universidade.

instalada na Escola de Comércio Álvares Penteado, no Largo São Francisco, região central da cidade e as práticas médicas eram realizadas na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

O primeiro projeto de construção da Faculdade de Medicina de São Paulo - oficial, como era conhecida⁸³, no qual estava incorporado o hospital, ficou a cargo do arquiteto Francisco de Paula Ramos de Azevedo⁸⁴, que o elaborou contemplando o sistema pavilhonar, com cinco edifícios. No entanto, após a construção do primeiro bloco e sua inauguração em 1924, o projeto foi interrompido por não atender as necessidades do novo modelo de ensino proposto pela Fundação Rockefeller, que acabara, por meio da “ajuda externa” e da filantropia científica, de assumir participação na orientação acadêmica e administrativa da faculdade, cujo modelo de ensino se apoiava em pontos definidos pelo relatório Flexner⁸⁵ como, por exemplo, limitação do número de alunos por série, introdução do regime de tempo integral, sobretudo para as disciplinas pré-clínicas, intensificação dos trabalhos de laboratório, admissão de alunos através de prova, organização das disciplinas no sistema de departamentos, ênfase na pesquisa e a vinculação do ensino clínico à estrutura de um hospital escola.

A fundação Rockefeller⁸⁶ criada no ano 1913, por John Rockefeller, norte-americano, de orientação protestante, que fez fortuna com o ramo do

⁸³ Amparada pela Lei Rivadávia Correa, que firmava a possibilidade de organizar a criação do ensino livre e particular no Brasil. No ano de 1911 foi criada a Universidade Livre de São Paulo, escola particular de medicina. No ano de 1917 as atividades da Universidade Livre de São Paulo foram encerradas e os alunos foram transferidos para a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

⁸⁴ Formou-se engenheiro-arquiteto pela École Speciale du Génie Civil et des Arts et Manufactures da Universidade de Gand (Bélgica). Foi responsável pela construção de muitas obras importantes na cidade de São Paulo entre os anos de 1880 e 1930. Entre as quais destacam-se: projeto do Palácio do Governo de São Paulo, projeto do Liceu de Artes e Ofícios de São Paulo, execução final das obras da Igreja Matriz de São Paulo e assinou a obra do Mercado Municipal de São Paulo. Projetou os edifícios públicos na cidade de São Paulo, como a Tesouraria da Fazenda, a Secretaria da Agricultura e a Secretaria de Polícia, conhecidos como Secretarias de Estado. Foi professor e diretor da Escola Politécnica de São Paulo.

⁸⁵ Relatório Educação Médica realizado nos Estados Unidos e no Canadá, elaborado por Abraham Flexner para a Fundação Carnegie no ano de 1910. Flexner avaliou a educação médica vigente nos EUA e Canadá. Entre os resultados o relatório apontou que as escolas eram ineficientes e fez uma série de recomendações para melhorias do ensino médico dentre elas: a sistematização do ensino, ênfase a pesquisa biológica e a especialização médica. Após a publicação do relatório Flexner assumiu um cargo permanente no General Education Board, em 1912, subvencionado pela fundação Rockefeller.

⁸⁶ A fundação manteve o financiamento da Universidade de Chicago nos EUA por aproximadamente 30 anos. Financiou ainda grande programa de combate a um surto de

petróleo e exploração de minério, organizava “missões”, a fim de identificar instituições que poderiam ser apoiadas por recursos da fundação, para montar grupos de pesquisa que atuassem dentro de áreas que a fundação entendesse como prioritárias. No ano de 1915, a “missão” chegou à cidade de São Paulo e encontrou um terreno fértil para um dos seus principais objetivos, que era criar escolas de saúde que servissem como “modelo”. Cabe lembrar, que na época, a elite paulistana tinha o serviço sanitário como foco de preocupação em razão das doenças que começaram acometer os trabalhadores acarretando prejuízos aos grandes proprietários de terras. A economia brasileira era essencialmente agrícola sustentada pelas fazendas e a maior parte da população em atividade trabalhava na agricultura e recebiam salários miseráveis e tinham explorada sua força de trabalho. Outro fator importante e promissor era o fato de São Paulo ser o estado que concentrava as principais elites exportadoras e indústrias de café da América Latina, detendo domínio econômico e político sob o restante do país, sustentado no arranjo político controlado por São Paulo e Minas Gerais e o governo central que controlava o processo sucessório, para que somente políticos desses dois estados fossem eleitos à presidência de modo alternado, o que de certa forma facilitaria a recepção das ideias “vanguardistas” e “progressivas” da fundação e das mesmas serem aceitas com maior facilidade, primeiro em São Paulo e depois no restante do país.

Já instalada no Brasil, o primeiro investimento da fundação foi a criação de um departamento de higiene, que depois se transformou em instituto e, mais tarde, na Faculdade de Saúde Pública agregando-se a um movimento sanitário que estava se estruturando, tendo à frente sanitaristas de projeção política como Carlos Chagas e Belisário Penna, articulados ao aparelhamento do Estado e, especificamente, à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) no ano de 1920 (MARINHO,2001).

A fundação se colocou à frente de uma série de campanhas de saúde pública, dentre elas a campanha de erradicação da ancilostomíase em São Paulo realizada, entre os anos de 1917 e 1926, atuando, concomitantemente, com os serviços oficiais brasileiros. Essa ação coexistente era de certa forma

amarelão que acometeu estados no sul dos Estados Unidos, essa campanha ganhou notoriedade e contribuiu para associar o nome da fundação às questões da saúde pública.

estimulada pelos fazendeiros, que não viam com bons olhos, a intervenção direta do governo estadual em suas fazendas cafeeiras, para tratar dos trabalhadores, visto as mudanças relacionadas à política de imigração imposta pelo governo na época, mas aceitavam e apoiavam o trabalho dos funcionários da Fundação Rockefeller. A campanha tinha como objetivo reduzir a incidência da doença e melhorar a infraestrutura de saúde rural do Estado, no entanto, segundo alguns autores, também ajudou a criar a base científica para fortalecer conexão entre os discursos sanitarista e eugênico⁸⁷, numa versão positiva ou preventiva, já, que possuía uma forte ligação com o saneamento e a saúde pública difundindo discursos como: trabalhadores rurais com “bom sangue” e “mau sangue”; “curado dos vermes”, “um outro homem” dentre outros. (KOBAYASHI, FARIA e COSTA, 2009; BRANNSTROM, 2010).

Considero importante, fazer algumas considerações sobre a filantropia norte-americana, no sentido de chamar a atenção, para sua expressiva atuação na saúde, ensino e pesquisa no Brasil e, conseqüentemente, na organização dos hospitais universitários brasileiros, a partir da reorganização do ensino e da pesquisa promovidas pela Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo, no sentido de buscar no acontecimento, nas dispersões as diferentes condições que possibilitaram a emergência da revitalização dos hospitais universitários federais da forma como conhecemos hoje.

⁸⁷Eugenia: conjunto de ideias e práticas voltadas a o melhoramento da raça humana pela seleção de genitores tendo como esteio a seleção de genitores. Foi difundida no século XIX por Francis Galton que se manteve por muito tempo, mesmo sendo fortemente questionada, como justificativa para práticas discriminatórias e racistas. No Brasil o movimento foi alavancado com a criação da Sociedade Eugênica de São Paulo em 1918 representou o marco na institucionalização da eugenia no Brasil a qual era composta por médicos, higienistas juristas e educadores dentre estes o médico e diretor da nova escola de medicina de São Paulo, Arnaldo Vieira de Carvalho foi nomeado presidente da Sociedade. O bacteriologista e diretor do Instituto Butantã, Vital Brasil; o microbiologista, Artur Neiva o médico e positivista, Luís Pereira Barreto; o educador, Fernando de Azevedo e o psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Antonio Austregésilo. A ideia de eugenia partia do pressuposto que o progresso do país dependia da evolução, progresso da civilização que poderia se dar pela melhoria de suas condições de saúde que poderiam ser alcançadas pela intervenção da ciência, pois para “melhorar a raça”, ou fazer o país progredir deveria intervir, tratar ou retirar da sociedade pessoas que apresentassem determinadas doenças, comportamentos considerados indesejados, promovendo práticas para conter essas características nas gerações futuras como, por exemplo, a esterilização dos criminosos e dos loucos (MACIEL, 1990; KOBAYASHI, FARIA e COSTA, 2009).

Calegari (2005) , destaca que a filantropia norte-americana faz parte de uma cultura política e cívica baseada no individualismo liberal. A tradição norte-americana organizou-se em torno da ideia que a população desempenha um papel fundamental no desenvolvimento social, uma vez que atrai para si funções e responsabilidades. Para tanto, a sociedade busca cooperação não só de indivíduos, mas também de grandes corporações, que adquirem confiabilidade não exclusivamente pela forte marca de valores, mas pela confiança dessas organizações em produzir resultados.

A filantropia surge quando a propriedade privada, os meios de produção e a mercantilização, como substrato da sociedade capitalista, passaram a determinar o lugar social dos trabalhadores inseridos no processo produtivo e daqueles, cuja força de trabalho não interessava, imediatamente, ao capital. Aos últimos restavam apenas a caridade, a benemerência, e a filantropia, como resposta às suas indigências. Em países de capitalismo central como os EUA, os ideais democráticos exigiram como fundamento a cidadania, destensionadora dos conflitos de classe, emergindo assim novas formas de coesão social, e o Estado passou a processá-las como padrão de regulação social e de direito social por meio de pactos com a sociedade civil como, por exemplo, a filantropia (ESCORSIM, 2008).

No início do século XX, fundações filantrópicas norte-americanas começam a se estabelecer após a autorização concedida pelo Congresso Americano, no ano de 1913, a família Rockefeller foi contemplada para a criação de uma fundação para o desenvolvimento de ações filantrópicas. A criação da fundação, fez parte de uma estratégia de reconstrução da imagem e recuperação da credibilidade de John Davison Rockefeller, que estava abalada pela sua conduta em relação a formação de cartéis, ameaças e *dupimg* para eliminar a concorrência. O projeto da família Rockefeller pediu aval para criar uma fundação, para atuar com liberdade dentro e fora dos EUA, o estatuto da fundação se apoiava em um objetivo amplo e genérico “promover o bem da humanidade”. A fundação propôs uma estratégia de ação global centrada na ideia de filantropia de larga escala centrada na área de saúde pública a partir do princípio da “enfermidade como origem da miséria”. O sucesso atribuído ao trabalho da fundação no Sul dos EUA, estados que concentravam a maior

parte da população negra e pobre do país, começou a consolidar seu espaço de atuação no campo da saúde dentro do país. Por intermédio de campanhas de erradicação de doenças, a fundação foi ganhando prestígio e modificando seu status até a consolidação de um Departamento Sanitário Internacional e logo uma Comissão Sanitária Internacional, que atuava combatendo enfermidades em países pobres, sujeitos a endemias. A fundação através das “missões” em países pobres, principalmente na África e na América Latina apoiava a criação de agências de saúde pública, tais agências deveriam, então, difundir os ideais, os princípios e as técnicas da chamada “medicina científica” (MARINHO, 2001).

Em meados de 1920, a Fundação Rockefeller, a exemplo do que vinha fazendo nos EUA e Canadá, voltou sua atenção para a assistência hospitalar brasileira. Nesse período, concedeu a cientistas, professores, funcionários de órgão governamentais e políticos brasileiros, bolsas de estudos, financiou viagens e visitas acadêmicas aos hospitais da fundação nos EUA.

Uma dessas viagens foi a viagem de estudos dos médicos Ernesto de Sousa Campos, microbiologista, então, assistente do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, Rezende Puech⁸⁸ e Benedito Augusto de Freitas Montenegro⁸⁹, em 1925, aos EUA e diversos países da Europa, cujo objetivo era conhecer projetos de universidades e escolas médicas. Sendo, que a maior parte dos estudos, foram realizados em hospitais dos EUA, construídos pela fundação.

No ano de 1931, sob orientação da fundação Rockefeller, uma comissão, presidida por Pedro Dias⁹⁰ e composta por Luiz de Rezende Puech, respondendo pela parte financeira e Ernesto de Sousa Campos, respondendo

⁸⁸Professor de clínica ortopédica e traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Cirurgião infantil foi o primeiro titular da cadeira de ortopedia e cirurgia infantil da referida faculdade de medicina.

⁸⁹Graduado em medicina pela Universidade da Pensilvânia (EUA). Professor de clínica cirúrgica de 1931 a 1956 e catedrático já em 1934. Foi diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de 1941 a 1947. Enquanto diretor da Faculdade de Medicina participou da conclusão das obras da primeira etapa de ampliação do Hospital.

⁹⁰Professor Catedrático de Patologia Médica e nomeado Diretor da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo a partir de um decreto do então governador Carlos de Campos de quem era médico. Durante sua gestão ampliou relações da instituição com o governo paulista, firmou acordos com a Fundação Rockefeller e trabalhou para que os mesmos fossem cumpridos.

pela parte médica, retomou o projeto de construção do hospital da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

A construção de vários dos prédios da Faculdade, inclusive o hospital, fora inteiramente financiada pela fundação, que teve participação ativa de Ernesto de Sousa Campos, que imprimiu no projeto uma série de características oriundas dos modelos de hospitais norte-americanos, especialmente, os construídos pela fundação, os quais conheceu na viagem aos EUA. Uma das mais significativas foi a escolha da tipologia do monobloco hospitalar vista nos hospitais Henry Ford na cidade Detroit, no Good Samaritan, de Cincinnati, Ohio, no Mt. Sinai de New York e no J. Hopkins H. Baltimore durante sua viagem.

A argumentação de Campos (1940) em relação a escolha do monobloco sustentava-se na afirmação de que a arquitetura hospitalar em pavilhões dispersos não reduzia o contágio e a transmissão de infecções no ambiente hospitalar. E que o progresso da arquitetura já permitira a construção de edificações econômicas com muitos pavimentos, além de que construções verticais significavam economia no transporte de cargas e de pessoal de serviço, assim como, aproveitamento melhor do seu tempo.

As ideias difundidas por Ernesto de Souza Campos, que versavam sobre a edificação do Hospital da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sustentavam não somente a ideia de uma arquitetura voltada a uma nova visão sobre a transmissão de doenças, que se difundia no início do século XX, mas uma nova concepção sobre “o que seria um hospital moderno”.

De acordo com Campos (1944), a opção pela construção em monobloco, não se tratava de ganhar espaço no solo. As razões que determinaram a adoção do novo tipo construtivo estavam relacionadas a fatores econômicos como, economia de construção e manutenção; concentração das tubulações hidráulicas, térmicas, de esgoto, eletricidade, etc.; melhores condições de isolamento por pavimento; maior afastamento do ruído e vetores, mas, sobretudo, a fatores administrativos como a possibilidade de ter na direção de cada serviço um técnico de grande prestígio, bem remunerado, o que não seria possível em serviços multiplicados; contato mais direto dos administradores com o pessoal técnico o que facilitaria a administração; facilidade de

transportes e, portanto, de movimento do hospital, tanto do pessoal como do material; melhora da disciplina interna e da vigilância dos superiores sobre os subordinados. A mudança nas construções hospitalares contribuiria, para dar ao conjunto hospitalar monobloco grande eficiência e economia de funcionamento, de forma, que os doentes poderiam ser acessados facilmente e os profissionais, que ali trabalham, médicos, enfermeiros e auxiliares, poderiam atingir rapidamente a seção que lhes interessasse.

Segundo Costa (2010), o novo modelo, o “hospital moderno” apresentado por Campos, voltado para a racionalização das funções de assistência e a setorização de serviços representaria um novo paradigma para a arquitetura hospitalar brasileira e passaria a responder pela modernidade da arquitetura em saúde a partir de então.

Essa nova maneira de conceber o hospital é defendida por Campos (1944, p.52), que expõe no documento intitulado *Evolução dos Hospitais*, publicado pelo Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Organização Hospitalar, no ano de 1944, as razões, que segundo ele, determinaram a escolha do modelo monobloco sobre os demais modelos de edificações, para a construção Hospital da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

As razões que determinaram a adoção do novo tipo construtivo foram essencialmente as seguintes: [...] Medicamentos oriundos da farmácia central são postos logo ao alcance das enfermarias seccionais por meios mecânicos e de pneumáticos. Roupas limpa e suja correm dentro de tubos de queda, ou elevam-se em monta-carga, tudo articulado com a lavanderia e desinfetórios centrais. Material séptico usado em curativos desce também por meios mecânicos. Telefones internos, sinais de chamada, formam rede mais compacta e por isso mais econômica e fácil de manter. A redução da área total, simplifica e torna mais econômico o serviço de manutenção da limpeza. O “contrôle” da superintendência é mais seguro por ter tudo ao alcance das suas vistas, sob o mesmo teto. A área de terreno necessária para os grandes hospitais é enormemente reduzida. O arejamento é tanto mais perfeito quanto mais alto é o pavimento. O pessoal técnico, concentrado em grandes instalações pode ser melhor remunerado, de melhor qualidade e ficar sob a chefia de homens de grande valor que orientarão com segurança os trabalhos de rotina e de pesquisa. A construção do edifício sobre ser mais econômica é, praticamente, incombustível pelo emprêgo do concreto armado.

Varandas floridas e solitárias permitirão aos doentes contato com o exterior o que faz "leséjour à l'air de l'hôpital – etrepraticable à proximitédessalles". Eis porque todos os técnicos modernos em construção hospitalar indicam, sem vacilações, o tipo concentrado "em altura".

É importante destacar, que a edificação em monobloco, sua organização estrutural verticalizada, eliminaria espaços não ocupados e dispenderia de outras estratégias que possibilitariam a racionalização de tempo (elevadores, corredores de acesso), atendendo aos princípios de racionalização do trabalho, que vinha sendo difundido nas indústrias norte-americanas na época. Os princípios da administração científica propostas pelo engenheiro Frederick W. Taylor, em 1913, preconizavam a eliminação de tempos desnecessários, a divisão do trabalho e a execução do mesmo com a máxima precisão, pois eliminando-se os gestos desnecessários, poderia se alcançar a especialização do trabalhador. Seguindo essas ideias, mediante um automatismo rigoroso, a indústria de automóveis, afim de aumentar a produção, a qualidade e o lucro introduziu nas suas fábricas a linha de montagem para "levar o trabalho ao operário, em vez de levar o operário ao trabalho". Esse modelo que se mostrava eficiente na indústria automotiva, vinha permeando outros setores, dentre eles, a saúde.

O excerto do documento citado acima mostra como os princípios da administração científica proposta por Taylor estavam presentes nas afirmações de Campos. Nesse sentido, pode-se pensar que enquanto nas indústrias automobilísticas as esteiras rolantes faziam chegar as peças aos operários, que sem se deslocarem, trabalhavam como uma autêntica máquina humana, conforme a cadência imposta pelas engrenagens. O hospital moderno tem suas edificações projetadas para que os insumos, os equipamentos, os materiais e os pacientes cheguem até os profissionais sem que estes precisem se deslocar, ou se desloquem da forma mais dinâmica possível, poupando-se, assim, todos os gestos inúteis ou lentos, buscando aumento da produtividade.

Campos (1944, p.52), também faz menção à importância desse tipo de edificação para o controle dos que ali trabalham, e coloca: "O "contrôle" da superintendência é mais seguro por ter tudo ao alcance das suas vistas, sob o

mesmo teto”. Pode-se perceber um ajustamento à ideia taylorista da supervisão funcional, de que todas as fases do trabalho devem ser acompanhadas de modo a verificar se as operações estão sendo desenvolvidas em conformidades com as instruções programadas, de forma, a garantir o aumento produtivo, tomando como base a eficiência dos trabalhadores.

Observa-se aí, o controle disciplinar mantido e exercitado, ou seja, o hospital moderno como um espaço de produção de disciplina para garantir o controle dos indivíduos, fundamentado em um saber, o saber da administração científica. O “hospital moderno”, assim como a fábrica para garantir maior produtividade e desempenho dos trabalhadores deve adotar mecanismos disciplinares como a vigilância, o controle, que vão se difundir através da organização do espaço das edificações, do controle do tempo das atividades de assistência, da vigilância do supervisor sobre o empregado, do enfermeiro sobre o técnico, por meio da sistematização de atividades, de modelos e formas de administrar as práticas, as ações dos sujeitos.

Campos (1944, p.52), em seu texto, ainda coloca, que no “hospital moderno” grandes expoentes da pesquisa científica deveriam exercer as atividades técnicas e intelectuais, ligadas a pesquisa no hospital. A colocação feita por Campos deixa clara a separação entre as funções de execução e planejamento que deveria existir no hospital moderno. De forma, que as decisões e o processo de controle das tarefas deveriam ser exercidas, exclusivamente, por administradores e a eles caberia o papel de designar os trabalhadores para as jornadas de trabalho, onde pudessem supervisionar e controlar minuciosamente a realização das tarefas. Campos, também faz referência a melhor remuneração, “O pessoal técnico, concentrado em grandes instalações pode ser melhor remunerado” (CAMPOS, 1944, p.52). É importante destacar que, na época, se entendia como fator motivacional único, o monetário. O pagamento era condizente com o que era produzido, concepção do *homo oeconomicus* da administração científica. No entanto, a preocupação com o aumento do nível de renda dos trabalhadores, de salários mais altos, não era uma preocupação social no sentido de melhorar suas condições de subsistência, na verdade, funcionava como um instrumento para selecionar

trabalhadores qualificados adaptados ao sistema de produção e de trabalho. “A indústria americana serviu-se dos altos salários para “selecionar” os operários da indústria racionalizada” (GRAMSCI, 2000, p.114).

De acordo com, Bellasto, Pasti e Takeda (1997), uma característica herdada do Taylorismo pelos hospitais modernos foi a grande divisão do trabalho entre os que pensam e, portanto, administram e concebem, e os que executam. Essa forma de organização do trabalho influenciou, sobretudo, a enfermagem reforçando a divisão técnica do trabalho, que já se reproduzia na profissão pela existência de duas categorias profissionais: as nurses e as lady-nurses⁹¹ forjado pelo sistema Nightingale⁹². No entanto, o hospital moderno veio enfatizar a divisão do trabalho e a ideia de que as ações administrativas, atividades consideradas intelectuais caberiam à enfermeira e as ações assistenciais seriam de competência das demais categorias, como atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Após os amplos investimentos financeiros da Fundação Rockefeller para construção e estruturação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, foi inaugurado, no ano de 1931, o edifício dos Laboratórios. A partir de então as disciplinas básicas foram transferidas para o novo edifício, porém, as clínicas continuaram funcionando em outras instalações. Os médicos oriundos da instituição logo passaram a ocupar espaços nas instituições existentes, muitos na própria Faculdade e outros na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, ampliando as atividades de pesquisa médica no Estado de São Paulo. O projeto de construção do Hospital das Clínicas foi retomado em 1938, quando o médico Adhemar Pereira de Barros foi nomeado interventor federal de São Paulo, em abril de 1938. Na época, o prédio foi considerado uma construção de vanguarda, construído em cimento armado em forma de “H”, geminado com uma área física de 4.600 metros quadrados, distribuídos em 11 andares, com capacidade para 1.200 leitos, 207 enfermarias, 17 salas cirúrgicas, 106 quartos de um a dois leitos, 125 conjuntos sanitários e 600 outras dependências. O

⁹¹Nurses – enfermeiras que executavam técnicas de enfermagem e prestavam cuidados diretos aos pacientes. Lady-nurses – enfermeiras preparadas para o ensino e supervisão de pessoal.

⁹²Sistema de ensino desenvolvido pela pioneira da enfermagem moderna a inglesa Florence Nightingale, que fundamentava-se em: seleção das candidatas levando em conta aspectos físicos, morais, intelectuais e de aptidão profissional; ensino metódico, escola dirigida por uma enfermeira.

novo hospital foi inaugurado, em 19 de abril de 1944, quando passou a se chamar Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016).

Considero importante chamar a atenção para o reconhecimento e a legitimação da ciência como principal instituição produtora de verdades da nossa era e como estas instituições filantrópicas, no caso, a fundação Rockefeller e seus “cientistas” tomaram a posição de porta-vozes dos saberes sobre administração de hospitais e por meio de discursos científicos foram instituindo verdades sobre como organizar e administrar os hospitais de ensino brasileiros. Chamar a atenção, ainda, para o fato de, que esses cientistas, dotados de conhecimento especializado e técnico, tornaram-se os senhores absolutos, com competência inquestionável para orientar governantes nas escolhas sobre investimentos públicos na área da saúde, sobretudo na educação e na área da saúde.

Atualmente, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) é um complexo com autarquia do governo do estado de São Paulo, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins de coordenação administrativa, associado à Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de São Paulo (USP) para fins de ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde destinados à comunidade. Dispõe, além do instituto central concluído em 1944, uma série de hospitais, institutos, um Centro de Convenções e mais de 60 laboratórios que padronizam novas técnicas e métodos, constituindo-se em referencial de qualidade científica no país, sendo comparável às melhores instituições do mundo com finalidades semelhantes, tendo projeção nacional e internacional. Servem também como campo de formação de profissionais e estudantes da área da saúde (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016).

É importante destacar que o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, por suas características quanto à fundação e organização, não é um hospital universitário federal, portanto, não é o objeto central desse trabalho, no entanto a Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de São Paulo é reconhecida por vários autores como a primeira escola médica no

Brasil a contar com um hospital escola próprio, além disso, este hospital desde o planejamento do seu primeiro prédio, até os dias atuais, tem uma grande influência sobre o modelo de atenção hospitalar brasileiro e, sobretudo, sobre o modelo de educação e gestão, tido por muito tempo como exemplo por órgãos governamentais e, portanto, seguido por muitos hospitais universitários federais. Considero que estas são questões determinantes, para que eu alinhavasse algumas histórias que contei, ou seja, a história dos hospitais, a história do hospital da Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de São Paulo e algumas outras histórias de outros hospitais.

A partir da segunda metade do século XX, dezenas de outros hospitais-escola vinculados às universidades foram fundados por todo o país, dentre eles, muitos hospitais universitários federais. As edificações, assim como a forma de organização, sobretudo, de administração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo serviram de modelo para a construção e estruturação de muitos desses hospitais como o Hospital das Clínicas da Bahia, o primeiro Hospital de Clínicas federal, cuja obra foi iniciada em 1938, ainda durante as obras de construção do Hospital da Faculdade de Medicina e Cirurgia da cidade de São Paulo.

O Hospital das Clínicas da Bahia foi o primeiro Hospital de Clínicas federal construído no Brasil. Foi projetado pelo engenheiro e arquiteto Hipólito Gustavo Pujol⁹³, com a colaboração de Ernesto de Souza Campos para atender as demandas da Faculdade de Medicina da Bahia. O hospital foi inaugurado, no ano de 1948. Constituiu-se no princípio do campus da atual Universidade Federal da Bahia (UFBA) e influenciou na Escola de Enfermagem inaugurada em 1947, Faculdade de Odontologia inaugurada em 1958 e Faculdade de Farmácia inaugurada em 1960, para que também fossem construídas próximas ao hospital e que pudessem utilizá-las como campo prático. O hospital com 11 pavimentos e uma área de 28.000 m² tinha 600 leitos, cinco anfiteatro, 17 enfermarias, 18 clínicas e 18 ambulatórios. Foi mantido como órgão suplementar da UFBA e vinculado à Faculdade de

⁹³Engenheiro arquiteto professor da Escola Politécnica de São Paulo projetou uma série de edificações importantes no Estado de São Paulo dentre elas o Centro Cultural Banco do Brasil, o Jardim Europa bairro localizado região dos Jardins, na zona oeste de São Paulo no final da década de 1920, assinou ainda a reforma Central Hotel na década de 1930.

Medicina, até 2010, quando passou a ser órgão estruturante da Universidade. (ANDRADE JUNIOR, 2011).

Uma das dificuldades encontradas para a abertura do hospital, assim como da Escola de Enfermagem, que estava sendo construída, era a escassez de enfermeiras na região. Para tornar possível a abertura do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, foram contratadas enfermeiras de outras regiões, que também ajudaram a compor o corpo docente da nova Escola. O quadro de funcionários dessas duas instituições foi formado, inicialmente, por enfermeiras da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), criada em 1942, algumas destas, vinculadas ao Hospital da Faculdade de Medicina e Cirurgia da Cidade de São Paulo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2016). Tal iniciativa visava atender as demandas do modelo de hospital escola, que preconizava a presença da enfermeira de "alto padrão". Para exercer o cargo de diretora da Escola de Enfermagem foi indicada Haydée Guanaes Dourado, Enfermeira "alto padrão", formada pela Ana Nery, funcionária do Ministério da Educação e Saúde, bacharel em ciências sociais pela Escola de Sociologia e Política de São Paulo, Pós-graduada pela Universidade de Toronto, Canadá e membro do corpo docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ficou a cargo dessas primeiras enfermeiras professoras o planejamento e organização do serviço e enfermagem do hospital universitário.

O Modelo de organização e administração implantado no hospital teve influência do modelo desenvolvido no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, já, que este era o centro de formação de parte dos médicos e grande parte das enfermeiras que foram trabalhar na instituição, sendo muito utilizado, o modelo de organização e funcionamento de hospitais difundido pela Fundação Kellogg, que ainda mantinha convênios com instituições de ensino e saúde brasileiras, sobretudo, promovendo cursos na área de administração hospitalar, muitos deles, em parceria com instituições de ensino públicas e órgãos governamentais e dirigidos, especialmente, a enfermeiras que com o surgimento de um grande número de hospitais, entre as décadas de 1940 e

1970, acabaram por assumir cargos administrativos considerados estratégicos nas intuições.

Um exemplo, que pode ser citado foi o curso na área de administração, ofertado pela Fundação Kellogg e ministrado pelo Columbia University Teacher's College, no ano de 1952, com duração de um ano, do qual participaram enfermeiras brasileiras. Dentre elas Clarice Della Torre Ferrarini que, na época, ocupava o cargo de diretora da Divisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ao retornar ao Brasil, Clarice Della Torre Ferrarini implantou, no hospital, os conceitos aprendidos no Teacher's College com Eleonor C. Lamberstenes,⁹⁴ cujo foco era a organização do serviço de enfermagem, com base no trabalho em equipe e com a finalidade de resolver o problema de melhor aproveitamento de pessoal, tendo como fundamento central do modelo, a liderança. O modelo preconizado por Lamberstenes fundamenta-se nos seguintes princípios: enfermeira como líder da equipe; estruturação do serviço de enfermagem com base no trabalho em equipe; estratificação do trabalho com base na qualificação e competência científica individual de cada profissional para a execução de funções determinadas como básicas, intermediárias e complexas. Nesse modelo, onde a liderança é o eixo central, a líder da equipe deve ser uma enfermeira que demonstra capacidade na prática assistencial de enfermagem e qualidades de liderança. No entanto, em uma mesma equipe de enfermagem pode existir mais de uma enfermeira, porém existirá apenas uma líder que será responsável por dirigir e supervisionar a equipe nas suas atribuições. Essa função exige interesse, não só para com as necessidades dos pacientes, mas principalmente no gerenciamento de todos os recursos humanos e físicos, tendo como objetivo principal, o estímulo ao

⁹⁴Enfermeira Norte Americana que publicou a obra "Nursing Team Organization and Functioning" no ano de 1952. Na qual relatou sua experiência de "sucesso" na implantação de um modelo onde propunha a reorganização do trabalho em enfermagem no âmbito hospitalar. No modelo proposto a divisão do trabalho era definida a partir das necessidades de saúde dos pacientes e das competências e habilidades de cada membro da equipe. Exigia comprometimento de todos com os resultados, elencando o trabalho em equipe e a liderança da enfermeira como ferramentas essenciais para o sucesso do modelo. Esse modelo fazia parte de uma pesquisa iniciada em 1949 pela Divisão de Ensino de Enfermagem do Teacher's College que objetivava encontrar os melhores meios de se organizar a equipe e as ações de enfermagem, de modo a obter cuidados eficientes e centralizados nas necessidades de cada paciente e foi patrocinado pela Fundação Kellogg (BERTOFFI e SANNA, 2011, p 49).

desenvolvimento da equipe, de forma a aumentar a sua eficiência e produtividade (BERTOFFI e SANNA, 2011).

Não tenho a pretensão de analisar o modelo proposto por Lambersten, atribuir algum julgamento de valor ou dizer se está certo ou errado, o que pretendo é destacar alguns aspectos do modelo que considero produtivos para se pensar como a gestão dos hospitais universitários foi se constituindo ao longo do tempo. Para alguns autores do campo da enfermagem, os modelos de enfermagem são vistos como resultados de esforços e de grande contribuição dos autores a esse campo de saber. A partir da perspectiva foucaultiana é possível lançar um olhar crítico, que possibilita a problematização do modelo proposto por Lambersten, para a reorganização do trabalho em enfermagem no âmbito hospitalar, ou seja, nos permite olhá-lo com certo distanciamento, não o enxergando apenas como um modelo que “inovou” a prática da Enfermagem mundial, mas como uma referência, um marco na enfermagem, como uma verdade sobre como deveria ser organizado o trabalho e as ações dos profissionais nos hospitais. Podemos enxergá-lo como algo criado em certa época, sob certa circunstância, no caso, para atender aos princípios de um modelo econômico vigente.

Nesse sentido, considero possível pensar, que o modelo proposto por Lambersten pode ser visto como um meio ou tecnologia para o governo dos profissionais, dos trabalhadores de enfermagem, na medida em que classifica, ordena e prescreve os modos de ser desses profissionais, cujas condutas vão se moldando em meio às estratégias e aos procedimentos normativos, que estão em conformidade com as pretensões capitalistas. E isso se torna possível, pelo uso de técnicas disciplinares de instrução, quando o modelo orienta, diz como cada profissional deve atuar, como deve agir, quando ele diz qual a função de cada profissional: o que faz o auxiliar, a enfermeira líder, a enfermeira chefe, quem vai executar as funções básicas, intermediárias e complexas. Quando ele nomeia a enfermeira líder que será responsável por dirigir e supervisionar a equipe nas suas atribuições, que terá o papel de vigilância e controle sobre os profissionais. Podemos perceber nesse modelo a emergência de algumas práticas da administração científica que preparariam as condições de desenvolvimento das formas de governo neoliberal que

começam a delinear-se nesse momento, como por exemplo, o papel do enfermeiro líder.

Em relação ao enfermeiro líder, Kurcgant, Peres e Ciqueto (1996, p.419) destacam que para Lambertsen:

O título de líder não garantia sua aceitação, como tal, no grupo. A liderança dependia de suas aptidões, pois a lealdade e a eficiência do grupo tinham que ser conquistadas. Considerávamos, com isto, que a enfermeira líder deveria desenvolver capacidade de comunicação e adequadas relações interpessoais, ter disponibilidade e capacidade para redimir dúvidas do grupo, para avaliar cada elemento integrante da equipe e para proporcionar condições e ambiente adequadas ao trabalho.

Segundo, Amorin e Perez (2010, p.227), na administração científica destacam-se as expressões dirigir, coordenar e liderar buscando, deixar claro, como liderar, se distingue de controlar. O líder deve influenciar pessoas, ele deve agir no sentido de modificar ou provocar o comportamento no outro de maneira intencional. E para liderar tem que saber planejar, organizar, coordenar. Subtrai-se, tecnicamente, assim, a ideia do controle e da fiscalização e da regulação por algo mais ténue, mais sutil, que é a capacidade de influenciar pessoas, por meio das relações interpessoais, na qual, uma pessoa age no sentido de modificar ou provocar o comportamento de outra, de maneira intencional.

Diferente da vassalidade⁹⁵, que é uma relação de submissão altamente codificada, que se realiza menos sobre as operações do corpo do que sobre os produtos do trabalho e as marcas rituais da obediência. Na liderança, o grupo reconhece a competência técnica e teme o erro de fazer diferente de sua orientação, o recurso de poder é o “saber” do líder, legitimado socialmente, a punição é o risco de errar, que gera autodisciplina, e a recompensa é o conforto de não precisar criar novas formas para o trabalho (AMORIN e PEREZ, 2010). Dessa forma, as relações de poder são articuladas nos hospitais pelo atributo da liderança onde se impõe um modelo de disciplina e

⁹⁵ Vassalo é aquele que oferece ao senhor fidelidade e trabalho em troca de proteção e um lugar no sistema de produção.

de regulação das atitudes e comportamentos não mais pelo controle minucioso dos gestos e do corpo, mas em função dos relacionamentos existentes.

A partir dessas considerações, pode-se pensar, que o modelo preconizado por Lambertsen, difunde uma maneira de organizar o espaço hospitalar, de controlar seus fluxos de administrá-lo alinhado ao modelo econômico vigente na época, que preconizava a prática da ciência especializada e tecnicizada, advogada pela administração científica, no entanto, fazendo uso de práticas de ações mais refinadas, mais sutis, para a condução das condutas humanas.

Nesse sentido, o enfermeiro líder, torna-se um indivíduo em constante construção, que trabalha sobre si mesmo ativamente, moldando-se para ser um bom observador, ter empatia, comunicar-se bem, ser confiante, ter iniciativa, ser humilde, estar sempre em busca do conhecimento, buscando com isso, atingir um modelo ideal para o capitalismo, o qual não se utiliza do caráter coercitivo da ameaça do castigo, da demissão, busca envolver os trabalhadores em estratégias que os faça consentir com as mudanças. Dessa forma, o enfermeiro líder é convencido pela enfermeira-chefe que a escolhe e pela alta administração do hospital da importância da sua participação e essa por sua vez, usando de sua “habilidade” para influenciar pessoas por meio das relações interpessoais, convence os demais trabalhadores que as mudanças propostas são necessárias e é o melhor a ser feito.

Convém salientar, que naquela época, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo era considerado um hospital centro de novas ideias e norteador de mudanças e inovações nas práticas de saúde, portanto, tudo que era desenvolvido nesse serviço servia de referência e acabava servindo de modelo para os demais hospitais.

De acordo Catão (2011), no século XX, houve uma necessária adequação do hospital, garantindo seu enquadramento socioeconômico, no qual se articulam as políticas de saúde e as de gestão hospitalar, inter-relacionadas com as estratégias econômicas, convém destacar que o processo de modernização da sociedade brasileira, com ênfase nas décadas de 1950 e 1960, tinha como perspectiva de que a industrialização iria estimular o desenvolvimento econômico e levaria o Brasil a alcançar o progresso científico

e tecnológico. Para tanto, vários processos de racionalização são colocados em funcionamento no hospital, buscando fazer dele, um modelo que utiliza uma lógica racionalizada, através de decisões nas esferas técnica, econômica e administrativa, revelando uma concepção da medicina moderna, como uma atividade que se integra cada vez mais ao setor mercantil.

Pode-se dizer, que as formas de organizar e gerir, as técnicas de administração que os especialistas indicam, sobretudo, apoiados no discurso médico e no discurso da administração vão sendo apreendidos pelos profissionais da área da saúde, pela sociedade que ao reconhecê-los vai a eles aderindo. Dessa forma, pode-se argumentar que: a intervenção da Fundação Rockefeller, no campo da saúde no Brasil, sobretudo, na organização do ensino da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo deu condições para que modelos de administração utilizados nas fábricas, nas organizações do setor privado, passassem a ser imprescindíveis para a gestão de hospitais, dentre eles, os hospitais universitários federais brasileiros.

Com a criação de novas universidades federais e faculdades de medicina pelo Governo Federal, em meio ao contexto político dos anos de 1960 e 1970, as reformas curriculares passaram a ser centro de discussões nas universidades. Procurando estabelecer um ambiente para a reforma, Kellogg Foundation patrocinou da 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica que foi realizada na Bahia no ano de 1961, cujos temas debatidos foram: “Objetivos do ensino da Clínica Médica”, “Métodos de ensino”, “Disponibilidades hospitalares” e “Pessoal docente”. Como resultado do encontro foi redigido um documento com o diagnóstico do ensino da Clínica Médica no Brasil, dirigido aos professores e estudiosos da educação médica, mas principalmente, aos responsáveis pelas políticas de educação do Brasil que indicavam propostas de mudanças. Posteriormente, os debates em torno da formação médica, em especial, aquelas que questionavam o conteúdo curricular e o processo de ensino, ganharam um caráter formal e amplo que culminou na reforma universitária realizada no ano de 1968⁹⁶, que reestruturou

⁹⁶A reforma aprovada pelo governo federal em 1968 estabelecendo, entre outras, as seguintes mudanças:abolição da cátedra vitalícia; implantação do sistema de institutos em substituição a faculdades; instituição do departamento como unidade mínima de ensino e pesquisa;

as universidades brasileiras levando a uma reorientação do ensino médico seguindo o modelo Flexneriano, nos moldes norte-americanos. A OMS, a OPAS, a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg foram às instituições internacionais que exerceram grande influência sobre proposições para a educação médica no Brasil (GUIMARÃES, 2009).

Com o surgimento de diversas faculdades de medicina, a partir da década de 1970, houve a expansão dos hospitais universitários, que se tornaram a base dos sistemas de formação médica e os principais centros de atendimento da alta complexidade do país. Foi no início da década de 1970, que o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que teve sua pedra fundamental lançada no ano de 1943⁹⁷, começou a funcionar efetivamente. Após muitos impasses econômicos e políticos, que envolveram sua conclusão, em setembro de 1970, a Lei 5.604, foi assinada pelo presidente da República, instituindo a Empresa Pública de Direito Privado HCPA, subordinada ao Ministério da Educação e vinculada academicamente à UFRGS, que viabilizou a abertura do hospital. De acordo com Marini (2006, s/p), “A especificidade foi conseguida graças à influência do reitor da UFRGS, Eduardo Faraco, cardiologista do general Emílio Médici, antes de sua nomeação à Presidência da República”.

Pode-se dizer que a criação do HCPA, foi um marco importante para a organização administrativa dos hospitais universitários federais, já, que a natureza jurídica do HCPA é um dos fatores que diferenciam a instituição da maioria das organizações da administração pública federal, que incluem todos os demais hospitais universitários federais. Trata-se de uma empresa pública de direito privado com patrimônio próprio e autonomia administrativa, vinculada à supervisão do Ministério da Educação. De acordo com a Lei No 5.604, de 2 de setembro de 1970, autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública

organização do currículo em etapas básica e de formação profissional; flexibilidade do currículo e sistema de créditos; criação de colegiados horizontais.

⁹⁷Em 1943, foi lançada a pedra fundamental do Hospital de Clínicas, no terreno situado no campus da Universidade de Porto Alegre, que em 1947 se transformaria em Universidade do Rio Grande do Sul e, três anos depois, Universidade Federal do RS. No entanto, a realização das obras enfrentou problemas técnicos, fazendo com que, em 1952, o então reitor da UFRGS, Elyseu Paglioli, decidisse redefinir o projeto original e contratar uma nova equipe de construção. Em 1968, como o hospital ainda não havia entrado em atividade, o reitor Eduardo Faraco nomeou uma comissão para estudar sua instalação (www.hcpa.edu.br [online]).

"Hospital de Clínicas de Porto Alegre" e dá outras providências. A referida lei indica que O HCPA terá por objetivo:

a) administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar; b) prestar serviços à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a outras instituições e à comunidade, mediante as condições que forem fixadas pelo Estatuto. c) servir como área hospitalar para as atividades da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; d) cooperar na execução dos planos de ensino das demais unidades da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cuja vinculação com problemas de saúde ou com outros aspectos da atividade do Hospital torne desejável essa colaboração. e) promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas (BRASIL, 1970).

No entanto, a maior diferença que se estabeleceu com os demais hospitais universitários federais na sua constituição diz respeito à possibilidade de celebração de convênios com entidades públicas e privadas, assim como, ao regime jurídico dos trabalhadores que segue o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e não do Regime Jurídico da União (RJU), como nos demais hospitais.

A criação de empresa pública conferiu autonomia à instituição em diversos aspectos, mas o mais importante diz respeito à captação e utilização dos recursos financeiros. Sendo que os recursos financeiros não dependem somente de verbas da união destinadas aos hospitais universitários federais, eles podem ser proveniente de diferentes fontes, como por exemplo: recursos da união, recursos próprios e da celebração de convênios. O Ministério da Educação repassa os recursos da união para pagamento de funcionários, encargos sociais, residência médica e investimentos. O hospital por sua vez gera, com a prestação de serviços assistenciais, recursos próprios, em média 90% pagos pelo Ministério da Saúde e 10% por convênios privados e particulares. Para executar e desenvolver programas específicos, o HCPA assina convênios especiais com Ministério da Educação e do Desporto, Ministério da Saúde e outras instituições das áreas de saúde e fomento à pesquisa.

Cabe destacar que a criação da empresa pública federal, no formato em que foi criada, possibilita que o hospital reserve parte de sua capacidade

operacional a pacientes particulares e de convênios privados, o que de certa forma, torna ambígua a relação entre o público e o privado. Sob a alegação de que o “privado sustenta o público” permite-se que a estrutura pública, seja utilizada pelo setor privado de forma privilegiada, com prejuízo à população usuária do sistema público de saúde.

Como destacou o Ministério Público Federal em ação pública contra o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ajuizada em 21 de janeiro de 2009, por não cumprir o acordo firmado no ano de 2005, o qual passou a receber cinco milhões de reais a mais no seu orçamento anual, para atender exclusivamente pacientes do SUS. De acordo com o texto assinado pelos promotores, o que é pago pelos convênios e particulares não garante remuneração ao hospital, mas os mesmos servem-se da estrutura pública do hospital, dos investimentos públicos na construção dos hospitais, na compra e manutenção dos equipamentos, no pagamento dos funcionários e no financiamento da pesquisa, esses gastos são maiores do que o que é pago pela iniciativa privada. Parte do texto pode ser visto no excerto a seguir (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2009, s/p).

[...] na prática, essa apropriação do público pelo privado ocorre, por exemplo, em alguns hospitais públicos, principalmente os universitários, que passaram a atender também pacientes por meio de parcerias com os planos de saúde, como uma forma de supostamente trazer recursos adicionais para o atendimento público da instituição. A chamada “dupla porta” ou “dupla fila”, que faz com que os clientes do sistema privado passem na frente daqueles atendidos pelo SUS – na marcação de consultas e exames, na realização de cirurgias e outros procedimentos, e que às vezes até são internados em melhores acomodações –, é considerada inconstitucional, por ferir o princípio da equidade. “Não é o privado que está financiando o público, como eles alegam, mas o público que financia o privado dessa forma”, afirma o promotor de Justiça Vidal Serrano Júnior, do Ministério Público do Estado de São Paulo. Ainda que o pagamento por cada procedimento seja significativamente maior por parte dos planos de saúde do que pelo SUS, é preciso levar em conta os investimentos públicos na construção dos hospitais, na compra e manutenção dos equipamentos, no pagamento dos funcionários e no financiamento da pesquisa. “Isso sobrepuja em larga escala o que é pago pelos planos. Tirar dos bons hospitais públicos uma

fatia para o atendimento privado é totalmente inconstitucional”[...].

Esse financiamento público da saúde privada também ocorre por meio da renúncia fiscal por parte dos usuários que querem deduzir do Imposto de Renda o que pagaram aos planos, assim como, as operadoras têm diversas isenções fiscais como, o não pagamento de impostos, a dedução e isenção de tributos passando pela produção de leis que favorecem as empresas de planos de saúde. De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), obtidos pelo Idec, o valor dos impostos que não serão pagos pelas operadoras de planos de saúde por meio da renúncia fiscal e que poderiam ser investidos na saúde pública, pode chegar a R\$ 2,8 bilhões, só em 2005 (SUCUPIRA, 2005).

Esse formato de empresa pública garantiu ao HCP, um hospital público federal, autonomia para gerar uma parcela de recursos próprios, administrando-os de forma independente que somada a outras iniciativas como a “inovação”, no modelo de gestão, possibilitaram que a instituição se transformasse em instituição de referência na área de gestão pública.

Uma das primeiras iniciativas consideradas “inovadoras” para um hospital universitário federal, foi a implantação de um fundo constituído por um percentual de seu faturamento, o Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE) e a criação do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) para o financiamento de projetos, como uma forma de garantir aos pesquisadores obtenção de recursos financeiros para seus projetos. Para tanto, o hospital adotou um novo modelo de gestão de infraestrutura de pesquisa no hospital, que propunha a otimização dos recursos (ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, s/p).

O investimento do HCPA em um novo modelo de gestão, iniciou na década de 1993, com a implantação do Programa de Qualidade também conhecido como Programa de Melhoria da Qualidade, cujo objetivo era implantar no HCPA a Gestão da Qualidade Total. O estímulo para o hospital implantar um modelo “inovador” como foi descrito na época, o Programa de Qualidade foi o interesse da alta direção, que no ano de 1984, concebeu uma

nova visão estratégica para o hospital fundamentada na autonomia, modelo de gestão profissionalizado e de inserção no mercado. Somando-se a isso, em meados dos anos de 1990, foi marcado o surgimento do movimento da qualidade nas instituições de saúde do Rio Grande do Sul, foi também a década do lançamento do Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP) e que foi iniciado o Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP), no qual foram divulgados os casos de sucesso em empresas privadas (XAVIER e BATIST, 1997).

A instituição da Gestão da Qualidade Total no HCPA se deu, com base em quatro indicadores⁹⁸: a) Difusão: tendo como foco os princípios básicos da GQT que são foco no cliente, administração participativa, decisões com base em fatos e dados, gerenciamento de processos e aperfeiçoamento contínuo; b) Educação e treinamento: investimento nos trabalhadores através da sensibilização e capacitação de todos os “colaboradores” buscando mudar a cultura organizacional e obter resultados a longo prazo. c) Recompensas; implantação de um sistema de recompensas como o crescimento profissional e a valorização e reconhecimento público formal para motivar os colaboradores a aceitarem e contribuir para o processo (XAVIER e BATIST, 1997).

Na sociedade contemporânea, sob a orientação do modelo neoliberal, a administração científica ganha força e pela mobilização das forças produtivas apreende os indivíduos nos processos que envolvem os paradigmas da administração científica da Gestão da Qualidade Total (GQT), com o objetivo de aumento da produtividade, a partir do racionamento de recursos com redução de gastos. Sob a égide do aspecto inovador e da eficiência, novas formas de gerir alinhadas às concepções gerenciais do Estado vão sendo aceitas e legitimadas e incorporadas pela sociedade. Mas, para que isso aconteça é preciso gerir não só os recursos humanos, mas suas relações com as coisas, os costumes, os hábitos, as formas de agir e de pensar. Não se trata de impor, mas dispor as coisas para conduzi-las, de forma, a administrar a população para produzir riquezas. E para atingir esses objetivos o controle precisa ser desejado pelas próprias pessoas. Portanto, são necessárias táticas,

⁹⁸Os quatro indicadores selecionados foram identificados na literatura e foram selecionados por terem sido utilizados em casos reais de implantação em serviços, portanto foram considerados essenciais para instituir, com êxito, a Gestão da Qualidade Total (XAVIER e BATIST, 1997).

como por exemplo, usar as normas e leis como táticas seguindo os princípios da gestão.

O neoliberalismo compreende o trabalhador não como aquele que vende sua força de trabalho, e sim como um sujeito economicamente ativo, portador de um capital humano, como portador de um conjunto de capacidades, destrezas e aptidões próprias, que tem valor de mercado e se apresenta como forma de capital (LOPES-RUIZ, 2007). Para tanto, é preciso investir na constituição de um capital, por meio da educação da formação, que não se limita à escola, ampliasse para o mercado de trabalho, porque o que está em jogo, é o comportamento humano, para que os mesmos ajam como consumidores e como empreendedores de si.

Cabe chamar atenção para o fato de que os indicadores selecionados pelo hospital têm como foco o investimento nos sujeitos trabalhadores, tendo a autonomia, a educação, a capacitação, o treinamento, como esteio, como aparato central, pois compreendem que responsabilidade deve ser assumida por todos no empenho pela qualidade.

Assim, todos e cada um dos indivíduos, no caso, os trabalhadores, são convocados a participar do movimento pela qualidade, tornando-se parceiros nas redes de uma razão política de governo, ou seja, uma possibilidade de agir sobre as condutas dos outros e de si. Tomando por base a economia de mercado, a razão política neoliberal desloca seu objeto de governo às relações sociais, fazendo com que o próprio mercado funcione e se coloque como a lógica, de forma, que a economia política passa a ter como objeto o comportamento humano (GADELHA, 2009).

É possível observar ainda, que a autonomia aparece na forma de administração participativa. A autonomia seria um meio do governo da eficácia e mesmo a gestão, chamada de participativa, não excluir a disciplina que deixa de ser central, o que ocorre é que a eficácia significa ser capaz de transformar os trabalhadores em empreendedores de suas próprias atividades e para tanto, é necessária a autonomia. O que se deseja não é mais a execução automática das ordens e das regras, mas a capacidade de trabalhar como se não existisse alguém mostrando o que deve ser feito.

A gestão pela qualidade foi incorporada pelo HCPA e foi o fio condutor para uma série de mudanças institucionais. Já, que o método gerencial escolhido requer a adoção de estratégias para mudar a cultura organizacional, conquistar a adesão dos colaboradores e obter apoio externo.

Entre essas mudanças incorporadas pelo hospital destacam-se: foco no cliente (identificar as necessidades dos clientes internos, os colaboradores e externos, buscando satisfazer suas necessidades e expectativas que são medidas e monitoradas. Elaboração e implantação do planejamento estratégico definindo novos valores, missão, objetivos de longo prazo, estratégias e planos de ação para todas as unidades gerenciais da organização. Promoção do ciclo PDCA (planejar, fazer, verificar e agir), coletar e analisar dados mediante a utilização do Método de Solução de Problemas (MSP) e das ferramentas estatísticas para o controle da qualidade. Implementação da prática do gerenciamento de processos e da tomada de decisões com base em fatos. Adesão dos colaboradores: para que aceitem e colaborem com a implantação dos princípios, conceitos e ferramentas da Gestão da Qualidade Total, a alta direção deve, principalmente envolvê-los no processo de implantação; reconhecer os resultados alcançados; delegar responsabilidades; apoiar a iniciativa dos funcionários; medir e monitorar a satisfação dos funcionários; adotar e manter um sistema de recompensas; e implantar plano de cargos e salários. Preocupação com o desenvolvimento da liderança: envolver os funcionários, delegar responsabilidades, apoiar iniciativas e reconhecer os resultados alcançados, estabelecimento de metas setoriais, implantação das metas intersetoriais, apresentação dos resultados em avaliações públicas (XAVIER e BATISTA, 1997).

Destacando-se pelo pioneirismo, o HCPA no ano de 1980, e o hospital-escola da Universidade Federal de Campinas (Unicamp), em utilizar a informática médica, para armazenamento, recuperação e uso da informação na solução de problemas e na tomada de decisões. O hospital desenvolveu um sistema de informações útil à assistência, à pesquisa e ao ensino, que também serve como ferramenta de gestão (MARINI, 2006).

Tais iniciativas e outras alinhadas aos princípios da Gestão da Qualidade Total adotadas pela instituição elevaram o HCPA à instituição

modelo em gestão pública no Brasil. Foi a primeira instituição gaúcha e brasileira de grande porte e o primeiro hospital universitário do país a receber, em 2001, o Certificado de Acreditação, o mais importante reconhecimento de qualidade do setor, conferido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), ligada ao Ministério da Saúde. No ano de 2002, o hospital foi uma das instituições ganhadoras do Prêmio de Qualidade Hospitalar⁹⁹, premiadas as unidades de saúde que receberam as melhores notas na avaliação sobre a prestação de serviços na área hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), feita pelos próprios usuários. No ano de 2003, foi recertificado para o nível 2, que significa acreditação plena. Foi premiado no 10o Concurso de Projetos de Inovação da Gestão Pública, da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) no ano de 2005. Ainda foi destaque no ano de 2015, como empresa destaque em estratégias consolidadas de gestão de pessoas como diferencial para funcionários em benefícios previdenciários pelo qual recebeu o prêmio Top Ser Humano, promovido pela Associação Brasileira de Recursos Humanos - Seção Rio Grande do Sul (ABRH-RS).

No ano de 2009, devido a sua experiência bem-sucedida em relação à gestão, o HCPA foi selecionado pelo Ministério da Educação para implantar de seu Modelo de Gestão Hospitalar nos demais 49 Hospitais Universitários Federais. A implantação vem sendo realizada pelo HCPA através do desenvolvimento e distribuição de um sistema de gestão hospitalar denominado Aplicativos de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), foi concebido baseado em suas “melhores práticas”¹⁰⁰ administrativas e

⁹⁹A pontuação dos hospitais é resultado da média ponderada dos três itens abaixo, que são na verdade programas conduzidos pela Secretaria de Assistência à Saúde(SAS/MS). Receberam o prêmio aquelas instituições que obtiveram os melhores escores. A Pesquisa de Satisfação dos Usuários corresponde a 60% do pontos. É atribuído a cada hospital um valor com variação de 0 a 10, decorrentes do resultado das cinco perguntas formuladas no cartão-resposta da pesquisa de satisfação. O Sistema de Cartas aos Usuários do SUS representa 20% dos pontos. Cada hospital recebe uma nota de 0 a 10, decorrentes do quantitativo de denúncias recebidas pela SAS, proporcionalmente ao número de cartas enviadas aos usuários do SUS. Já o Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) representa os 20% restantes da nota. Também neste caso é atribuído um valor de 0 a 10 decorrentes do resultado do PNASH, no componente que se refere a entrevistas com pacientes feitas dentro do próprio hospital. Neste ano, a avaliação abrangeu 4.239 unidades de saúde no PNASH, o que representa 75% do total de cadastrados no SUS (INFORME SAÚDE, 2002, s/p).

¹⁰⁰O termo mais utilizado é Boas práticas, que deriva do termo *bestpractice*, que significa a melhor forma de realizar uma determinada atividade. Surgiu nas indústrias com os sistemas de

assistenciais. O AGH reflete as melhores práticas utilizadas na instituição, propiciando, ainda, que o processo de gestão dos diversos setores ocorra de forma harmônica com o planejamento estratégico.

O sistema de gestão hospitalar tem como objetivo “a implantação de soluções eficazes, duradouras, abrangentes e participativas para os problemas estruturais das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) de todo o país” (EBSERH, 2016, s/p). O projeto foi criado no contexto do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), lançado pelo Ministério da Educação (MEC) em 2008, com o propósito de diagnosticar e apontar soluções para os problemas dos hospitais universitários federais. O MEC pretende estandardizar práticas administrativas e assistenciais em todos os seus hospitais.

O HCPA também tem sido destaque na mídia, em classificações realizadas por revistas e jornais voltados para o segmento de negócios como a Revista Exame, Revista Amanhã e o Jornal Valor Econômico como uma das maiores e melhores empresas do segmento saúde.

No ano de 2014, foi destaque no levantamento feito pela Revista Exame que classifica as mil maiores empresas públicas e privadas de diferentes segmentos do Brasil. O HCPA estava na posição 504 entre as melhores empresas. Sendo que na Região Sul é o hospital com melhor posição, o hospital ainda foi classificado entre as 50 maiores empresas estatais do país, destacando-se como o único hospital da categoria (ESPAÇO ABERTO, 2014).

Frente à crise na saúde e à situação de precarização dos hospitais universitários federais que vêm sendo anunciadas pelo Governo Federal, em documentos governamentais, por organizações não governamentais, assim como pela mídia, o Tribunal de Contas da União fez uma série de auditorias onde foram identificadas uma série de irregularidades em relação à forma de gerir os hospitais universitários federais, frente à essa constatação, o Governo Federal considerou que seria preciso reestruturar os hospitais universitários federais, seria necessário, “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às

dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde” (BRASIL, 2010).

E para tanto, seria necessário investir entre outras coisas: na modernização da gestão dos hospitais, implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho a ser disponibilizado pelo Ministério da Educação, como ferramenta de administração e acompanhamento do cumprimento das metas estabelecidas. Instituição de processos permanentes de avaliação tanto das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, como da atenção à saúde prestada à população, tendo como modelo a gestão do HCPA.

A partir do contexto destacado, considero ser possível ressaltar que a escolha do modelo de gestão do HCPA pelo Estado como “modelo” para ser implantado nos demais hospitais universitários federais, a substituição do modo de produção caracterizado pelo trabalho repetitivo executado pelo trabalhador por um modelo, cujo foco está na polivalência, exigências de tempo integral, na capacidade de alcançar os resultados e na exigência de altos níveis de performance. Destaco que tal modelo funciona como uma estratégia dessa nova forma de governar vinculada a uma racionalidade neoliberal, já que esse modelo de gestão objetiva produz uma série de investimentos nos sujeitos, trabalhadores e gestores dos hospitais, como por exemplo, o desenvolvimento da autonomia, com o propósito de fazer com que eles sejam capazes de governar suas próprias vidas. Modificações que vão deflagrando novos assujeitamentos e novas formas de controle no hospital.

4. OS FAZERES DA PESQUISA: SOBRE AS LENTES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

“Quanto ao motivo que me impulsionou, foi muito simples. Para alguns, espero, esse motivo poderá ser suficiente por ele mesmo. É a curiosidade – em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão do saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (FOUCAULT, 2006a, p.13).

Ao iniciar este capítulo, gostaria de destacar o quanto é provocante o processo de escrita de uma tese e o quanto é desafiador praticar uma “forma de olhar” para questões e temas, com as quais, lidamos no nosso cotidiano de forma diferenciada e desvinculada do esquema científico hegemônico postulado na modernidade, que elegeu o discurso da ciência como única forma legítima de ler o mundo. Esse olhar inverso, singular, talvez até incomum, de conceber um tema como problema de investigação, permite-nos, assim como indicou Costa (2002), não com menos rigor, romper com algumas certezas, olhar com desconfiança e colocar, sob suspeita, algumas verdades e, assim, remontar peças, que já existiam de outros quebra-cabeças, para compor nosso mapa de investigação.

Retomo a epígrafe citada, não como um ponto de partida tampouco como de chegada. Tomo-a como um percurso, para dizer, que foi a curiosidade, assim como minhas inquietações que me fizeram trilhar por outros caminhos e me fizeram olhar para o tema que escolhi para compor esta pesquisa: “a gestão dos hospitais universitários federais” a partir de pontos de vista não muito usuais no campo em que fiz minha escolha profissional – a enfermagem.

Diferentes vertentes do pensamento alicerçaram o desenvolvimento teórico-metodológico das pesquisas nas diversas áreas do conhecimento. Definir porque caminho seguir é apenas um dos desafios com que nos deparamos como pesquisadores. Desafio que implica em fazer escolhas, em definir por qual caminho devemos seguir, em dizer como, de que forma olhamos para o mundo.

Sperrhake e Traversini (2012, p.68), destacam que “o entendimento do que é empreender uma investigação (científica) está ancorado no campo e na perspectiva teórica escolhida para trabalhar”. Essa afirmação, nos lembra que enquanto pesquisadores, buscamos opções metodológicas investigativas afinadas com a nossa forma de ver o mundo e de nos relacionarmos com ele. No entanto, as escolhas não ocorrem aleatoriamente, para composição de uma agenda investigativa, partimos de inquietações, algo que nos provoca, ao ponto de formularmos questões, procurando um sentido para elas. Pode-se dizer que, a escolha de uma ou outra abordagem está associada não só aos objetivos e finalidades de nossas pesquisas. Assim como nos lembra Meyer (2012), nossas opções metodológicas precisam fazer sentido dentro do referencial teórico no qual nos inscrevemos

Costa (2005a) , destaca, que produzir uma tese é sempre um exercício de busca de verdade¹⁰¹ e muitas são as dúvidas que podem cercar os pesquisadores “modernos” ao produzir suas teses na contemporaneidade.

Definida por alguns autores como um tempo de incertezas a, contemporaneidade, também é compreendida como um tempo de modificação nas visões de mundo, cujos modos de vida tradicionais desaparecem, sendo substituídos por novos comportamentos, sentimentos e formas de relacionamento, um tempo em que se delineia uma rachadura no projeto inicial de Modernidade, em que a insolvência da explicação total, do conhecimento

¹⁰¹ A autora segue a perspectiva de foucaultiana que estabelece diferenças fundamentais entre a maneira clássica de entender a verdade e sua própria concepção. Seguindo essa perspectiva, a autora olha para os textos acadêmicos, dentre eles, uma tese de doutorado como um “discurso”. Para Foucault (2007) o discurso é a explicitação do mundo, a verbalização de uma realidade, na qual estamos inseridos, através do discurso o material pode ser compreendido, interpretado, reorganizado, dessacralizado. O discurso funciona entre diferentes práticas como justificação racional de verdade ele é investido historicamente de um conteúdo verdadeiro, já que cumpre com uma finalidade específica, de produzir efeitos de poder preceituando regras para o governo das pessoas, dividindo-as, examinando-as, adestrando-as, sujeitando-as.

perfeito pronunciado pela Ciência, da constituição do sujeito moderno faz com que coloquemos, sob suspeita, a episteme¹⁰² moderna (HENNING, 2010).

Um tempo, em que se instaura a tão anunciada “crise paradigmática do conhecimento científico”, uma crise de verdades e de compreensão da realidade, que tem levado a um descontentamento quanto às concepções e aos métodos existentes de observar o mundo e de fazer sentido nele. Cujo estabelecimento abriu espaço para um novo olhar sob a concepção de Ciência, o que, de certa forma, tem gerado disputas entre diferentes matrizes teóricas e paradigmáticas em torno da definição de como fazer pesquisa, da mesma maneira, que tem possibilitado o surgimento de outras perspectivas teóricas (COSTA, 1994; GABRIEL, 2013).

De acordo com Meyer e Paraiso (2012), são muitas as questões e objetos de estudo que a contemporaneidade traz para a pesquisa como as questões de gênero, raça, etnia, cultura, regionalidade, identidade, diversidade, entre tantas outras que têm relação com mudanças que vêm ocorrendo nas formas de vermos, ouvirmos, sentirmos, fazermos e dizermos o mundo. Frente a essas questões emerge o desejo de compreender processos e situações, que estão à margem, ou para além, do usual modelo de explicações já dadas, as quais, não mais dão conta às fórmulas apreendidas até então (GATTI, 2005).

Tal amplitude de questões e objetos de estudo que tem emergido, implica também numa multiplicidade de possibilidades de abordagens teórico-metodológicas, que se deslocam de outros e diferentes espaços, se movem, se recriam formando novos caminhos investigativos, onde ocorrem movimentos que redimensionam e reposicionam o espaço de investigação intelectual, “agora, porém, sem dispor de amarras, sem andaimes seguros, sem certezas” (COSTA, 2005a, p.212).

Em nossos tempos contemporâneos, os pressupostos, as certezas apregoadas pelo positivismo, suas “verdades verdadeiramente verdadeiras”,

¹⁰²HENNING (2010, p.54) esclarece que no texto o conceito de episteme é entendido a partir do pensamento de Michel Foucault que reconhece “Como o solo do qual emergem saberes que constituem a ordem intrínseca para as condições de possibilidade, para a emergência desses saberes em uma determinada época histórica. Assim, os saberes que ali se produzem não são a-históricos e universais, mas antes de mais nada, uma ordenação histórica que cria as condições para os discursos que nesse momento são constituídos”.

parecem romper. Frente a essa mudança, somos chamados e desafiados diante às questões que enfrentamos, a ampliar o nosso olhar, e a buscar outras formas de fazer ciência, de conviver socialmente e de ver o próprio homem e a cultura.

Posso dizer que foi a curiosidade, assim como desconforto em relação às explicações totalizantes das pesquisas, que predominam na área da saúde, que me estimularam a optar pelo caminho investigativo que segui nessa pesquisa.

4.1 Algumas considerações sobre a escolha do caminho investigativo

Diante das diversas abordagens investigativas disponíveis que poderia lançar mão para olhar o tema que escolhi e compor esta pesquisa, optei por seguir a perspectiva pós-estruturalista dos Estudos Culturais.

Fiz essa opção por considerar a perspectiva pós-estruturalista fértil para analisar a “Gestão dos hospitais universitários federais” de um modo diferente do que, até então, vem sendo pensado. Também por considerar que esta perspectiva nos oferece a possibilidade de rompermos com a forma como, habitualmente, compreendemos e falamos do tema gestão. Por considerar ainda, que a perspectiva pós-estruturalista é capaz de oferecer uma série de ferramentas conceituais, de operações analíticas e de processos investigativos potentes, não para encontrar soluções para gestão dos hospitais, ou comprovar se a gestão funciona ou não, mas para pensar minhas inquietações frente às condições, que possibilitaram a gestão proposta pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, constituir-se como um conjunto de saberes e normas, que todos devem seguir, para que melhor se governe os hospitais. E ainda, para problematizar os discursos produzidos nas mídias digitais online, que selecionei como material empírico, de forma a concebê-los, não apenas como discursos de transmissão e divulgação de informações sobre os hospitais universitários federais, sobre sua gestão e financiamento, mas como tramas discursivas que interpelam e produzem significados e sentidos para os trabalhadores da área da saúde, gestores e para a população em geral.

Louro (2007), ao descrever desafios envolvidos nas tarefas de conhecer, pesquisar e escrever na perspectiva pós-estruturalista, nos alerta sobre os riscos que assumimos ao anunciarmos que nossos estudos filiam-se a tal perspectiva. Segundo a autora, ao anunciarmos a filiação de nossas pesquisas a uma determinada corrente de pensamentos, de certa forma, nos comprometemos, fazemos uma espécie de “promessa” e ao fazermos isso, imprimimos rótulos que podem nos aprisionar, capturar, engessar e fixar, pois os rótulos são capazes de localizar uma pessoa, uma obra, um pensamento, dizendo o que ele é, e ao fazerem isso, de certa forma, falam em seu lugar. Portanto, devemos ficar atentos ao risco ao assumirmos tal filiação e acabarmos por seguir criteriosamente “um guia pós-estruturalista”, um *script* propositivo, que determina como devemos escrever, o que, de certo modo, aprisiona o pensamento, desestimula o questionamento, o ensaio, a experimentação e vai no sentido oposto do que fazem as pesquisas localizadas no campo definido como pós-estruturalismo.

O pós-estruturalismo tem sido indicado por alguns autores como Peters (2000), Costa (2002), Silva (2011), como um amplo e fértil campo de reflexão para a prática de pesquisa, por promover misturas teóricas, buscar múltiplas aberturas e recusar a mera revelação de um conhecimento prévio, o qual esteja pronto para ser capturado e aplicado como verdade. No entanto, os autores nos alertam que se aventurar em uma pesquisa seguindo a perspectiva pós-estruturalista é aventura-se na desterritorialização do ato de pesquisar, o que, sem dúvida, é uma tarefa muito arriscada, principalmente, se levarmos em conta algumas dificuldades, que podem ser encontradas pelo caminho.

Uberti (2006), destaca que uma dessas dificuldades, talvez, a primeira, está em definir o pós-estruturalismo enquanto campo analítico. Segundo a autora, a própria expressão “pós-estruturalismo” procede a uma generalização digna de ser colocada em suspenso, dadas as dificuldades de demarcação das especificidades e a dificuldade de estabelecer relações entre os trabalhos dos estudiosos deste campo, devido à complexidade peculiar do trabalho de cada um, portanto, não existe um consenso no que diz respeito à definição do que é o pós-estruturalismo.

Bujes (2007), esclarece que essa indefinição, que é tida como um problema para alguns pesquisadores, não representa nenhum problema ou dificuldade para o campo, já que nessa perspectiva, circunscrever uma possível especificidade de um campo, de certo modo implica na produção da realidade, porque ao se descrever um objeto, uma definição, ou uma teoria, estes também o produzem, portanto, essa necessidade de demarcação de definição vai na contramão do que é o pós-estruturalismo.

A demarcação de um campo, por meio de sua definição, por vezes, se torna necessária para fins de exposição argumentativa, já que a definição de um campo ou disciplina, muitas vezes é o ponto de partida dos pesquisadores, que a utilizam como ferramentas mentais, que tornam possível a operacionalização de suas pesquisas. O que, de certa forma, se aplica aos trabalhos acadêmicos, que empreendemos nas pesquisas de mestrado e doutorado, como é o caso dessa tese.

Cabe destacar, entretanto que se tratando da perspectiva pós-estruturalista, ao se construir definições e tentar dizer o que o pós-estruturalismo realmente é, é preciso ter cuidado para não cair na armadilha de fazer dele um instrumento para explicitação da verdade, ou ainda, uma linguagem a ser dominada pelos pesquisadores, que devem se assujeitar a essa determinada formação discursiva, na qual, estão envolvidos mecanismos de controle dos sentidos permitidos e não permitidos, de verdade e não verdade, na qual, o cientista se submete e se assujeita, assimilando o que pode e deve e o que não pode e não deve ser dito (ORLANDI, 2006).

Alguns autores, no entanto na tentativa de deixar um pouco mais claro, onde situam suas pesquisas, de que lugares falam, trazem em suas obras algumas definições sobre o pós-estruturalismo.

Considero importante, trazer algumas dessas definições nesse texto, não com a pretensão de dizer o que realmente é o pós-estruturalismo, ou com o intuito de traçar uma linha do tempo que possibilite por meio da cronologia relacionar eventos ocorridos ano a ano, destacando todos os fatos e personagens que o compõe, ou de criar um mapa que permita localizá-lo enquanto campo teórico. Minha intenção é trazer algumas definições e alguns eventos importantes, e apresentar algumas condições, que cercam o pós-

estruturalismo, no sentido de ajudar a mostrar onde situo meu trabalho, e também, para deixar um pouco mais claro minhas opções teóricas.

Uma dessas definições, que considero importantes, para esta localização, é a apresentada por Ramos (2005), que descreve o pós-estruturalismo como um modo de pensamento, que questiona aspectos centrais do Humanismo e do Renascimento, que se expressam no projeto de Modernidade. O autor destaca que o movimento pós-estruturalista emergiu na França no decorrer dos anos de 1960, período em que uma série de acontecimentos, dentre eles, o holocausto e a fragmentação dos últimos impérios europeus, abalaram a confiança na Modernidade europeia e a noção de ordem predominante. Mudança que repercutiu em diversos campos, dentre eles, na literatura, na filosofia, na arquitetura, na arte, no cinema, e ganhou força com as derrotas das lutas operárias e estudantis do final dos anos 1960, especialmente, o maio de 1968, em Paris,¹⁰³ momento em que novas ideologias

¹⁰³Na França, as lutas universitárias de 1968 interferiam vários outros eventos históricos em vários outros países. Em Paris as lutas foram impulsionadas pelo desemprego, pelo aumento do contingente de trabalhadores imigrados não qualificados para trabalhar nas fábricas, pela crise do sistema educacional e universitário que não fornecia perspectivas profissionais a um grande número de estudantes daquela geração o que contribui para fortalecer um sentimento proletário entre os universitários. Nesse período diversos grupos da esquerda universitária lutavam entre si para tentar mobilizar os estudantes, ora em termos sindicais, ora em termos políticos. Na Alemanha, a contestação estudantil foi organizada, principalmente, em Berlim e o movimento fazia uma crítica radical ao sistema educacional e apresentava propostas de uma universidade crítica. Nos EUA, as lutas estavam em desenvolvimento no contexto da rejeição à Guerra do Vietnã. No Brasil as lutas de estudantes contra a ditadura foram comentadas na França, no início de 1968. No México os movimentos de estudantes no tiveram grande impacto até a sangrenta repressão anterior ao início dos Jogos Olímpicos. Na China a Revolução Cultural ocorrida entre os anos de 1966 e 1969 fazia oposição a propriedade privada dos conhecimentos, contra a busca de fama e interesse pessoal, contra a superioridade da teoria e o desprezo da prática, contra a pedagogia livresca, os exames de tipo "imperial" contribuíam para o clima de revolução instaurado entre a juventude universitária. No dia 22 de março, grupos de estudantes da Universidade de *Université Paris Ouest Nanterre la Défense* (Universidade de Paris X – Nanterre), ocuparam os setores administrativos da universidade. A partir dessa data, formou-se espontaneamente o *Mouvement du 22 mars*, de orientação próxima ao anarquismo. A ação estudantil contra a repressão desencadeou-se inesperadamente. A partir do dia 3 de maio, em Paris, nas manifestações não havia mais ordem de dispersão e confronto com a polícia foi inevitável. No dia 10 de maio, milhares de trabalhadores da classe operária e da classe média assalariada começaram a entrar em greve, ocupando os locais de trabalho. Em poucos dias, totalizou-se dez milhões de grevistas que empreendiam manifestações de rua de tamanho nunca visto no período pós-guerra. Para alguns autores os acontecimentos e o contexto geral das lutas de 1968 foram propícios à aquisição de uma concepção de vida diferente, um olhar, uma independência para com as doutrinas e hierarquias estabelecidas. Os jovens procuravam estabelecer relações com movimentos populares e adquirir uma estrutura de relevância diferente do saber acadêmico tradicional. Na pesquisa social e na educação, procurava-se um novo ideário metodológico capaz de dar outra relevância aos fatos e de estabelecer uma participação entre os interessados, ou forma de atuação prática e permanente (THIOLLENT, 1998).

começam a ser gestadas na esfera acadêmica, principalmente, na França e, logo após, nos Estados Unidos e demais países europeus.

No mesmo período, em meados dos anos de 1960, influenciados especialmente, por dois filósofos alemães Friedrich Nietzsche e Martin Heidegger, estudiosos como Gilles Deleuze, Michel Foucault e Jacques Derrida dão destaque, em seus trabalhos, a uma especificidade filosófica, que partilha e amplia alguns dos procedimentos do estruturalismo, no entanto, faz críticas às suas pretensões científicas e totalizantes (PETERS, 2000). Esses autores, ao empreendem “uma crítica radical ao sujeito humanista, autônomo e consciente, um questionamento da crença na razão e no progresso da ciência, e uma recusa ao pensamento da representação da realidade, que precede à linguagem” (UBERTI, 2006, p.97), inauguram uma nova forma de compreender a linguagem. Seus escritos passam a influenciar o movimento pós-estruturalista, sendo também influenciados por ele.

No entanto, a expressão “pós-estruturalismo”¹⁰⁴, foi cunhada nos Estados Unidos e passou a ser utilizado como um rótulo pela comunidade acadêmica de língua inglesa, para descrever uma resposta distintivamente filosófica ao estruturalismo¹⁰⁵, que tinha como expoente os trabalhos de Claude Lévi-Strauss na antropologia, Roland Barthes na literatura, Jacques Lacan na psicanálise e Louis Althusser na filosofia marxista (PETERS, 2000).

¹⁰⁴A formulação do conceito de “pós-estruturalismo” coincide com o momento em que o filósofo franco-magrebino Jacques Derrida apresenta seu ensaio “A estrutura, o signo e o jogo no discurso das ciências humanas”, na Universidade Johns Hopkins, em outubro de 1966 no Colóquio Internacional sobre Linguagens Críticas e Ciências do Homem. Alguns autores destacam que foi a primeira vez, nos Estados Unidos, que o pensamento estruturalista foi considerado como um fenômeno interdisciplinar (PETERS, 2000).

¹⁰⁵O estruturalismo é uma corrente teórica que se desenvolve a partir da linguística estrutural de Ferdinand de Saussure e Roman Jakobson na virada do século XIX para o XX. Roman Jakobson foi quem primeiramente cunhou, em 1929, o termo “estruturalismo” para indicar uma abordagem estruturo-funcional de investigação científica dos fenômenos, cuja tarefa fundamental compreenderia em revelar as leis internas de um sistema determinado (PETERS, 2000). Define-se, por privilegiar a noção de estrutura e enfatizar as regras de formação estrutural da linguagem e a oposição entre língua e fala (SILVA, 2011). “Pode ser sintetizado pelo conceito de que se chega a um conhecimento seguro ao restringir, envolver diferenças no interior das estruturas” (WILLIAMS, 2012 p 14). Ferdinand de Saussure foi um linguista e filósofo suíço que difundiu o estruturalismo linguístico que dominou a cena intelectual dos anos 1950 e 1960 e permeou campos como a Linguística, a Teoria Literária, a Antropologia, a Filosofia, a Psicanálise e influenciou autores como Claude Lévi-Strauss, Louis Althusser e também Roland Barthes e o próprio Michel Foucault nas primeiras fases de seus trabalhos (SILVA, 2011).

O movimento pós-estruturalista questionara o racionalismo e o realismo que o estruturalismo havia retomado do positivismo, com sua fé no progresso e na capacidade de transformação do método científico, colocando em dúvida, a pretensão estruturalista de identificar as estruturas universais, que seriam comuns a todas as culturas e à mente humana (PETERS, 2000). Passando a resistir e trabalhar contra verdades e oposições estabelecidas, rompendo com o senso seguro do significado e entendimento da linguagem como algo livre do trabalho do inconsciente, assim como, com o entendimento da identidade, da história e do papel dela no presente (WILLIAMS, 2012).

O movimento que surgiu nos anos de 1960, foi se constituindo nos anos 1970 e ganhou notoriedade a partir dos anos 1980, passando a ser considerado também um campo de investigação, multidisciplinar, heterogêneo e bastante complexo, dada a singularidade do trabalho dos estudiosos desse campo.

No entanto, os trabalhos produzidos, a partir da perspectiva pós-estruturalista, passaram a inspirar pesquisas em diferentes disciplinas como a Antropologia, Sociologia, História e campos como o dos Estudos Feministas, Estudos de Mídia, Estudos Pós-coloniais, Estudos Afro-americanos, Estudos Culturais, entre outros, e também, autores como: Zygmunt Bauman, Hubert Dreyfus, Colin Gordon, James Clifford, Paul Rabinow, Mark Poster, David Harvey, Judith Butler, Edward Said e Stuart Hall (PETERS, 2000).

De acordo com Peters (2000), muito mais do que uma corrente teórico filosófica, o pós-estruturalismo deve ser reconhecido como um modo de pensamento, um estilo de filosofar, uma forma de escrita, um movimento, uma complexa trama formada de muitas diversas correntes, cujos pensamentos podem ser aplicados em uma série de experimentos e de mutações teóricas, que escapam a qualquer tentativa de definição única, já que, o pensamento pós-estruturalista é uma obra em andamento. Entretanto, o pós-estruturalismo não pode ser simplesmente reduzido a um conjunto de pressupostos compartilhados, a um método, a uma teoria ou até mesmo a uma escola. É melhor referir-se a ele, como um movimento de pensamento, uma complexa rede de pensamento, que corporifica diferentes formas de prática crítica.

Por ter características tão peculiares, por serem antidogmáticos e antidisciplinares, os estudos conduzidos sob a perspectiva pós-estruturalista são criticados por alguns autores, que consideram, que esses estudos acenam para um relativismo total, apoiam-se numa noção totalizadora de discurso, além de serem inconclusivos. Por não seguirem um método sistemático, predeterminado, na busca de respostas às questões estudadas, um caminho certo, que leve à formulação de uma teoria científica, por vezes, esses estudos não despertam interesse de pesquisadores de áreas do conhecimento, onde, tradicionalmente, predominam os estudos vinculados à ciência positivista.

Corazza (2002), ao falar sobre os labirintos da pesquisa na academia, nos alerta, que aventurar-se nessa perspectiva teórica é um caminho por vezes difícil e destaca que, para constituir um problema de pesquisa, numa investigação de inspiração pós-estruturalista, é preciso começar a suspeitar de todo e qualquer sentido habitual, de toda e qualquer concepção em comum, com as quais estamos acostumados. É preciso cindir os conceitos e as pretensões científicas e totalizantes, fazendo ranger as conexões das teorias. Um problema, nesse tipo de pesquisa, não é construído a partir de procedimentos metodológicos predeterminados ou de regras, que orientem o pesquisador na formulação de questões significativas em determinada área. O problema de pesquisa nasce a partir de posições de resistência e insubmissão, da inquietude face às verdades tramadas, portanto, ele não é descortinado, ele é engendrado, tecido, arquitetado pelo pesquisador.

Pereira e Diniz (2015, p.2), destacam que em uma pesquisa de inspiração pós-estruturalista, o problema de pesquisa não é uma simples descoberta ou um achado excepcional, “ele está engendrado nos emaranhados e labirintos das vivências e reflexões teóricas construtivas e destrutivas das concepções enraizadas em todo o processo formativo do pesquisador”.

Losekann (2012), argumenta que, abordagens que seguem essa perspectiva, colocam sob questionamento a própria construção do conhecimento científico, seus métodos, técnicas, sua posição em relação a outros conhecimentos e seus efeitos na sociedade, assim como, mostram a posição do pesquisador, seus compromissos, seus contextos, suas condicionalidades.

De acordo com Louro (2007), é uma escolha teórica e política que nos leva a desconfiar das certezas definitivas e a exercitar a incerteza e a dúvida, a operar com a provisoriedade, com o transitório, com o mutante. Implica em praticar, frequentemente, a autoindagação e abandonar a pretensão de dominar um assunto ou uma questão, já que, se admite, que a tarefa de conhecer é sempre incompleta, sem fim, porque se entende, que a incerteza e a dúvida não precisam ser sanadas na sua totalidade ou afastadas totalmente do pesquisador, em vez disso, podem constituir-se em um disparador para qualquer investigação, podem ser exercitadas ao longo de um estudo e, desse modo, instigar a busca continuada do conhecimento.

Posso afirmar que me aventurar no campo das pesquisas pós-estruturalistas e fazer uso das ferramentas conceituais, das operações analíticas e dos processos investigativos, que as cercam, foi uma tarefa extremamente desafiadora. Foi necessário fazer vários movimentos, dentre eles, alguns dos que foram descritos por Corazza (2002), como o de exercitar a desconfiança, a dúvida e organizar as operações de pensamento em uma rede, que fizesse sentido à minha pesquisa. Movimento que implicou em me deixar impregnar pelas associações e reflexões promovidas pela leitura de obras ou de autores, até que estas ecoassem em meu pensamento, levando-me a compor o problema, a problematizar o que não era tido como problemático, ou melhor, problematizar o já estava problematizado, porém de outra forma.

Durante a leitura de algumas obras de Michel Foucault, como *Microfísica do poder*, *O nascimento da clínica*, *A ordem do discurso* e *Segurança território e população*, fui, de certa forma, fazendo esse movimento, esse exercício de olhar com desconfiança para as generalidades históricas, para as verdades, que cercam a temática da gestão, no âmbito das instituições hospitalares.

Minha aproximação, com os escritos do autor, foram me inquietando, desacomodando, desestabilizando e fazendo ruir algumas de minhas antigas certezas e me permitiram vislumbrar possibilidades de pensar diferente e desconstruir saberes tidos como verdades incontestáveis.

Foram as obras de Foucault, seus textos, com os quais, tive os primeiros contatos no mestrado, que me instigaram e me possibilitaram, assim como

indicou Santos (2008, p.14), “ver as coisas de uma maneira que um olho disciplinado a olhar de uma determinada maneira jamais poderia ver”.

A leitura dos textos, o trabalho de escrita, a reflexão ajudaram-me a buscar outras respostas para antigas perguntas, a fazer novas perguntas para encontrar outros significados e produzir novos sentidos a questões que me inquietavam, assim como, trilhar outros caminhos na pesquisa, buscando outros autores, outros arsenais de métodos, que me ajudassem a desenvolver minha pesquisa seguindo o movimento pensar-escrever-pensar.

O caminho, que percorri, possibilitou-me o encontro com obras de outros autores contemporâneos como Gilles Deleuze, Alain Touraine, Zigmund Bauman, Gilles Lipovetsky, Nikolas Rose, Maurizio Lazzarato, Antonio Negri, Veiga-Neto. Encontro este, que me possibilitou tecer novos fios, e, assim como me permitiu, produzir novas tramas, fazendo com que o meu trabalho, trabalhasse (LARROSA, 2013).

Assim como descreveu Santos (2008) , a escrita dessa tese, não se deu por uma inspiração que brotou do nada ou foi fruto de uma aptidão inata de escrever. Ela foi produzida em um permanente trabalho de leitura, de escrita, de articulações teóricas e de costura de diversos fragmentos textuais, que aos poucos, foram fazendo sentido. Deleuze e Parnet (2004, p.15), nos lembram que ninguém produz do nada, no vazio. A produção depende de encontros, encontros são roubos e roubos são sempre criativos e roubar um conceito é produzir um conceito novo. É difícil pensar o novo sem retomar o já pensado, mas essa repetição do já pensado é a diferença, porque “roubar é o contrário de plagiar, de copiar, de imitar ou de fazer como”.

Confesso, que a minha produção, o ato de criação da escrita desta tese foi um processo antagônico, divergente, que algumas vezes, seguiu um ciclo dinâmico, fluído, e outras, tornou-se aflitivo, árduo e arriscado, fazendo me sentir pressionada, como se estivesse “abocanhada pela obrigação vazia de escrever”¹⁰⁶. No decorrer desse processo criativo, passei por diversos dilemas

¹⁰⁶Utilizo a expressão usada por Foucault no texto “Obrigação de escrever”. Retirada do texto “L’obligation d’écrire”, in “Nerval est-il le plu grand poète du XIX siècle?”. Arts: lettres, spectacles, musique, n. 980, 11-17 de novembro de 1964, p7. Fragmento de uma enquête realizada junto a muitos escritores na ocasião de reedição de obras de Nerval. Publicado na obra: Ditos e Escritos VII. Michel Foucault: Arte, Epistemologia e História da Medicina (FOUCAULT, 2011).

que são descritos por alguns autores como habituais no processo de escrita de um trabalho acadêmico. Passei pela tão temida dificuldade de escrever. Diante de uma página em branco, fiquei horas, dias, sem conseguir movimentar-me diante da tela do computador, como se existisse em minha mente apenas um espaço vazio, como se não houvesse naquele momento nenhum pensamento, ideia ou um *insight*¹⁰⁷, que pudesse preenchê-lo. Passei também pela crise da criação, uma espécie de luta em que a pulsão pela produção criativa, no sentido de se realizar no próprio ato da escrita, duelava com as convenções da produção de um texto científico. Em muitos momentos, senti dúvida em como dizer, sem seguir um receituário de objetividade estrita, como o preconizado pelas ciências exatas e da natureza, em outros, deparei-me com a dificuldade do silêncio, do não dito.

Foi apoiada nesses movimentos, no espaço onde se aproximam e se distanciam escritas variadas, que a minha concepção do universo, do escrever foi se construindo. Esse percurso de leitura e escrita, que trilhei cheio de dúvidas e incertezas me impulsionou a buscar outros formatos para dar corpo para o objeto da pesquisa, que de certa forma escapassem do formato convencional dos trabalhos acadêmicos desenvolvidos no campo da enfermagem. Essa busca, me levou a construir e reconstruir meu texto, inúmeras vezes, mas também, me ajudou a indagar e, constantemente, trazer provocações, que me permitiram pensar a gestão dos hospitais universitários federais, desalojando-me de minhas falsas certezas.

Posso dizer que foi nesse percurso ao ler algumas das obras de Giorgio Agamben (2004), Gilles Deleuze (2008), assim como, de Michel Foucault (2007) e de outros autores, que falam a partir dele, que aprendi algumas lições. Fischer (2003, p.372), destaca que “Tais lições aprendidas podem ser entendidas como atitudes metodológicas, necessárias ao pesquisador, particularmente, do campo das ciências humanas e da educação”. Considero

¹⁰⁷ Insight é a palavra que, em geral, se utiliza nos países de língua inglesa que origina-se das palavras *einsicht* e *einblick* do idioma alemão e tem sentido de discernimento ou refere-se a capacidade para discernir a verdadeira natureza de uma situação, ou ao ato de perceber de uma maneira intuitiva. É um termo usado também como conceito em textos ligados a diversas correntes teóricas dentre elas a psicanálise, psicologia e a filosofia. Utilizo o termo *insight* seguindo a definição utilizada no campo da filosofia que se refere à visão súbita, iluminação, intuição, que permite, por exemplo, que se resolva imediatamente um problema (LALANDE, 1996; ABEL, 2003).

que tais atitudes metodológicas também são úteis para os pesquisadores do campo das ciências da saúde, que assim como eu, se aventuram ao empreender pesquisas utilizando abordagens teórico-metodológicas, que se diferenciam das abordagens oriundas das ciências naturais e da natureza, habitualmente utilizadas.

Uma das lições que aprendi, é que o referencial pós-estruturalista e as lentes foucaultianas nos oferecem meios, para pensar de outras formas sobre as escolhas que fazemos em nossas investigações, sejam elas temáticas, teóricas ou metodológicas.

Aprendi também que a partir de Foucault (2004a), que as certezas, bem como as verdades, especialmente na pesquisa, precisam ser colocadas em suspenso, já que as verdades universalmente atribuíveis ao sujeito, nos termos do conhecimento científico, são efeitos de verdade produzidos por mecanismos estratégicos de poder. Para o autor, “A verdade não existe fora do poder ou sem poder. [...] A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder” (FOUCAULT, 2004a, p.12). Em nossas sociedades, a “verdade” é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem, há necessidade de verdade tanto para a produção econômica, quanto para o poder político, ela é produzida e circula nos aparelhos de educação ou de informação, em alguns grandes aparelhos políticos ou econômicos que a reproduzem de forma não exclusiva, mas dominante, como na universidade, exército, meios de comunicação constituindo-se assim, como objeto de debate político e de confronto social (FOUCAULT, 2004a).

De acordo com Foucault (2004a, p.12), os discursos de verdade da sociedade, por meio de sua linguagem, comportamento e valores, são relações constituídas de poder e, portanto, aprisionam os sujeitos. “Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade, isto é, os tipos de discurso que aceita e faz funcionar como verdadeiros [...]”. Os discursos produzem e organizam a realidade que é construída discursivamente através de “regimes de verdade”. Portanto, o olhar que lançamos sobre o objeto de pesquisa sob as lentes foucaultianas, busca reconhecer as condições em que tal objeto foi constituído, seu caráter compensatório e descontínuo permeado

por efeitos de verdade. O olhar que lançamos não busca a origem dos discursos, busca os efeitos de verdade em sua constituição.

Sperrhake e Traversini (2012,p.68), destacam que “uma das características do pensamento pós-estruturalista é o entendimento acerca da linguagem. Os autores dessa vertente questionam a função representativa da palavra e o potencial dela em ser um retrato das coisas do mundo”. É na linguagem que se produzem e se colocam, em ação, os mecanismos e as estratégias de identificação e de diferenciação que estão na base das hierarquizações e desigualdades sociais. Os estudos de Foucault mostram que as verdades de cada tempo são construções históricas e, portanto, podem ser também desconstruídas. A verdade é construída na linguagem e as verdades de cada tempo são construções sociais produzidas na tensão entre os discursos dominantes e os discursos emergentes, que procuram manter ou modificar certos entendimentos e práticas sociais estabelecidas.

Segundo Costa (2004), não existe relação essencial ou natural entre a palavra e a coisa. O que existe é a produção de sentidos, e, dessa forma, múltiplas possibilidades de significações. Sentidos e significados são produzidos pela linguagem. Os discursos atuam na constituição daquilo que chamamos de realidade. O que chamamos de “verdade” é produzido na forma de discursos sobre as coisas do mundo, segundo regimes regidos pelo poder.

Dessa forma, os discursos que fabricam a gestão dos hospitais universitários federais, podem ser vistos como produtores de “realidades” sendo, também, produzidos por ela. Nesse sentido, ao descrever uma realidade de forma objetiva, os discursos fazem muito mais do que isso, pois ao apontar e nomear posições, produzem o que pretendem descrever.

De acordo com Louro (2007, p.235), a linguagem que usamos, reflete nosso modo de conhecer, ela institui um jeito de conhecer. Portanto, por muito tempo, foi considerado imprescindível que pesquisas e textos produzidos no campo da educação “apontassem direções, trouxessem recomendações ou encaminhassem possíveis soluções para problemas, o que, para alguns, é uma ‘marca’ da área que deve continuar a ser preservada”.

Considero que na área da saúde e, por conseguinte, no campo da enfermagem, não é diferente. De acordo com Lanni (2015), no Brasil, no

campo da saúde, tradicionalmente, predominam as pesquisas que seguem perspectivas teóricas e metodológicas naturalizadas nas ciências naturais, por serem essas constitutivas e hegemônicas na saúde e também nas ciências sociais, que ainda trava disputas por sua própria validação, seja pelas proposições teórico-metodológicas, seja pela disputa do objeto saúde em si, diferentemente, concebido por elas. No entanto, as pesquisas em ambas as perspectivas têm uma marca mais propositiva, prática e de caráter muitas vezes técnico, pragmático e aplicado, que preveem intervenções, melhoria na saúde, redução de danos e desigualdades e são aplicadas para os problemas das populações.

Não tenho a intenção, com as colações que venho fazendo, dizer que tais perspectivas não são adequadas, nem de negar a contribuição das mesmas e de suas ferramentas de investigação para a ciência moderna, para o campo da saúde e para a enfermagem, no entanto, busco mostrar que existem outros caminhos, outras possibilidades, outras formas de se pensar o mundo em que vivemos e nossas práticas. Nesse sentido, os estudos pós-estruturalistas mostram-se como uma possibilidade, já que, questionam uma série de conceitos, considerados pela racionalidade moderna, liberal e crítica, como universais e colocam em pauta outras categorias de análise que são atuais, que são latentes e permeiam diversos campos de investigação dentre eles a enfermagem.

Minha intenção é mostrar que mesmo que em campos tão sólidos como o da enfermagem é possível buscar outros modos, outros caminhos, olhar sob outras perspectivas. No entanto, situar-se fora do lugar comum é grande empreendimento e exige curiosidade, desapego e vontade de se aventurar em um novo processo de pesquisa e também de escrita. E o aventurar-se possibilita, não só olhar de outros modos, mas também escrever de outros modos, que implica em romper com a lógica sistematizada da escrita, rompimento que permite operar promovendo junções ainda não expostas em que as próprias definições podem migrar, podem ser ressignificadas, podem ser modificadas.

Considero, assim como Fischer (2005), que igual às nossas leituras, os nossos textos acadêmicos possam ser ativos e que possamos, diante das

palavras de alguns autores, dizer, escrever e pensar sobre aquilo que ali nos seduz, que nos faz vibrar, que nos encoraja a certa audácia de pensamento sobre o presente que vivemos, sobre o tema de pesquisa pelo qual nos apaixonamos, sobre a inquietação que nos mobiliza a realizar esta ou aquela investigação, sobre um determinado problema.

Veiga-Neto (2002, p.30), coloca que “São os olhares, que colocamos sobre as coisas, que criam os problemas do mundo”. Motivada pelas palavras do autor, destaco que é com “olhar de suspeita e desconfiança” e com a proposta de não defender ou buscar verdades absolutas, mas de buscar algumas possibilidades mais produtivas e de operar com algumas ferramentas, com a intenção de buscar outros entendimentos acerca de práticas de gestão, que vêm sendo estabelecidas nos hospitais universitários federais, na contemporaneidade. Essas práticas atuam na constituição dos sujeitos trabalhadores da área da saúde, dos gestores dos hospitais, como sujeitos empreendedores de si mesmos, competitivos, interessados, motivados realizadores e motivadores, que têm na mídia digital online, um dispositivo que opera na produção, circulação e articulação de discursos, que possibilitam que essas práticas que seguem a ordem política econômica neoliberal, sejam tidas como verdades e se estabeleçam na contemporaneidade, não só no espaço de trabalho, mas espaços como na escola e na família e que conduzi meu estudo a partir da perspectiva pós-estruturalista.

4.2 Apresentando os Estudos Culturais

Como destaquei anteriormente, algumas vertentes dos EC articulam-se com as perspectivas pós-estruturalistas, portanto, no decorrer desse capítulo, buscarei fazer uma breve apresentação dos EC, não na tentativa de explicar, detalhadamente, o que são. Buscarei apenas esboçar alguns de seus elementos teóricos centrais, assim como apresentar, brevemente, os principais autores e a perspectiva que marca, historicamente, o início da configuração desse campo de estudos, sua articulação com as perspectivas pós-estruturalistas e com a educação. Farei isso, buscando deixar, um pouco mais

claro, o motivo que me levou a escolhê-lo como inspiração teórica para conduzir a pesquisa que empreendi.

Os EC tiveram sua emergência como campo do saber em meados do século XX. Foram as obras *The Uses of Literacy* (1957)¹⁰⁸ de Richard Hoggart, *Culture and Society*¹⁰⁹ (1958) de Raymond Williams, e *The Making of the English Working-Class*¹¹⁰ (1963) de E. P. Thompson que mostravam a presença de juízos contraditórios em relação à identidade cultural dos estudantes de origem popular, que completavam formação universitária e que projetaram os EC como campo de estudo. Estes trabalhos destacaram-se por apresentarem “rupturas” com as tradições de pensamento na maneira de pensar a cultura popular e erudita (ESCOSTEGUY, 2010).

De acordo com Costa (2012), a obra *The Uses of Literacy* de Richard Hoggart é tido como o referencial teórico instituidor do Centre for Contemporary Cultural Studies (CCCS). Hoggart estudou o alcance dos meios de comunicação de massa entre trabalhadores da periferia na Inglaterra e a influência da cultura disseminada em meio à classe operária pelos modernos meios de comunicação de massa. Ele faz uma crítica a determinada tendência intelectual em tratar as classes operárias, às vezes, por meio de um sentimento compadecido, devido à exploração capitalista, às vezes, de um sentimento de pesar por estes serem dotados de um tipo de bondade ingênua, atitudes, que segundo o autor, reside um sentimento semiapiedado, semiprotetor. Na obra, Hoggart evita abordar a classe trabalhadora de forma homogênea, já, que para ele, há um grande número de diferenças, que se manifestam no interior do próprio proletariado, tais diferenças de classe demonstram o quanto perigoso podem ser as generalizações, como as que determinam, que as classes populares são facilmente influenciáveis. A obra “*The Uses of Literacy*” mostra, por um lado, as dificuldades da vida cotidiana do proletariado inglês, tanto nas relações materiais, quanto nas relações políticas e mostra também como a vida se conduz com bom senso, seja através de todo o legado da tradição, seja através de alguns benefícios, que o progresso pôde socializar com as camadas populares. Ele expõe de que forma as camadas populares reconhecem seu

¹⁰⁸ Traduzido para a língua portuguesa como “As utilizações da cultura”.

¹⁰⁹ Traduzido para a língua portuguesa como “Cultura e sociedade”.

¹¹⁰ Traduzido para a língua portuguesa como “A formação da classe operária inglesa”.

caráter classista, valorizam um ofício especializado, mesmo sabendo das dificuldades estruturais que influenciam a ascensão social. Para ele, o sentido desenvolvido pelas camadas populares se constitui num sentido de luta cotidiana pela vida.

Em 1958, um ano após a publicação *The Uses of Literacy* escrito por Hoggart o acadêmico, crítico e novelista Raymond Williams, nascido no país de Gales, que cresceu numa família socialista e teve sua infância ligada ao movimento dos trabalhadores, publicou *Culture and Society*. A obra destaca-se na instituição dos EC por realizar uma profunda reflexão sobre os debates, cujo tema era as relações entre a cultura e a sociedade (TAVARES, 2008). Williams, tendo como base a diferenciação entre a cultura e a vida material, compôs parte da história do conceito de cultura, tendo como esteio a leitura dos esforços que os homens tiveram que fazer para compreender o desenvolvimento de uma sociedade industrializada, utilitária, desigual, etc. Para o autor, a ideia moderna de cultura foi se construindo a partir do sentimento acerca das mudanças estruturais da sociedade capitalista. Foi a partir dessa ideia, entre outras discussões sobre cultura, suscitadas por Williams, que a noção contemporânea de cultura, entendida como modo de vida foi sendo estabelecida. Pode-se dizer, que em *Culture and Society*, Williams abre caminho para se pensar a cultura fora da dicotomia: cultura sublime de minoria em oposição a cultura popular da maioria (TAVARES, 2008).

O historiador inglês Edward P. Thompson publicou no ano de 1963 a obra *The Making of the English Working-Class*. Lima (2005), destaca que na obra visando ultrapassar o pensamento base/superestrutura, ele focou sua análise da consciência da classe operária, na sua formação, levando em conta a subjetividade, a relação entre as classes, a cultura e os processos formativos e constitutivos de classe. Para Thompson, a classe social se constituía numa formação econômica, mas também cultural. A experiência vivida pelos operários teria dado à classe uma dimensão histórica. Portanto, experiência se configuraria numa espécie de solução prática para que se pudesse investigar os comportamentos, os valores, as condutas, os costumes, enfim, a cultura ou as culturas, concebendo que “cultura” se refere a uma realidade específica.

De acordo com Costa (2012), na obra, Thompson mostra uma maneira de ver a cultura e a história sem qualquer noção de exclusividade, de política como reserva de uma elite hereditária ou de um grupo proprietário. O elemento central da obra de Thompson reside em pensar a formação da classe operária no período entre 1790 e 1830, para além das visões subsocializada e supersocializada da sociedade, ou ainda, da visão da fábrica ou das aspirações de progresso.

Devido as preocupação de tentar reformular o conceito de cultura, de forma que este novo conceito os ajudasse a entender as transformações culturais pelas quais a Europa passava naquela época e, principalmente, a Inglaterra, que enfrentava uma crise política e econômica Raymond Williams, Edward P. Thompson e Richard Hoggart, que tinham inserção nas universidades tradicionais britânicas, passaram a desenvolver projetos de intervenção política na sociedade britânica e deram início a um novo campo que ficou conhecido como “Estudos Culturais” (LIMA, 2005).

No entanto, a institucionalização dos EC ocorreu, uma década mais tarde, no Centre for Contemporary Cultural Studies (CCCS), fundado por Richard Hoggart, em 1964, na universidade de Birmingham Reino Unido, ligado ao English Department, constituindo-se num centro de pesquisa de pós-graduação da mesma instituição, em um momento, em que a classe operária da Inglaterra do pós-guerra, passava por alteração dos seus valores tradicionais (ESCOSTEGUY, 2010; HALL, 2006).

No CCCS, foram produzidos novos trabalhos e utilizadas importações teóricas, cujos objetos de estudo eram, até então, considerados indignos do trabalho acadêmico (MATTELART e NEVEU, 2004). As relações entre a cultura contemporânea e a sociedade, isto é, suas formas culturais, instituições e práticas culturais, assim como suas relações com a sociedade e as mudanças sociais, compunham o eixo principal de observação do centro (ESCOSTEGUY, 2010).

Segundo Costa (2004), pode-se indicar que, os EC nasceram de uma recusa da legitimação das hierarquias acadêmicas, indicando assimetrias implicadas nas relações processadas entre as denominadas “alta cultura” e “baixa cultura”. A consolidação dos EC ingleses significou uma ruptura com

relação à concepção de cultura expressa, no tipo de análise cultural consolidada pelo cânone tradicional daquele país, em meados do século XX. De um lado, a “alta cultura” das elites e da erudição artística, literária e científica; de outro, a “baixa cultura”, advinda da cultura popular. Tal perspectiva decorria da valorização da “alta cultura” em detrimento da “baixa cultura”. Esta compreensão tradicional da cultura elegia um lugar único para a emergência da pureza cultural da “alta cultura” como o lugar onde se produz o “melhor que foi pensado e dito” (HALL, 2006, p.126). Só a harmonia, suscitada pela “verdadeira cultura”, poderia apaziguar os ânimos, aplacar a ignorância e suprimir a anarquia da classe trabalhadora parcialmente instruída (COSTA, SILVEIRA e SOMMER, 2003).

Ainda em meados dos anos de 1960, diante do risco do “irremediável caos”, que representariam os “temíveis avanços da cultura de massa”, chegou a ser publicado um manifesto, por parte de alguns intelectuais britânicos, propondo introduzir, nos currículos escolares, um treinamento de resistência à cultura de massa, qualificada como uma cultura comercial consumida por uma maioria ignorante e inculta. Contra isso, pretendiam criar postos avançados em escolas e universidades, nas quais, grupos seletos de intelectuais atuariam como “missionários” em defesa da “verdadeira cultura” (COSTA, 2004).

Sovik (2006), destaca que o sociólogo jamaicano Stuart Hall, notabilizado por ser um dos precursores dos EC na Inglaterra, durante a segunda metade do século XX, também trouxe uma grande contribuição para o campo. Escosteguy (2010) destaca que embora não seja citado como membro fundador do CCCS, Stuart Hall teve uma importante participação na formação dos EC britânicos. Ao substituir Richard Hoggart na direção do centro, de 1968 a 1979, Hall estimulou o desenvolvimento da investigação de práticas de resistência de subculturas e de análises dos meios massivos, identificando seu papel central na direção da sociedade, atuou também como mediador em momentos de acentuadas tensões teóricas e despertou importantes debates teórico-políticos, atuando como um dinamizador de inúmeros projetos coletivos que envolviam os EC.

As obras de Stuart Hall ganharam destaque por tratarem de questões políticas, por dialogarem com outros grandes autores e por seu pensamento

ser marcado pela observação da cena cultural contemporânea. Grande parte de seus textos responde a uma conjuntura específica, na qual o autor faz uma discussão teórica sobre a cultura. De origem jamaicana, a luta pela independência, do seu país de origem, fez parte de sua vida, ao mesmo tempo em que a Segunda Guerra Mundial incitou-lhe a preocupação anticolonial e a reflexão sobre a contradição da cultura colonial. Em seus trabalhos, Hall empreendeu análises sobre as relações raciais, tratando principalmente do contexto social inglês (SOVIK, 2006).

Um desses trabalhos é o conjunto de textos intitulado “Da diáspora: identidades e mediações culturais”, no qual Hall escreve a partir da diáspora pós-colonial¹¹¹. Nesse trabalho, ele discute os mitos fundadores do conceito de diáspora e aprofunda-se na questão do hibridismo, das reconfigurações e da cultura caribenha. Hall (2006) introduz seu texto a partir da noção de identidade cultural¹¹² dos migrantes caribenhos e trabalha a questão da diáspora, ocorrida com os assentamentos de negros caribenhos no Reino Unido, relacionada com as complexidades de se imaginar a nação e a identidade caribenhas numa era de globalização crescente. Ele destaca a importância das questões geradas pela diáspora, por serem centrais não apenas para seus povos, mas para as artes e culturas que produzem, em que há um certo sujeito imaginado.

De acordo com Sovik (2006), a relevância desta obra recai sobre a análise da globalização e das políticas culturais. No intuito de deslocar as posições de poder e, assim, propor sua democratização, para abordar,

¹¹¹ Palavra de origem grega significando “dispersão”. [...]. A Diáspora Africana compreende dois momentos principais. O primeiro, gerado pelo comércio escravo, ocasionou a dispersão de povos africanos tanto através do Atlântico quanto através do oceano Índico e do Mar Vermelho, caracterizando um verdadeiro genocídio, a partir do século XV – quando talvez mais de 10 milhões de indivíduos foram levados, por traficantes europeus, principalmente para as Américas. O segundo momento ocorre a partir do século XX, com a imigração, sobretudo para a Europa, em direção as antigas metrópoles coloniais. O termo “Diáspora” serve também para designar, por extensão de sentido, os descendentes de africanos na América e na Europa e o rico patrimônio cultural que construíram (LOPES, 2004, p. 236).

¹¹² Hall (1996) não apresenta um conceito fechado de identidade. Ele distingue três concepções muito diferentes de identidade, a saber, as concepções de identidade do: sujeito do Iluminismo, sujeito sociológico e sujeito pós-moderno. Para o autor a identidade é culturalmente formada e, por sua vez, está ligada a discussão das identidades coletivas, como as identidades regionais e nacionais e outras que formam quadros de referência e sentidos estáveis, contínuos e imutáveis por sob as divisões cambiantes e as vicissitudes de nossa história real.

criticamente, a complexa experiência contemporânea das sociedades pós-coloniais, o autor apoia-se em pensadores de diversas correntes intelectuais: Hegel, Marx, Durkheim, Weber, Gramsci, Bakhtin, Althusser, Williams, Hoggart, Rorty, Derrida, Foucault, Thompson, Fanon, entre outros, estando de certa forma no centro de uma importante transformação, do ponto de vista teórico e político, nos modos de compreender a cultura e proceder à análise cultural.

Considero importante destacar algumas discussões feitas por Hall (1997), no sentido de deixar, um pouco mais claro, por que a cultura se encontra no centro de tantas discussões e debates, ou seja, por que ela adquiriu centralidade na contemporaneidade. Faço isso, porque entendo ser esse um dos aspectos importantes para a emergência dos EC, enquanto campo de teorização e investigação.

De acordo com Hall (1997), a revolução cultural, impulsionada pela tecnologia, vem interferindo no cotidiano e invadindo o universo privado. No decorrer do século XX, ocorreu uma revolução cultural no sentido substantivo, empírico e material da palavra, que foi impulsionada pelo domínio constituído pelas atividades, instituições e práticas. Concomitantemente, a cultura passou a assumir uma função de importância no que diz respeito à estrutura e à organização da sociedade moderna, aos processos de desenvolvimento do meio ambiente global e à disposição de seus recursos econômicos e materiais. Segundo Hall (1997), a “centralidade da cultura”, passou a definir a forma como a cultura penetra na vida social contemporânea, permeando, atravessando tudo, nos cercando, rodeando, nos atravessando, e atrelando seus artefatos a nossa vida cotidiana.

Com a expansão dos meios de produção, circulação e troca cultural, em particular, que se deu, através das tecnologias e da revolução da informação, uma proporção ainda maior de recursos humanos, materiais e tecnológicos, no mundo inteiro, começaram a ser direcionados, diretamente, para estes setores. Indiretamente, as indústrias culturais foram se tornando elementos mediadores em muitos outros processos e a mídia passou a ser uma parte crítica na infraestrutura material das sociedades modernas, e, também, um dos principais meios de circulação das ideias e imagens vigentes nestas sociedades. Essas mudanças influenciaram na forma de conceber a cultura e sua relação direta

com aspectos sociais, políticos e econômicos constituindo a então denominada “virada cultural”, concebida como um deslocamento da noção de cultura na análise social contemporânea, ou seja, uma mudança na forma de ver a cultura, que passou a ser vista não mais como algo separado, independente e sim como uma condição constitutiva da vida social (HALL, 1997).

Veiga-Neto (2003), destaca que atribuir centralidade à cultura não significa, passar a reconhecer a cultura como um domínio epistemologicamente superior aos demais domínios sociais como a política, a economia, a educação, entretanto, significa, tomá-la como permeando tudo aquilo que é do social. A virada cultural é a compreensão de que a cultura é central não porque ocupe uma posição superior, mas porque atravessa tudo o que ocorre nas nossas vidas e todas as representações¹¹³ que fazemos desses acontecimentos.

De acordo com Hall (1997, p.28), a virada linguística foi um dos fatores determinantes para a virada cultural, pois não seria possível reconsiderar a cultura através dos significados que atribuímos às coisas e às práticas sociais, sem que se alterasse a noção de linguagem para “um termo geral para as práticas de representação, sendo dada à linguagem uma posição privilegiada na construção e circulação de significados”. Foi a partir da virada cultural que se percebeu a cultura como uma condição constitutiva da vida social e da virada linguística, a partir da qual, se passa a considerar a linguagem como constitutiva do que denominamos realidade.

De acordo com Costa, Silveira e Sommer (2003), a virada cultural e virada linguística foram determinantes para que manifestações culturais passassem a ser vistas como artefatos culturais.

O termo artefatos culturais compreende as produções culturais como textos, imagens, revistas, documentos, sites e portais da internet, entre outros como, objetos imersos em culturas específicas, os quais atuam como

¹¹³ Representação é um conceito mobilizado por Stuart Hall na obra *The work of representation*. O conceito de representação passou a ocupar um novo e importante lugar no estudo da cultura e é central nos EC. Representação conecta significado e linguagem à cultura, significa usar a linguagem para dizer algo significante, ou para representar, o mundo significativamente, para outras pessoas é uma parte essencial do processo pelo qual o significado é produzido e trocado, intercambiado entre os membros de uma cultura. É a produção do significado, do conceito, em nossa mente através da linguagem, muito adiante da existência de fato ou da observação empírica. Ele envolve o uso da linguagem, dos sinais e imagens que representam as coisas para descrever, retratar, junto a simbolizar e significar (HALL, 1997).

significantes e significadores de conjuntos de saberes e possibilidades de pertencer a um registro maior de sentido que permite, por sua vez, que tais artefatos signifiquem de uma determinada maneira. Os artefatos culturais “são o ‘resultado de um processo de construção social’ e constituem um ‘campo de lutas em torno da significação’, que envolvem relações de estabelecimentos de significados” (SILVA, 2004, p.134).

Dessa forma, a mídia, os filmes, as fotos, os textos, a arquitetura, etc., assumiram caráter de artefatos produtivos, de práticas de representação da “realidade”, de instituição de “verdades”, constituídas em meio a relações de poder. Portanto, quando a mídia relata um fato, ela não apenas o faz, mas também o constitui enquanto tal, pois ao noticiar um determinado assunto, atribui a ele certos significados e o produz de certo modo, com certos sentidos e não outros, operando seleções e buscando fixar significados, daí sua produtividade (COSTA; SILVEIRA e SOMMER, 2003).

Hall (1997, p.2006), destaca que na atualidade, a mídia sustenta os circuitos globais de trocas econômicas dos quais depende todo o movimento mundial de informação, conhecimento, capital, investimento, produção de bens, comércio de matéria prima e marketing de produtos e ideias. Especialmente nesse âmbito, que as revoluções da cultura, a nível global, repercutem sobre os modos de viver, sobre o sentido que as pessoas dão à vida, sobre suas aspirações para o futuro, sobre a cultura num sentido mais local. Estas mudanças culturais globais estão criando não só uma rápida mudança social, mas também, deslocamentos¹¹⁴ culturais.

Segundo Costa (2005b), as diversas manifestações dos EC caracterizam-se como uma batalha, cujo ponto central é o reconhecimento de uma nova forma de conceber e situar a cultura, reconhecendo que não existe um lugar privilegiado que sirva de parâmetro para o conhecimento.

¹¹⁴O conceito de deslocamento para os EC refere-se a um tipo diferente de mudança estrutural que transforma as sociedades modernas no final do século XX fragmentando as noções culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade, que, no passado, nos tinham fornecido sólidas localizações como indivíduos sociais. Estas transformações mudam nossas identidades pessoais, abalando a ideia que temos de nós próprios como sujeitos. Esta perda de um "sentido de si" estável é chamada, algumas vezes, de deslocamento ou descentração do sujeito. Esse duplo deslocamento, descentração dos indivíduos tanto de seu lugar no mundo social e cultural quanto de si mesmos constitui uma "crise de identidade" para o indivíduo (HALL, 2005).

Segundo Dias (2011), os EC passam a ver a cultura de forma diferente dos conceitos tradicionais abrindo um novo espaço de investigação, pois todos os estudiosos que adentravam mais fortemente na imagem de cultura de práticas sociais não possuíam um campo de investigação estruturado.

Nesse sentido Augel (2007, p.32), indica que:

Para os EC a cultura não é apenas uma esfera do conhecimento [...] mas o processo social visto em seu conjunto e em sua multiplicidade [...] toma em consideração os diferentes modos de viver, os usos e costumes de uma comunidade ou de um povo, quanto os diversos prismas pelos quais as pessoas captam, percebem, interpretam, vivenciam, organizam e constroem suas vidas.

Quanto aos objetos de estudo, pode-se dizer que uma das coisas que caracteriza os EC é a multiplicidade de objetos de investigação, aos quais se detém, sua investigação, circunscreve-se aos temas vinculados às culturas populares e aos meios de comunicação de massa e, posteriormente, a temáticas relacionadas com as identidades, sejam elas sexuais, de classe, étnicas, etc.

De acordo com Escosteguy (1998, p.2010), a partir dos anos de 1980, os EC expandiram-se para além da Grã-Bretanha, e a partir de então, os olhares dos EC voltaram-se para a desestabilização das identidades sociais, ocasionada pela aceleração do processo de globalização. O foco central dos EC passou a ser à dimensão subjetiva e à pluralidade dos modos de vida vigentes, marcados pelo desenvolvimento dos meios de comunicação. No decorrer da década de 1980, definiram-se novas modalidades de análise dos meios de comunicação e passou-se a realizar investigações que combinavam análise de texto com pesquisa de audiência, foram implementados estudos de recepção dos meios de comunicação de massa, como programas televisivos, realizaram-se estudos da literatura popular, séries e filmes de grande bilheteria. Todos tratavam de dar visibilidade à audiência, aos sujeitos engajados na produção de sentidos. Nesse período, houve também um redirecionamento da forma de investigação, com crescente atenção ao trabalho etnográfico.

No decorrer dos anos de 1990, ampliam-se as investigações sobre audiência que se voltam a capturar a experiência, a capacidade de ação dos mais diversos grupos sociais relacionados às relações de identidade. Passam a ser foco de análise dos EC questões como raça e etnia, o uso e a integração de novas tecnologias como o vídeo e a TV, assim como seus produtos, na constituição de identidades de gênero, de classe, culturais, e as relações de poder nos contextos domésticos de recepção. Destacam-se nos estudos os recortes étnicos e a incorporação de novas tecnologias. Em relação às estratégias metodológicas destacam-se a etnografia, observação participante, autobiografias, depoimentos e histórias de vida. Portanto, pode-se dizer que houve uma forte inclinação em refletir sobre o papel dos meios de comunicação na constituição de identidades, passando a ser esta a principal questão desse campo de estudos (ESCOSTEGUY, 2010).

Autores como Nelson, Treichler e Grossberg (1995) destacam que, os EC não têm nenhuma metodologia distinta, nenhuma análise estatística, etnometodológica ou textual singular que possa reivindicar como sua, já que sua metodologia, ambígua, pode ser entendida como uma bricolage. Ao buscarem inspiração em diferentes teorias, os EC rompem lógicas cristalizadas, hibridizando concepções consagradas, pois se situam na intersecção de vários campos do conhecimento já estabelecidos (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003).

Por parte dos EC, encontramos suficientemente explicitada, a condição de que nenhuma metodologia é sua; assim como nenhuma pode ser privilegiada e empregada com garantias sobre responder às questões de dados textos. É esse o motivo pelo qual nenhuma metodologia pode ser descartada antecipadamente da mesma maneira que nenhuma traz a confiança de se obterem boas respostas (CORAZZA, 2002). De acordo com Johnson (2000), a possibilidade de misturas e a promoção de variadas articulações teóricas e metodológicas, que vão sendo construídas face às necessidades reveladas pelas questões de estudo, que sejam capazes de produzir conhecimentos, que sejam úteis para a compreensão dos sujeitos e do mundo é uma das marcas dos EC.

De acordo com Sérvio (2013), o estruturalismo deixou seus rastros nos EC, entanto, o pós-estruturalismo também teve impacto sobre seu corpo teórico e epistemológico. O pós-estruturalismo manteve a ênfase nos processos linguísticos e discursivos, porém, “desloca a preocupação estruturalista com estruturas e processos fixos e rígidos de significação”, em favor de uma teoria em que “o processo de significação é incerto, indeterminado e instável” (SILVA, 2000, p.93).

Para o pós-estruturalismo, nossa percepção do mundo está mergulhada no mundo da cultura, da linguagem, do discurso e, por esta razão, não há um lugar, um porto-seguro, uma perspectiva privilegiada, a partir da qual, possamos observar, analisar e conhecer o real. É nesse sentido que a abordagem discursiva dos EC aproxima-se da perspectiva pós-estruturalista ao colocar em destaque o contexto contemporâneo cultural, indicando mudanças no campo das pesquisas e propondo aberturas e possibilidades para as novas formas de pensar e agir.

Originários da Inglaterra, os EC expandiram-se para os Estados Unidos, outros países da Europa e da América Latina. Na década de 1990, os EC tiveram sua ampla expansão para os Estados Unidos, Ásia e Austrália e se ampliaram adentrando outros campos como as artes, as humanidades, as ciências sociais e inclusive as ciências naturais e tecnologia.

De acordo com Escosteguy (2010, p.19), na América Latina, os EC emergiram, principalmente, na década de 1980, “tendo como eixo central as novas configurações da cultura popular a partir da emergência das indústrias culturais”. Autores como Jesús Martín-Barbero¹¹⁵ e Néstor García Canclini¹¹⁶ embora não se reconheçam alinhados ou se filiem aos EC, produziram trabalhos, que trouxeram contribuições importantes e originais em relação as

¹¹⁵Pesquisador colombiano. Doutor em Filosofia pelo Instituto de Filosofia de Lovaina, na Bélgica, e pós-doutorado em Semiótica e Antropologia na Escola de Altos Estudos de Paris. Teórico da comunicação e cultura e um dos expoentes nos Estudos Culturais contemporâneos. Dentre os seus trabalhos destaca-se a teoria das mediações e os estudos da recepção da telenovela.

¹¹⁶Pesquisador argentino. Doutor pela Universidade de Paris - X. O foco de seu trabalho é a pós-modernidade e a cultura a partir de ponto de vista latino-americano. Destaca-se como um expoente investigador em comunicação e cultura da América Latina. As obras *Culturas Híbridas: estratégias para entrar e sair da Modernidade* e *Consumidores e cidadãos* publicados na década de 1990, abriram novas linhas para os EC na América Latina.

formas de pensar a cultura considerada “legítima” e aquelas formas culturais cotidianas tidas como “insignificantes”, dentro do âmbito latino-americano.

Klinguer (2007), relata que a expansão dos EC na América Latina não se deu de forma tradicional com a sua institucionalização como disciplina, formalizado por meio da criação de departamentos específicos. Os EC, na América Latina, tiveram sua penetração pelas margens, na periferia de campos literários e das ciências sociais, desenvolvendo-se em centros de pesquisa com relativa independência, dentro da estrutura acadêmica. E a partir de então têm inspirado estudos em várias áreas do conhecimento, no entanto, exercem maior influência nos estudos que se relacionam com a mídia, a comunicação e a educação.

Wortmann, Costa e Silveira (2015), destacam que, a entrada dos EC no campo da Educação, no Brasil, ocorreu também em meados dos anos 1990, frente ao desejo de alguns intelectuais do campo da educação de se desconectar do pensamento freireano e dos estudos centrados na psicologia genética piagetiana, dominantes no contexto educacional, nos anos de 1990. Com a criação da linha de pesquisa “Estudos Culturais em Educação” no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, vertentes teóricas pouco utilizadas na época, ganharam proeminência, por meio de traduções de textos de autores ingleses e norte-americanos vinculados ao CCCS, tais como Stuart Hall, Paul Willis, Paul Du Gay e Angela Mc Robbie, Henry Giroux, Douglas Kellner e Shirley Steinberg.

De acordo com Costa, Silveira e Sommer (2003), a partir de então, foram desenvolvidas várias pesquisas envolvendo “EC e educação” tendo como foco, questões como discurso, a ressignificação de artefatos tradicionalmente considerados pedagógicos, como livros didáticos, cartilhas, legislações educacionais, revistas pedagógicas, livros de formação pedagógica para professores, programas e projetos educativos, a seriação escolar, a arquitetura escolar. Além disso, passaram a ser problematizadas e constituídas como objetos de estudo sob o olhar cultural, práticas escolares como avaliação, cuidados, merenda escolar. Foram empreendidos estudos sobre pedagogia cultural, incluindo áreas pedagógicas, entendidas como aqueles lugares, onde o poder é organizado e difundido como: jornais, revistas,

televisão, propagandas, livros, videogames, brinquedos, etc. Com base nesse entendimento, passaram a ser investigadas a mídia impressa e televisiva, contemplando não só matérias jornalísticas informativas, mas também, peças publicitárias, assim como filmes, desenhos animados, seriados de TV, nos quais se procurava examinar, de maneira minuciosa, seus “ensinamentos”, as lições que ensinam sobre o bem e o mal, sobre o que é ser mulher, sobre o que é ser índio, sobre o que é a nação, sobre o que é natureza, sobre a tecnologia, sobre o nosso corpo, etc.

A partir dessa década, as pesquisas que articulam EC e educação começaram a se expandir no Brasil, sendo difundidas nos meios acadêmicos e profissionais do campo educacional de uma forma que alguns conceitos forjados como resultados dessa articulação, passaram a ser substanciais para o empreendimento de investigações.

Um desses conceitos é o de pedagogias culturais. De acordo com Ribeiro (2002), na perspectiva cultural, as pedagogias, são reconhecidas enquanto processos sociais que ensinam, estendendo-se a todos aqueles espaços sociais implicados na produção e no intercâmbio de significados. Este conceito amplia a percepção do educativo, para além dos espaços e processos concebidos como formais para a aprendizagem, reconhecendo que, desde muito cedo, vamos aprendendo a ocupar e reconhecer os lugares sociais, através de um complexo de forças e de processos, que incluem instâncias como os meios de comunicação de massa, os brinquedos, a literatura, o cinema, a música, e que produzem, diferentes formas de conceber e de viver.

O conceito de pedagogias culturais é definido por Silva (2000, p.89), como “qualquer instituição ou dispositivo cultural que, tal como a escola, esteja envolvido – em conexão com relações de poder – no processo de transmissão de atitudes e valores”. Esse conceito tem sido utilizado para abordar a diversidade de processos educativos em andamento, fora aqueles que têm lugar em instituições historicamente vinculadas a ações de educar como a escola, a família, a igreja etc.

Nesse sentido Soares e Meyer (2003, p.139), destacam que:

O conceito de pedagogias culturais remete, exatamente, para o reconhecimento e problematização da importância educacional e cultural da imagem, das novas tecnologias da informação, enfim, da relação entre educação e cultura da mídia nos processos de organização das relações sociais e na produção das identidades.

Para Wortmann, Costa e Silveira (2015), o conceito de pedagogias culturais é um conceito fundamental a ser usado nas aproximações, análises e discussões da produção dos EC em seu encontro com a Educação, na medida que, permite deslocamentos, nos quais a noção de educação se desvincula e se projeta para além da escola, o que impõe uma reconceitualização das próprias noções de educação e conhecimento.

A partir de tais considerações, destaco que alguns conceitos, teorizações e entendimentos que fazem parte da perspectiva dos EC foram essenciais para no estudo que empreendi. Alguns deles foram essenciais para que os textos que são produzidos e circulam no Portal G1, site Exame.com e na Revista Época online, sobre gestão dos hospitais universitários federais, os quais, selecionei, para constituir o corpus de análise dessa pesquisa, fossem percebidos e reconhecidos como textos culturais por onde circulam discursos que ao serem veiculados pela mídia digital online, interpelam os sujeitos, produzindo significados e sentidos das concepções da política econômica neoliberal, moldando a vida diária e influenciando comportamentos dos trabalhadores da área da saúde e gestores dos hospitais, assim como da população em geral.

Destaco ainda que o conceito de artefatos culturais foi fundamental para que se pudesse perceber o Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online, onde tais textos circulam como produções culturais, produtos da tecnologia digital, criadas em pleno mundo globalizado, como novos artefatos culturais expoentes na contemporaneidade, que ao produzirem e fazerem circular discursos sobre a crise na saúde, assim como os enunciados sobre a precarização dos hospitais universitários que os sustentam e operam na produção de subjetividades dos profissionais da área de saúde e gestores dos hospitais universitários federais.

Cabe salientar ainda que mobilizar o conceito de pedagogias culturais foi importante para o entendimento de que a mídia não é apenas um meio de divulgação de conteúdos, ela adquire valor formativo e educativo, já que a partir da perspectiva dos EC, ela não se limita à divulgação de informações ou a venda de produtos, ela forma modos de pensar e agir. Portanto, os textos veiculados na mídia repetem e enfatizam determinados enunciados, até que as verdades por eles pronunciadas, passem a ser acreditadas (ROCHA, 2005). Trata-se de uma “pedagogia cultural”, que nos ensina como nos comportar, como pensar e sentir, em que acreditar, o que temer e desejar (KELLNER, 2001). Dessa forma, nós, o público, somos interpelados não como indivíduo, pessoa única, mas como leitores, estudantes, professores, gestores e trabalhadores da área da saúde.

Feitas essas considerações, destaco que, incursionar no campo dos EC para a realização dessa pesquisa de doutorado, mesmo já tendo me aventurado por este campo durante o curso de mestrado, foi uma experiência que se configurou como um novo desafio, frente às atuais exigências em relação à pesquisa que vem se estabelecendo no campo da enfermagem, que tem buscado atender as condições impostas por institutos e organizações governamentais, que consideram como abordagens de pesquisa “válidas” para o campo da saúde, abordagens investigativas já consolidadas como as oriundas das Ciências Naturais ou das Ciências Sociais, ou seja, que contenham elementos, que aumentarão as chances de serem aceitas pela comunidade científica da área, o que implica em pesquisas que buscam a objetividade e neutralidade em direção a um conhecimento da realidade, que trazem afirmações verdadeiras, generalizações aplicáveis que aplicam conceitos precisos com significados fixos e invariantes e que acima de tudo trazem contribuições a redução ou resolução de problemas relacionados ao contexto da saúde. No entanto, esse foi o caminho que considerei mais produtivo para tratar do tema que escolhi “Gestão dos hospitais universitários federais” e que me permitiu lançar um novo olhar, um olhar atento, mas não aprisionado aos modelos tradicionais de construção e interpretação dos dados.

Segundo Corazza (2002), quem se aventura no labirinto da pesquisa, seguindo a vertente pós-estruturalista no complexo campo dos EC, não tem

como pretensão desidentificar-se dos demais ou de fazer diferente, simplesmente, por prazer. Segundo a autora, pelas condições históricas de possibilidade que se apresentam na contemporaneidade, não podemos mais ficar trabalhando apenas com um método único, privilegiado por uma única disciplina; nem mesmo com um aglomerado de métodos, reunidos sob a forma de um compensado disciplinar, sejam quais forem seus métodos. Intelectualmente, não podemos ignorar, em nome do rigor metodológico excludente da modernidade, que dispomos de métodos múltiplos, com os quais precisamos entabular negociações complexas.

No entanto, aventurar-se pelo campo dos EC foi a escolha que me permitiu colocar em jogo alguns regimes de verdades sobre a forma de gerir os hospitais universitários federais na atualidade, mostrou-se como uma escolha fértil para problematizar o contexto da reestruturação dos hospitais universitários federais e analisar de que forma o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), utilizando os saberes da gestão como lugar privilegiado para sua realização, faz uso de racionalidades e práticas neoliberalizadas como forma de posicionar os profissionais da área da saúde dentro de uma rede de saberes que constrói formas de vida.

Além disso, tal escolha me permitiu analisar os discursos colocados em destaque no Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online, buscando ver como eles se posicionam ou como, neles, se constroem posições para localizar trabalhadores da área da saúde, os gestores, discursos esses, que passaram a orientar as práticas dos profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, gestores, entre outros), que atuam em hospitais universitários federais, de forma que outras abordagens de pesquisa, certamente, não me permitiriam.

4.3 Aproximando as teorizações de Michel Foucault com a vertente Pós-estruturalista dos Estudos Culturais

Para os que leem este trabalho entendam minhas escolhas teórico-metodológicas, nesta seção, farei uma breve referência das possibilidades de aproximação entre o trabalho de Michel Foucault e a vertente pós-estruturalista dos Estudos Culturais.

Veiga-Neto (2004), destaca que fazer aproximações e tentar conectar autores e campos do conhecimento que não se situam numa mesma matriz de pensamento, num mesmo paradigma, pode ser produtivo tanto para aprofundar o entendimento que se tem sobre cada um deles, quanto para retirar dessas aproximações, novas maneiras de ver, descrever, problematizar, compreender e analisar e dar sentidos ao mundo. No entanto, tais conexões apresentam dificuldades que podem comprometer essas tentativas. No caso de Michel Foucault e os EC, isso se torna bastante evidente, já que operar com a perspectiva foucaultiana e aproximá-la de outros campos de saberes, impõem algumas dificuldades, o que se torna mais complexo, quando se trata dos EC, devido ao seu caráter heterogêneo e antidisciplinar, por temer uma possível imobilidade teórica e a resultante perda de flexibilidade diante das transformações sociais.

No entanto, de acordo com Carvalho (2014), a aproximação entre Michel Foucault e os EC possibilita a análise de questões, que emergem nas sociedades atuais, e, portanto, com os objetos da pesquisa qualitativa no campo das ciências sociais e humanas. Para a autora, abordagem arqueológica do discurso de Michel Foucault pode trazer algumas contribuições importantes para a pesquisa qualitativa nesses campos, porque cultura e linguagem, processos de regulação da linguagem na construção dos objetos de saber-poder-ser, são elementos próprios dessa análise. Assim, a análise arqueológica do discurso apresenta-se como uma forma de tratar o que tem sido dito sobre cultura, como práticas que formam, sistematicamente, os objetos de que se fala. Portanto, procurar aproximações entre práticas analíticas, como as desenvolvidas no campo dos EC e as realizadas por Michel

Foucault, é possível devido a dois aspectos centrais que são a recusa de metodologias pré-estabelecidas e de trajetórias metodológicas reducionistas e pelo reconhecimento de que não há uma unidade homogênea que nos diga o que são essas práticas analíticas no contexto dos EC.

De acordo com Hall (2006), existem vários posicionamentos no interior da formação discursiva dos EC. Para Escosteguy (2006), tais posições revelam-se na adoção de distintos discursos sobre o método que, por sua vez, aplicam-se a diferentes problemas-objeto no amplo espectro dos estudos.

É importante ressaltar que a centralidade dos EC está nas análises com interpretações engajadas, social e politicamente, no contexto e suas implicações. Um exemplo, que pode ser citado, são os estudos sobre meios de comunicação e mídia. Segundo a perspectiva dos EC, os meios de comunicação e a mídia não podem ser vistos como exercendo uma relação linear, pois reduzindo os fenômenos a meras estatísticas, ignorar-se-á a gênese da sua complexidade: subjetividade e processos de produção de sentido. Nesse caso, o objeto como televisão, rádio, jornais, revistas, sites, etc. pode ser estudado por vários aspectos. É por essa razão que o uso da interdisciplinaridade torna-se tão vital para os EC (COSTA, 2004).

Bennett (1998), destaca que a fase inicial dos EC focalizou questões de hegemonia cultural e resistência a essa hegemonia. No entanto, na sua fase contemporânea, os EC começaram a prestar mais atenção à questão de política cultural e regulação através dos processos de governamentalidade, na educação e na mídia.

Thompson (2005), destaca como possibilidade a aproximação dos estudos de mídia empreendidos sobre a perspectiva dos EC com os estudos de Foucault sobre regulação e governamentalidade, nos quais Foucault quer chamar atenção para as táticas e técnicas de governo nas sociedades modernas e liberais, formando sujeitos que serão governados e vão exercer o governo. Segundo o autor, não é necessário tomar o conceito de governamentalidade como uma abordagem exclusiva dos EC, mas a abordagem pode ser útil para direcionar a atenção para a localização institucional, como por exemplo, as pesquisas realizadas no campo da

educação sobre o ensino e sobre as instituições educacionais onde há vários conjuntos de valores e pedagogias em circulação.

Veiga-Neto (2004), destaca que ao invés de nos sentirmos desencorajados frente às dificuldades decorrentes da dispersão de Foucault e dos EC, é preciso ter em conta que tal dispersão pode ter um lado produtivo. O que, por um lado, dificulta, por outro, pode facilitar. Se a própria ausência de um sistema unificador significa uma abertura de pensamento, nesses casos teremos, então, a nosso favor, a possibilidade de usar, parcialmente, as "porções" de pensamento que nos forem, digamos, úteis, sem comprometer muito as demais "porções".

Não devemos tomar o pensamento de Foucault como verdade absoluta, pois ele muito pode nos servir desde que não o tornemos uma lente universal da realidade.

É o próprio Foucault que nos diz (2004a, p.71).

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

Foucault não nos ofereceu um guia, um roteiro de como uma pesquisa deveria ser feita. Com frequência, ele argumentava que não defendia teorias ou metodologias que devessem ser adotadas ou seguidas (MARSHALL, 2008).

Filósofo, teórico social, historiador, Michel Foucault é descrito como um acadêmico original, um autor paradoxal, um intelectual não muito convencional, que concebe seus livros como caixas de ferramentas que os leitores podem percorrer em busca daquela que melhor lhe servir (BILLOUER, 2003).

O modo de conceber a "teoria" como uma produção de "verdades" pode estabelecer uma possível aproximação entre o pensamento de Foucault e a vertente pós-estruturalista dos EC. Bujes (2007), faz um alerta que é preciso deixar claro o sentido do termo "teoria" nas produções que seguem a vertente pós-estruturalista dos EC, já que o conceito de teoria é amplamente interrogado, questionado a partir desse campo de estudo. Assim, como destaquei nesse texto, anteriormente, o conceito de "teoria", para a vertente

pós-estruturalista dos EC, está implicado na produção da “realidade” porque, a partir da perspectiva dos EC, ao descrever um objeto, a teoria também o produz. Portanto, os conceitos não são criados como uma reprodução fiel da realidade nem tidos como inquestionáveis. Eles são vistos como parte de um contexto histórico, como significados que usamos para fazer referência a algo ou alguma coisa que consideramos como real, mas não são o único, ou o melhor modo de fazê-la.

Antes de todas e quaisquer categorias a que podemos recorrer para classificá-lo, cabe destacar, que Foucault é um pensador, que voltou seu olhar para a história das relações que o pensamento mantém como a verdade e como a correlação entre pensamento e verdade se estabelece na constituição de subjetividades. Além disso, Foucault introduziu novos temas, utilizou referências inesperadas e seus estudos produziram uma forma de pensamento que subverteu o discurso e a unicidade do pensamento moderno, do qual a racionalidade científica tornou-se a principal referência e agregou-lhe poder.

Portanto, segundo alguns autores como Veiga-Neto (2005a) e Marshall (2008), não existe um método foucaultiano ou uma teoria foucaultiana, se considerarmos a abordagem de teoria proposta pela ciência moderna. Por esse motivo, segundo os autores, é mais adequado utilizarmos o termo teorizações foucaultianas, ao nos referirmos aos escritos do autor.

Cabe salientar que o termo teorizações foucaultianas é ainda mais apropriado, quando lembramos que o que os estudos de Foucault oferecem são ferramentas de análise, ferramentas conceituais, das quais podem ser citadas as “[...] relações entre o poder e o saber, os processos de subjetivação, [...] os métodos arqueológico e genealógico, a ética, a loucura, a governamentalidade, o discurso etc.” (VEIGA-NETO, 2005b, p.81).

Albuquerque (1995, p.105), destaca que seria certamente excessivo falar em teoria do poder tratando-se de Foucault. Ele rejeitava a ideia de Teoria com “T” maiúsculo, à qual atribuía uma função de poder muito mais do que de instrumento de conhecimento. Quando trata de maneira mais sistemática do poder, Foucault prefere falar em “precauções metodológicas”, “regras”, etc., e nunca em teoria.

Segundo Marshall (2008), Foucault não defendia teorias ou metodologias que devessem ser seguidas, no entanto, a noção de problematização, desenvolvida pelo filósofo, sugere um caminho para a pesquisa. Cabe, portanto, destacar alguns apontamentos sobre o que significa o ato de problematizar um determinado objeto de pensamento, a partir do pensamento foucaultiano.

Lemos e Cardoso Junior (2009, p.353), ressaltam que para Foucault “Pensar não seria contemplar e nem descobrir um solo primeiro e original ou último e seguro, mas uma tarefa de se colocar problemas continuamente, pensar é experimentar, é problematizar”. Segundo Foucault (2006b, p.242), problematização:

[...] não quer dizer representação de um objeto preexistente, nem tão pouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política, etc.).

De acordo com Marshall (2008), para Foucault, a problematização consiste em um trabalho específico do pensamento: é o movimento através do qual nos distanciamos de nós mesmos, tornamos algo, que nos era familiar, em problema. Problematizamos quando nos interrogamos sobre os eventos como acontecimentos, sem pressuposições, sem indicações de soluções, construindo um sistema de pensamentos, sem a intenção de alcançar soluções ou de confirmar respostas previamente pensadas.

Para Foucault o pensamento é a liberdade com respeito àquilo que se faz, o movimento com que nos separamos daquilo que fazemos, com que o constituímos como objeto e o pensamos como problema. A elaboração de um dado em questão, esta transformação de um conjunto de obstáculos e de dificuldades em problemas a que as diferentes soluções buscarão dar resposta, eis o que constituem o ponto de problematização e o trabalho específico do pensamento. Portanto, o arquivo foucaultiano possibilita a problematização de conceitos e práticas que pareciam resistentes, ossificadas, institucionalizadas a uma análise mais profunda (PETERS, 2008a)

É este conceito de pensamento que, segundo Foucault, abre possibilidades para pensar um acontecimento singular que já foi tratado historicamente, mas que ainda nos atravessa. Foucault propõe liberdade à sua filosofia. O que o impulsiona e estimula é uma constante suspeita. Por se colocar fora da tradição platônica¹¹⁷ e pelo fato da perspectiva assumida por ele não se alojar neste ou naquele compartimento disciplinar, não é possível situá-lo dentro dos quadrantes tradicionais do discurso filosófico moderno (VEIGA-NETO, 2005b).

Para Foucault (2013a, p.320), a filosofia é uma forma de refletir sobre as relações com a verdade que modifica a nossa maneira de nos conduzirmos e destaca: “O que é a filosofia senão uma maneira de refletir, não exatamente sobre o que é verdadeiro e sobre o que é falso, mas sobre nossa relação com a verdade?”. Tal questionamento significa investigar até aonde os discursos de verdade sobre o indivíduo, produzidos pelas ciências humanas e pela filosofia, não podem ser separados de mecanismos de poder e de sujeições determinadas. A investigação trata da constituição de histórias atravessadas pela questão das relações entre estruturas de racionalidade que articulam

¹¹⁷A filosofia platônica concebe a ideia da existência de dois mundos, trata-se do entendimento, uma doutrina, de que vivemos num mundo que tem, acima de si, um mundo ideal, habitado por ideias e formas perfeitas, um mundo inteligível, que pode reger o que acontece aqui nesse nosso mundo imperfeito e grosseiro, um mundo sensível. O homem habita esses dois mundos (exposto principalmente nos diálogos platônicos Timeus, Teeteto e A República, transformada em doutrina, a doutrina dos dois mundos) e é o único ser capaz de sair deste nosso mundo sensível e chegar à luz do mundo inteligível onde está a verdade, num movimento denominado dialética ascendente que possibilitará alcançar a verdade e o bem. Pode-se dizer então que, tudo o que concerne aos fatos e feitos no mundo sensível diria respeito às práticas, enquanto que tudo o que concerne ao que se pensa verdadeiramente e se diz verdadeiramente sobre tais práticas diria respeito à teoria (VEIGA-NETO, 2006b). Na visão de Platão a República divide-se em três classes: os governantes, os guardiões e os artesãos, nessa divisão os governantes ou magistrados são os que detêm as aptidões política e filosófica, de modo que, ou os filósofos deveriam tornar-se reis, ou os atuais reis e soberanos deveriam ser filósofos. Na “filosofia de Platão” os filósofos “se comprazem em contemplar a verdade” (PLATÃO, 1965, p.218). O filósofo tem a função de conduzir, tem uma ação dialética sobre a verdade e a verdade está no plano das essências, enquanto, sobre os objetos particulares, apenas se formam meras opiniões (NETO e DESTRO, 2009). Para Foucault (2013, p.321) “É filosofia o movimento pelo qual, não sem esforços, hesitações, sonhos e ilusões, nos separamos daquilo que é adquirido como verdadeiro, e buscamos outras regras de jogo”. A filosofia de Foucault está fora do arco platônico, não que ele argumente contra a filosofia platônica, ele faz uma filosofia que está em outro lugar. Ele faz parte de um grupo de autores cuja filosofia não se abriga sobre o arco platônico, a filosofia para Foucault é um exercício de pensar, diferente da filosofia platônica, ela não é uma atividade privada do filósofo ela não é algo superior ela é o trabalho do pensamento sobre a ação (VEIGA-NETO – notas de aula).

discursos tidos como verdadeiros e mecanismos de sujeição a eles ligados (CANDIOTTO, 2006).

Pode se dizer que Foucault (2013b), produziu uma filosofia voltada para a história dos processos de subjetivação na cultura ocidental. Ao fazer uma ontologia, ao interrogar o que é, e pensar como chegamos a ser quem somos, Foucault empreende, uma pesquisa genealógica em torno da origem daquilo que hoje, no presente, nos apresenta. Um modo de reflexão, em que está em jogo o vínculo entre filosofia, história e atualidade que se desdobra na tarefa de pensar o hoje como diferença na história, que se converte no problema de saber quais limites podemos questionar e transgredir na atualidade.

Em relação à perspectiva que orienta a abordagem filosófica de Foucault Santos (2010), destaca que a mesma é histórica, no entanto sua noção de história se diferencia fundamentalmente, por exemplo, da perspectiva marxista, já que não supõe uma noção dialética que busca a síntese, uma dialética formal e lógica que trabalha pela solução das contradições.

Diferencia-se também da perspectiva histórica que busca nos documentos-acontecimentos “vestígios de culturas anteriores para costurar uma linha reta do tempo, apontando as continuidades de certas tradições ao longo da história, querendo rebater as multiplicidades que proliferam em categorias agrupadas por semelhanças” (LEMOS e CARDOSO JUNIOR, 2009, p.356).

Em vez disso, Foucault sugere que apliquemos o método genealógico para buscar as condições que possibilitam o aparecimento de variados discursos acerca da realidade. A ontologia proposta por Foucault tem uma perspectiva histórica, no entanto, carrega a ideia de presente. Em vez de buscar essa origem como algo inaugural, surgido em um tempo e espaço longínquos, Foucault empreende uma investigação das condições de possibilidade do conhecimento (SANTOS, 2010).

Há diferentes formas de reconstituir a história de um determinado saber, sua gênese, para Foucault, (2004a,p.16), ao buscar a origem, se encontram elementos de outros começos, meticulosidades que nos mostram que a “essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas, ou seja, que ‘o que é’ não tem substância a priori”. Restaurar a

história a partir da genealogia não é a procura de um sentido profundo, da origem elucidadora de um determinado saber, ou da sua finalidade aparentemente sustentada num valor superior. A genealogia serve para nos mostrar, segundo Foucault (2004a, p.17):

Que há “algo bem diferente” por trás das coisas: não absolutamente seu segredo essencial e sem data, mas o segredo de que elas são sem essência ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras estranhas a ela.

A partir dessas colocações pode-se dizer que para Foucault a história não é um fluxo contínuo de eventos, ela não narra o desenvolvimento harmônico e silencioso de um acontecimento, de um conceito, de uma ideia, ou de um domínio de saber. De acordo com Lemos e Cardoso Junior (2009, p.353), “as pesquisas históricas de Foucault são cartografias, mapas, diagramas que operam uma história problematizadora, que produz um pensar interrogante e estabelecido no espanto, no estranhamento, em um exercício constante de demolição das evidências”.

Veiga-Neto (2006), destaca que hoje é lugar comum dizer que o pensamento de Foucault é amplo, variado, profundo e complexo, tão recorrente e, ao mesmo tempo, tão nômade. Decorre, daí, o fato de que, ao tentarmos combiná-lo com outros campos dos saberes, colocamo-nos diante de alguns problemas sendo, um dos mais frequentes, o dilema de sermos ou (não sermos) mais (ou menos) fiéis ao filósofo. Se, por um lado, a infidelidade representa um risco, por outro talvez esteja, justamente aí, a oportunidade de fazermos aquilo que o próprio Foucault queria que fizéssemos dele e com ele: usá-lo como um instrumento, um bisturi, uma tática.

Seguindo o que nos dizem os autores, podemos pensar que as ferramentas de análise foucaultianas podem servir como instrumentos que devem ser colocados para funcionar, a fim de articular, os estudos foucaultianos com a área da saúde, assim como diversos autores como Alfredo Veiga-Neto, Maura C. Lopes, Silvio Gallo, Karla Saraiva, entre outros, têm feito para articulá-los à área da educação.

Em se tratando de um pensamento tão complexo, por vezes, até abstrato e de difícil compreensão, pode nos incorrer o seguinte questionamento: como operar com o pensamento de Foucault para problematizar o contexto da reestruturação dos hospitais universitários federais e analisar de que forma o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), utilizando os saberes da gestão que posicionam os profissionais da área da saúde dentro de uma rede de saberes que constrói formas de vida?

O caminho que encontrei e que segui para conduzir essa pesquisa, para realizar a discussão teórica é a problematização, caminho que já vem sendo indicado e utilizado por vários autores que se utilizam do referencial foucaultiano para conduzir seus estudos. Cabe lembrar, que para Foucault (2006), elaborar uma questão e problematizá-la é tornar o dado em problema. Problematisamos quando nos interrogamos sobre os eventos como acontecimentos, sem pressuposições, sem indicações de soluções, construindo um sistema de pensamentos, sem a intenção de alcançar soluções ou confirmar respostas previamente pensadas. Nessa perspectiva, problematizar não consiste em oferecer soluções para um determinado problema, mas questionar por que esta determinada experiência passou a ser objeto de investigação.

Destaco que os conceitos e pressupostos da vertente pós-estruturalista dos EC apresentam pontos de conexão com as teorizações de Michel Foucault, sobretudo com as teorizações que versam sobre os saber, poder, verdade, discurso e governamentalidade, o que de certa forma indica alguns caminhos e algumas possibilidades de acessá-las e utilizá-las como sustentação para problematizar, para olhar de forma minuciosa, as reportagens em forma de texto, que circulam nas mídias digitais online Portal G1, site Exame.com e Revista Época online como produtores de verdades, como locais onde são produzidos e circulam discursos, que nos interpelam e produzem os significados e sentidos das concepções da política econômica neoliberal.

4.4 Governamentalidade: diferentes formas de conduzir a condutas dos sujeitos e da população

Michel Foucault é definido por alguns autores como um filósofo contemporâneo paradoxal, um intelectual em ruptura com o modelo moderno, que tem como esteio a razão filosófica, que busca a verdade absoluta, isto é, em ruptura com a metafísica platônica, o racionalismo cartesiano.

Antes de todas e quaisquer categorias a que podemos recorrer para classificá-lo, cabe destacar, que Foucault é um pensador que voltou seu olhar para a história das relações que o pensamento mantém com a verdade e como a correlação entre pensamento e verdade se estabelecem na constituição de subjetividades. Para Foucault, a realidade não pode ser percebida de maneira natural em razão das suas constituições históricas. De acordo com Eizirik (2005, p.15), “Sua proposta de corte epistemológico reside justamente em romper com o pensado e se questionar em como podemos lutar e combater uma ordem discursiva imposta pela trama relacional de poder”.

Além disso, Foucault introduziu novos temas, utilizou referências inesperadas e seus estudos produziram uma forma de pensamento que subverteu o discurso e a unicidade do pensamento moderno, do qual a racionalidade científica tornou-se a principal referência e agregou-lhe poder.

Os trabalhos que desenvolveu na década de 1970, mostram uma preocupação em analisar os meios, procedimentos e instrumentos usados pelo poder para controlar e constituir o homem moderno. Nessa trajetória de estudos Foucault, foram utilizadas, como percurso, pesquisas sobre a loucura e a psiquiatria, o crime e o castigo, a doença e a medicina, analisando de que forma, mecanismos de normalização disciplinar e as técnicas de poder sobre a vida são tomados como formas de poder que, conjuntamente, são responsáveis pela objetivação e subjetivação dos indivíduos (SANTOS, 2010).

Cabe, aqui, chamar atenção que, para Foucault (2006b, p.89), o poder não é uma coisa, algo que se toma ou se dá, se ganha ou se perde, mas uma relação de forças. Ele circula em rede e perpassa por todos os indivíduos: “o poder não é algo que se adquira, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde

ou deixe escapar; o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis”.

De acordo com Castro (2009), Foucault não escreveu uma teoria do poder, o que encontramos em sua obra é uma série de análises, sobre o funcionamento do poder. De acordo com Veiga Neto (2000), Foucault desenvolveu um conceito particular de poder, que vai à contramão das teorizações feitas pelas tradições liberais, alterando todo o esquema de dominação defendido por outros autores, descaracterizando o Estado como única figura que detêm o poder, já, que ele compreende o poder não como alguma força que emane de um centro, do Estado, por exemplo. O autor argumenta que Foucault concebe o poder não como algo que se possua que seja localizável, mas como uma ação sobre outras ações, que são manifestações, que têm como objetivo estruturar o campo das ações alheias. Estabelece uma relação, que opera entre os pares, como a relação dos súditos que reivindicam ao rei, a do aluno que negocia com o professor, a dos governados que usam dispositivos legais para fiscalizar o presidente, etc. Para Foucault (2004a, p.183), “o poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer e de sofrer sua ação”.

Ao conceber o poder dessa forma, Foucault rompe com a ideia tradicional de um poder estático, que habita em um lugar determinado, exercido de cima para baixo. Isso significa que não há o poder de uma instituição estatal, mas práticas estratégicas de poder que vivificam tal instituição. Neste sentido, para Foucault não existe o “fora” do poder. Trata-se de um jogo de forças, de lutas transversais presentes em toda sociedade. Segundo Foucault (2006b, p.88):

O poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares. [...] o poder não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada.

Benites (2004), destaca que nessa forma de conceber o poder, o que está colocado em jogo são as relações entre os indivíduos ou grupos e, portanto, o objeto da análise para Foucault são as relações de poder e não, o poder em si. Outro ponto que diferencia a análise de Foucault da análise feita por outros autores é a liberdade colocada como uma condição de existência do poder, o autor argumenta que é necessário que haja liberdade para que o poder possa ser exercido, segundo Foucault (2013b, p.289):

O poder só se exerce sobre “sujeitos livres”, enquanto “livres” – entendo por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer. Não há relação de poder onde as determinações estão saturadas – a escravidão não é uma relação de poder, pois o homem está acorrentado (trata-se de uma relação física de coação) – mas quando ele pode se deslocar e, no limite, escapar.

De acordo com Maia (1995), outro aspecto importante na analítica do poder realizada por Foucault é o destaque que o autor faz ao aspecto produtivo do poder. Nesse sentido o exercício do poder deve ser compreendido como uma maneira, pela qual, certas ações podem estruturar o campo de outras possíveis ações.

Portanto, na perspectiva de Foucault, o poder não está imbuído somente de anseios repressivos, como poder de intervenção, de arbitrariedade, de controle e submissão¹¹⁸. O poder deve ser pensado também a partir de seu valor positivo, como produtor, transformador. Nesse sentido, Foucault (2004a, p.8), menciona que:

¹¹⁸Em suas análises Foucault faz distinção entre poder e violência. De acordo com Foucault a dominação pode se dar na ordem do poder ou da violência. Quando a coação é exercida na ordem do poder, os sujeitos são livres e sendo assim, poder pode suscitar diversas reações e diversos modos de comportamento, isso pode acontecer por meio de discursos, por exemplo: aquele que é dominado passa a exercer a ação sobre si mesmo, ou seja, o sujeito habitue-se a manter vigilância sobre si próprio. No entanto quando a dominação se dá na ordem da violência, não há liberdade, há pura coação, física, moral, ação violenta exige uma guarda constante como, por exemplo, nos casos de estupro, portanto, não há mais relação de poder.

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir.

Para Foucault (2004a), pensar na produtividade do poder é pensar na capacidade de responder, de emergir, de se rebelar e resistir, portanto, a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência, isso significa que não somos aprisionados, acorrentados pelo poder, portanto, podemos sempre modificar sua dominação e condições.

Como o poder se sustenta de baixo para cima, ao contrário, de se originar de cima para baixo, quanto mais alto na hierarquia de poder, menor a autonomia do indivíduo para alterar as redes de poder na sociedade. Nesse sentido, a ação individual do chefe de Governo é menos decisiva do que a do mestre na escola. Foi, por isso, que todos os Estados modernos forjaram sua nação, através da instrução pública, usando aparatos como a escola, o hospital, o exército, a fábrica e não pela vontade do rei (ALBUQUERQUE, 1995, p.109).

Nas análises de Foucault, sobre o poder, o tema central por mais que pareça ser o poder, na verdade é o sujeito. De acordo com Veiga-Neto (2005b, p.65):

Ele desloca a atenção na busca do entendimento acerca dos processos pelos quais os indivíduos se tornam sujeitos como resultado de um intrincado processo de objetivação que se dá no interior das redes de poder, que capturam, dividem e classificam.

Maia (2011), destaca que a partir da década de 1970, os estudos de Foucault voltaram-se para a genealogia do poder, cujo exercício consistiria em “conduzir condutas” e ordenar possibilidades, estruturando o eventual campo de ação dos outros. No decorrer da década de 1970, ele descreveu as tecnologias de poder postas em funcionamento, a partir da emergência do Estado Nacional europeu nos séculos XVI e XVII. Entre os anos de 1973, a

1978, seus estudos trataram sobre as tecnologias de poder que têm destaque na proteção de vida, na dimensão da regulação do corpo evidenciadas por uma anatomia política, onde o corpo humano é visto como máquina. Esses estudos foram denominados de biopoder. Também tratou sobre tecnologias de poder, nas quais, o corpo humano é considerado como elemento de uma espécie, um poder mais elaborado, que toma sob sua responsabilidade o controle, o gerenciamento e o governo da vida humana, que se ocupará da gestão global da vida, como a gestão da saúde, da higiene, da sexualidade, da natalidade, dos costumes, etc., na medida em que essas se tornam preocupações políticas, que permitem o controle de populações inteiras, as quais denominou de biopolítica.

De acordo com Santos (2010, p.12), entre os anos de 1976 e 1978, Foucault modifica o foco das suas pesquisas, mantendo, no entanto, uma estreita relação com os temas tratados nos anos anteriores, voltando sua atenção para as questões relativas à temática do governo em um plano geral e às práticas do governo político de modo mais específico. “Período no qual a análise sobre a noção de poder ganha um novo desdobramento e passa a ser pensada pela óptica da racionalidade política a partir da introdução do conceito de governo”.

Gallo (2012), destaca que no conjunto de sua obra, Foucault evidencia as diferentes formas de exercício de poder presentes no Ocidente, particularmente nos períodos que ele denomina como Clássico e Moderno, no entanto, volta-se à antiguidade, para encontrar suas procedências.

Seu interesse de pesquisa era pelo governo como atividade ou prática, ou seja, a natureza da prática de governar, que denominou de governamentalidade: uma prática de soberania política que busca governar as pessoas em conjunto e, ao mesmo tempo, se preocupa com cada indivíduo de forma individual.

O conceito de governamentalidade é apresentado e trabalhado como noção e elemento central por Foucault nos cursos, que ele lecionou no Collège de France¹¹⁹, no final da década de 1970, mais, especificamente, na aula de 1º

¹¹⁹Michel Foucault ensinou no Collège de France de janeiro de 1971 até a sua morte, em junho de 1984, com exceção, ao ano de 1977, quando gozou de um ano sabático. O Collège de

de fevereiro de 1978, ministrada no curso intitulado “Segurança, território, população” e no curso “Nascimento da biopolítica”, o qual ministrou no ano de 1979.

Para tratar sobre o conceito de governo Foucault (2013c), retoma o sentido que a palavra tinha no século XVI. É importante deixar claro que para o autor, o conceito de governo não se refere a estruturas políticas e à gestão do Estado, mas à maneira de dirigir a conduta dos indivíduos e dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes, compreendendo o governo, como atividade que diz respeito tanto à relação da pessoa com ela própria, como no que diz respeito à questão do governo no domínio político. Portanto, nessa perspectiva, o que é governado não é um Estado, um território ou mesmo uma estrutura política. O que se toma por objeto de governo são as pessoas, as coletividades, os indivíduos.

Para Foucault (2004a), o governo pode ser definido como uma maneira correta de dispor cada uma das coisas a se governar, para conduzi-las a um objetivo adequado. Nesse sentido, Santos (2011, p.18), chama atenção:

As práticas racionalizadas de governo no Ocidente têm como origem remota o poder pastoral concebido pelos hebreus, desenvolvido pelos antigos cristãos e utilizado largamente durante toda a Idade Média. Após passar por um período de crise essa forma arcaica de governamentalidade culminou na moderna racionalidade governamental posta em funcionamento do século XVI ao século XVIII pela razão de Estado.

Seguindo a sugestão de Veiga-Neto no texto “Coisas do governo” (2002), optei por substituir o termo “governo”, utilizado nas traduções brasileiras da obra foucaultiana por “governo”. De acordo com o autor, tal substituição confere maior rigor ao conceito, de maneira a distingui-lo do sentido atribuído à expressão “Governo”, que se refere às instâncias administrativas centrais, como Governo municipal ou estadual, etc. Portanto,

France é um estabelecimento de ensino superior fundado em Paris em 1530 que oferece dezenas de cursos e seminários, de livre frequência, não tendo emissão de certificados ou conferência de título de graduação aos participantes. Os professores da instituição tem de ministrar 26 horas de aula por ano, metade das quais, no máximo, pode ser dada na forma de seminários. Além disso, cada professor deve expor a cada ano uma pesquisa original, o que os obriga a sempre renovar o conteúdo que ministram. No vocabulário do Collège de France, diz-se que os professores não tem alunos, mas ouvintes (EWALD e FONTANA, 2008).

quando me referir a “governo”, estarei fazendo referência à ação de governar. “Ação, irreduzível, a uma prática transcendental do Estado, situa-se no plano de imanência de uma rede de poder que se orienta sobre diversos objetos a serem governamentalizados” (BENITES, 2004, p.278).

As artes de governar começaram a tomar corpo no início do século XVI e, efetivamente, surgem no final do século XVIII, impulsionadas por fatores como os processos de instauração dos grandes Estados nacionais, em superação a ideia de feudalismo e o movimento de dispersão e desavença religiosa, orientado pelos movimentos de reforma e contrarreforma, que questionavam o modo para encontrar a salvação, contribuíram para o surgimento da preocupação sobre como governar (FOUCAULT, 2008b).

É importante destacar que, segundo Foucault no século XVI, o problema do governo estava relacionado a múltiplos aspectos como o problema do governo de si (campo moral); o problema do governo das almas e das condutas (campo pastoral); o problema do governo das crianças (campo pedagógico) e o problema do governo dos Estados pelos príncipes (campo econômico). Foucault cita, que se alguém quer governar o Estado, deve antes saber governar a si, sua família, seus bens e apresenta o governo como a arte de operar o poder de acordo com o modelo da economia em seu sentido original: o governo da casa para a harmonia, o bem da família, ou seja, a arte de bem governar. Referindo-se ao fato de que uma sociedade em que todos conseguem se governar e governar outrem, permitirá o equilíbrio da moral, da economia e da política, (FOUCAULT, 2004a).

Foucault (2008b), demonstra que as teorias da arte de governar procuram instituir uma continuidade ascendente e descendente, sendo que, em uma continuidade ascendente, o indivíduo que espera governar o Estado, precisa ter condições de governar a si mesmo, isto é, primeiro precisa saber se governar, governar sua família, seus bens, seu patrimônio. Ao contrário, tem-se uma continuidade descendente, no sentido de que, quando um Estado é bem governado, os pais de família sabem governar bem sua família, seus bens, seu patrimônio e, por sua vez, os indivíduos se comportam como devem, nos dois casos, o elemento central desta continuidade é o governo da família, que se chama de economia. Ou seja, ambas são técnicas de dominação ao nível

macro e micro da sociedade que atingem as populações e a cada um dos indivíduos com o objetivo de alcançar o máximo de resultados, a partir de uma aplicação mínima de poder.

Parece-me interessante no sentido de dar destaque ao tema central de investigação deste estudo, trazer a seguinte questão: Como se deu a introdução da economia, isto é, a maneira de gerir corretamente os indivíduos, os bens, as riquezas no interior da família, ao nível da gestão de um Estado?

Segundo Foucault (2004a), até o início do século XVIII, a arte de governar fundava-se no poder soberano e apoiava-se no modelo concreto da família, por esse motivo, ela foi bloqueada por esta ideia de economia, que, nesta época, ainda se referia apenas a um pequeno conjunto constituído pela família e pela casa. No raiar da Modernidade, com o advento do fenómeno da população e com as condições económicas e demográficas mudando na Europa, esmaece o poder do soberano, que cuida de todos como coisas de seu território. A ocupação passou a tratar das populações que estão centralizadas, densas, aglomeradas.

As mudanças relativas aos conceitos de população e economia, que ocorreram na modernidade, procederam a alterações no conceito de governo, sendo que o uso da palavra governar se restringe as coisas relativas ao Estado, não mais como em outras épocas, em que governar se referia à maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes (VEIGA-NETO, 2005a).

Com a emergência da população, novas práticas sociais passam a dar nova configuração às instituições e possibilitam a emergência do Estado Moderno. Nessa nova configuração, são postas em destaque, técnicas de dominação ao nível macro e micro da sociedade, atingindo a população e cada um dos indivíduos, com o objetivo de atingir o máximo de resultado com a aplicação mínima de poder, descrita por Foucault, como a combinação do jogo da cidade – totalizador, com o jogo do pastor, individualizador. O jogo do pastor, daquele que cuida de seu rebanho e de cada uma das suas ovelhas é o jogo dos cuidados, um jogo que individualiza. É o olhar do pastor, que permite a sobrevivência do rebanho e promove a redenção de suas ovelhas. Portanto,

este é um poder individualizante, que cuida de cada ovelha sem descuidar do rebanho. O poder disciplinar é, aí, fundamental, pois age diretamente sobre os corpos, sobre os tempos e os espaços. Temos a constituição de corpos úteis e dóceis, de corpos produtivos, de corpos governáveis, através da minúcia dos saberes sobre eles. Além disso, o jogo da cidade se dá na emergência de novos saberes como a Estatística, a Economia, a Demografia, como também, do conjunto das disciplinas da área *psi* (psiquiatria, psicanálise, psicologia), que procuram entender os fenômenos ligados à população, a fim de controlá-la, como também, maximizar sua produtividade, bem-estar e felicidade. Então, a partir da segunda metade do século XVIII, o poder disciplinar, que se efetua em instituições como a fábrica, o exército e a escola, passa a se articular como um novo poder, agora não mais dirigido ao corpo do indivíduo, separadamente, mas que diz respeito ao cuidado da vida, ao indivíduo enquanto espécie, sendo essa forma de poder denominada por Foucault de biopoder (VEIGA-NETO, 2000).

Para lidar com os fenômenos globais, que fazem parte da vida de uma população como a natalidade, a mortalidade, a longevidade e as endemias, criam-se mecanismos mais econômicos, que vão da assistência à criação de instituições de seguridade social. É pelo biopoder que a população aparece no campo científico e político. Essa nova tecnologia de poder, não visa modificar um fenômeno na esfera individual, ela vai operar com fenômenos aleatórios e inesperados relativos à população, seja para combater doenças, seja para controlar a natalidade ou para otimizar a vida, já, que o biopoder se interessa pelo prolongamento da vida dos indivíduos de uma população (FOUCAULT, 2010).

Segundo Veiga-Neto (2005b, p.87), o biopoder pode ser entendido:

Como um poder que se aplica à vida dos indivíduos; mesmo que se fale nos corpos dos indivíduos, o que importa é que tais corpos são tomados naquilo que eles têm em comum: a vida, o pertencimento a uma espécie. (...) Se o poder disciplinar fazia anátomo-política do corpo, o biopoder faz uma biopolítica da espécie humana.

Segundo Foucault (2006b), o biopoder incorre sobre um corpo múltiplo, composto pela população. A preocupação passa a ser com a vida dos homens,

com os processos biológicos, com os processos que se referem à própria vida dos homens, tendo por objetivo a segurança e regulação da população nos seus processos de nascimento, morte, produção, etc. A família, como modelo de governo, vai desaparecer. A família, que antes era o alvo do Estado, perde lugar para a população. Em compensação, o que se constitui, nesse momento, é a família como elemento no interior da população e como instrumento fundamental e é, a partir da metade do século XVIII, que a família assume esta dimensão instrumental em relação à população, ou seja, a família continua sendo importante, porém perde o estatuto de modelo de Estado e passa a ser vista como parte da população, como demonstram as campanhas relativas ao casamento, as de vacinação, etc.

Consequentemente, todas as ações de Governo terão um foco definido, ampliado e voltado à população, que têm características próprias e produz efeitos econômicos específicos, independentes dos da família e passa então a ser o foco dessas ações. A emergência desse novo conceito de economia política só foi possível devido à mudança de concepção, que passou a ter a população como o novo objeto do Governo.

De acordo com Foucault (2008b, p.140), “[...] a população se manifesta então, como o fim e o instrumento do governo: sujeito de necessidades, de aspirações, mas também objeto nas mãos do governo”. É nesse cenário, que a estatística passa a ser saber fundamental para o governo da população, já, que o governo da população depende, em primeiro lugar, do conhecimento que se tem dela e, para tanto, é preciso isolá-la como um setor da realidade, identificar certas características e processos, que lhe serão próprios. Em segundo lugar, é preciso transformar fenômenos como nascimento, morte, casamento, doença, entre outros, em matérias, sobre as quais o cálculo político possa trabalhar, ponderando que o cálculo depende de processos de ‘inscrição’, que traduzem o mundo em traços materiais: relatórios escritos, mapas, gráficos, e números, de forma, que estes, se transformem em ações, que possam incidir sobre a conduta dos indivíduos, com a finalidade de fazê-los viver e prosperar.

Nesse sentido (FOUCAULT, 2004a, p.288), argumenta:

A população tem uma regularidade própria: número de mortos, de doentes, regularidade de acidentes, etc.; a estatística revela também que a população tem características próprias e que seus fenômenos são irreduzíveis aos da família: as grandes epidemias, a mortalidade endêmica, a espiral do trabalho e da riqueza, etc.; revela finalmente que através de seus deslocamentos, de sua atividade, a população produz efeitos econômicos específicos.

Nessa perspectiva, o saber é compreendido como tecnologia de governo, como meio, que em determinada época, a autoridade Estatal começou a usar para moldar, instrumentalizar e normalizar a conduta dos seus indivíduos. Um tipo de governo que não tem como objetivo, somente a preservação do território, mas também a maneira correta de se disporem as coisas, para produzir riqueza e fornecer meios para subsistência das pessoas. Portanto, a conduta torna-se uma preocupação política e é essencial que o governante conheça os elementos, que permitem a manutenção e o desenvolvimento das forças, da potência do Estado, para não ser dominado e tenha sua vida atenuada. Nesse contexto, o saber estatístico passa a ser balizado como a ciência do Estado, porque é este o saber que permite conhecer a potência e as fragilidades dos Estados-nação, que se desenvolvem no século XVIII (BELLO e TRAVERSINI, 2011).

O levantamento dos problemas e características da população, dentro de suas regras e suas leis, possibilitaram constituir um saber sobre a própria população, ou seja, a constituição de uma ciência, um conhecimento racional e matematizado. No entanto, a emergência política da estatística como saber do Estado, está relacionada com a arte de governar, pois esta, não se pautava mais nos costumes e tradição, mas no conhecimento racional, um saber concreto, preciso e mensurado com relação à potência do Estado. Segundo Foucault, (2006, p.376). “A arte de governar, característica da razão de Estado está intimamente ligada àquilo que se denomina estatística ou aritmética política – quer dizer, ao conhecimento das forças respectivas dos diferentes Estados [...]”.

De acordo com Bello e Traversini (2011), para assegurar a ordem e o desenvolvimento interno de suas forças, o Estado precisava desenvolver ações

para organizar, classificar, hierarquizar os problemas urbanos, que acometiam a vida nas cidades. Portanto, com a disciplinarização do saber estatístico e seu uso como ciência do Estado, os governos, além de quantificar e descrever a vida das suas populações, estabeleciam medidas e inferências sobre essa vida. A partir de então, se passou a considerar, que algumas ações podem ser realizadas para prevenir ou evitar perigos e ameaças. Também a estatística obtém relevância estratégica, como saber para governar, já, que a população e o homem transformam-se em objetos da ciência, os quais, podem ser conhecidos quanto as suas características particulares, suas regularidades podem ser produzidas, registradas, calculadas e previstas. Desse modo, para conduzir e regular a população não é satisfatório apenas produzir-lhe um saber; faz-se necessário também, comunicar, elaborar registros impressos, que possibilitem que as informações coletadas sejam acessadas, é necessário formular verdades, registrá-las em relatórios, mapas, gráficos quantificando diversos aspectos, que concernem a essa população de forma a disponibilizá-los aos governos e à sociedade. Tais dados coletados e registrados subvencionam deliberações administrativas, a fim de, manter e potencializar os atributos desejáveis da população.

A “gestão das forças estatais”, tema que se desenvolve a partir do fim do século XVII, inscreve-se na biopolítica, que segundo Foucault (2008a, p.275), é “a maneira pela qual se tentou desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças”. Novos procedimentos surgem, para além dos mecanismos individualizantes. Busca-se, num movimento de totalização, a regulação dos fatos aleatórios, que acometem uma determinada população. É uma tecnologia de poder voltada ao homem vivo, homem espécie, portanto, tem como alvo a população e a tem como um problema político e científico, isto é, um problema de relações de poder inseparável dos aspectos biológicos da vida humana. A biopolítica se utiliza de recursos, como os da estatística para medir, avaliar, inquerir, averiguar, fixar, instalar mecanismos de segurança sobre uma população de seres vivos. O nascimento da “biopolítica” marca a emergência de outros

mecanismos de gestão da vida, que procuram assegurar ao “homem-espécie” não uma disciplina, mas uma regulamentação.

O desenvolvimento da arte de governar, da governamentalidade, tem interface com a emergência do problema da população. A noção de governamentalidade refere-se ao problema da gestão das coisas e das pessoas, é o problema do governo, entendido no sentido de condução e na forma de alcançar os melhores resultados econômicos da gestão.

De acordo com Santos (2011), a partir de uma análise mais sistematizada, que Foucault empreendeu sobre as práticas governamentais e a criação de uma racionalidade política que, para além do modelo jurídico, incide sobre a população e o território, tendo em vista a instalação da segurança, do bem-estar, da promoção da vida, da higiene, que ele passa a trabalhar sobre as artes de governar e a governamentalidade.

Ao explicar os sentidos que atribuía à governamentalidade, Foucault (2008b, p.143-144), esclarece:

Por esta palavra “governamentalidade” entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e deste há muito, para à preeminência desse tipo de poder, que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros — soberania, disciplina — e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”.

Em relação aos sentidos que Foucault atribui à governamentalidade: o primeiro sentido refere-se ao conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises, cálculos, reflexões, que permitem exercer uma forma específica de poder, que tem por alvo a população, a forma de saber sobre a

economia política e sobre os instrumentos técnicos essenciais dos dispositivos de segurança. “Uma governamentalidade política, dedicada a pensar as formas de racionalidade dos Estados modernos e suas técnicas de governo da população” (CASTRO, 2009, p.190-191). De acordo com Lockmann (2013, p.57), “uma forma de racionalidade, uma forma de ser do pensamento político, econômico e social que organiza as práticas de governo desenvolvidas em um determinado tempo em uma determinada sociedade”. Diz respeito à forma como pensamos o governar, de como as tecnologias de governo são colocadas em ação, a partir de uma racionalidade política que as coloca em funcionamento em um determinado período histórico.

Avelino (2012, p.189), destaca que Foucault definira as racionalidades políticas como “fragmentos de realidade que induzem efeitos de real tão específicos como aqueles da separação do verdadeiro e do falso na maneira pela qual os homens se ‘dirigem’, se ‘governam’, se ‘conduzem’ a si mesmos e aos outros”. De acordo com Castro (2009, p.375), “A racionalidade para Foucault, tem antes de tudo um sentido instrumental: modos de organizar os meios para alcançar um fim”.

Como a racionalidade política que determina a forma de gestão das condutas dos indivíduos de uma sociedade, Lockmann (2013, p.57), aponta que “pode-se entender que as práticas, os procedimentos e tecnologias utilizadas para governar são produzidos e orientados por uma determinada racionalidade”.

A partir dessa perspectiva, desse sentido atribuído a governamentalidade é que, nesse estudo, busco analisar como uma racionalidade da atualidade determina formas de conduzir as condutas dos sujeitos, dentre eles os trabalhadores da área da saúde, e das populações, possibilitando a emergência de diversas estratégias, entre elas, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

Essa perspectiva sobre a governamentalidade ampara o entendimento de que a Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais funciona como uma estratégia de governamentalidade neoliberal, como estratégia de uma forma específica de racionalidade, que desenvolve determinadas práticas e ações na condução da conduta de todos e de cada um. Na direção de uma

racionalidade política, as práticas de gestão propostas pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, têm emergido e viabilizado a existência de um modo de vida neoliberal, atuando de forma articulada a uma razão política de governo. Aproximando-se do campo de estudos pós-estruturalistas, pode-se perceber uma conexão entre uma razão política governamental e as relações de força, que têm se colocado na produção de subjetividades no contexto neoliberal, no qual, a mídia configura-se como um dispositivo produtivo para o agenciamento da governamentalidade, na medida em que, os discursos produzidos e reproduzidos por ela operam na circulação e articulação das relações de poder, que se estabelecem na política econômica neoliberal.

O segundo sentido de governamentalidade desenvolvido por Foucault (2008b), refere-se à tendência que conduziu, em todo o Ocidente, ao predomínio de um tipo de poder chamado governo sobre todos os outros.

Foucault trata do deslocamento histórico, que ocorreu nas formas de conduzir as condutas dos sujeitos e da população, fazendo, portanto, uma história das artes de governar. Nesse percurso, ele mostra, como as diferentes maneiras de governar, de conduzir as condutas desde século XVI, até o século XX, ou seja, da “pastoral das almas”¹²⁰, até a emergência de um “governo político dos homens”¹²¹ (LOCKMANN, 2013).

O segundo sentido da governamentalidade, a forma como Foucault analisa as condições históricas, tendo como foco o a priori histórico, onde estão intrincadas as diferentes formas de conduzir as condutas, desde século XVI até o século XX, mostrando as condições que fizeram, que em um dado momento, determinado tipo de governo tivesse sido efetivamente possível; a forma como ele problematiza, desnaturaliza os acontecimentos históricos, ajudaram-me a compreender como surgiram as diferentes formas de gerir os hospitais brasileiros e como estas foram se modificando através dos tempos.

O terceiro sentido de governamentalidade desenvolvido por Foucault refere-se ao resultado de um processo, por meio do qual, o Estado de justiça

¹²⁰Refere-se a o modelo pastoral de governar os homens, estudado por Michel Foucault no curso intitulado Segurança, Território, População.

¹²¹Refere-se à emergência da governamentalidade, quando ela se torna efetivamente uma prática política.

da Idade Média se tornou, nos séculos XV e XVI, Estado administrativo e foi, gradativamente, governamentalizado.

De acordo com Gallo (2013), a partir da introdução do conceito de governamentalidade no Curso Segurança, Território, População, Foucault delineia a genealogia do Estado Governamentalizado no Ocidente, que se encaminha de um “Estado de Justiça”, a um “Estado administrativo” e, até ao “Estado de governo”. Nesse percurso genealógico, o autor mostra que a governamentalização do Estado ancorou-se no poder pastoral, ou seja, na concepção do dirigente político como um pastor e a população como um rebanho, que precisa ser aconselhado e conduzido, em nova técnica diplomático-militar, o “Estado de justiça”, e, finalmente, no “Estado de polícia”, entendido como estado administrado, concebendo a polícia¹²² como um composto de meios, que viabilizam, que as forças do Estado cresçam, mantendo, ao mesmo tempo, a boa ordem desse Estado.

Para Foucault (2004a), a ocorrência da governamentalização do Estado, fenômeno que permitiu a sobrevivência do Estado frente às complexas modificações políticas e econômicas ocorridas entre os séculos XVI e XIX, foi possível pelo concurso entre o poder pastoral, o dispositivo diplomático-militar e a tecnologia de polícia.

A governamentalização do Estado significa o processo histórico de “racionalização das práticas governamentais no exercício da soberania política.” (FOUCAULT, 2008a, p.4). No contexto da governamentalidade, o Estado não é tomado como a instituição sendo à superestrutura da sociedade, e sim como resultado de um intrincado e cambiante sistema de discursos e técnicas de regulação e poder, que resulta do processo de governo. O governo é central, pois dispõe uma forma de pensar, pelo qual, as autoridades especificam os problemas e uma forma de ação, por intermédio da qual, o governo é executado. Portanto, o governo não é uma técnica que possa ser empregada pelo Governo ou uma estratégia de ação do

¹²²Foucault (2008b) mostra o funcionamento e aplicação do Estado de polícia dentro do governo. É por meio do Estado de polícia que se desenvolve o poder de governar. Na governamentalidade é este estado permanente e constante que cumpre uma atividade soberana fiscalizatória de controle e disciplina que os Estado pode valer-se para garantir o bem estar da população, de cada cidade, que viabiliza sempre que necessário a forma de controle assumida pelo Estado.

Estado, o Estado é que, é considerado como uma tática, uma forma ativa de estabilização histórica das relações de poder na sociedade. Uma mudança de foco, a qual, Foucault chama de governamentalização. Foucault argumenta que o que é importante para nossa modernidade, para nossa atualidade, não é a estatização da sociedade, mas a governamentalização do Estado, pois segundo ele, vivemos na era da governamentalidade, desde o século XVIII (TORRES, 2014).

Esse entendimento da noção de governamentalidade é importante para problematizar questões postas na atualidade, em relação à saúde, como as ações e atividades desenvolvidas pelo Estado, que visam garantir determinados direitos assegurados constitucionalmente à população, como é o caso das políticas públicas ou, ainda, as intervenções realizadas pelo Estado com a intenção explícita de mudar uma situação específica existente, para uma situação desejada, como por exemplo, os programas governamentais de saúde. Ambas as iniciativas constituem, precisamente, a gestão das populações, uma sequência prolongada de operações, como o objetivo das tecnologias de poder, por meio das dinâmicas tanto de individualização quanto de totalização, sendo tanto uma como a outra, correspondentes a um único e mesmo processo de governo, ou seja, as políticas e os programas governamentais são processos de governamentalização em curso, na atualidade, da saúde.

Esse é um entendimento importante para esta pesquisa, na medida em que, se torna possível conceber os programas governamentais como manifestações da governamentalização do Estado moderno, ao passo que estes buscam comandar vida e controlar a ação dos sujeitos. Em geral, estes programas são voltados para a busca de uma maior eficiência no uso e mobilização dos recursos econômicos do Estado. Para tanto, eles dispõem de um conjunto de ações de poder que objetivam conduzir, governar, as condutas, ou seja, um conjunto das ações disseminadas e microfísicas do poder que objetivam conduzir e estruturar as ações do governo. Com a condução das condutas humanas, buscam atingir o máximo resultado a partir de uma aplicação mínima de poder.

É nesse sentido, que o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, o qual tem em seu texto descrito como objetivo "criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções na dimensão de ensino, pesquisa, extensão e também na assistência à saúde" (BRASIL, 2010a, s/p), pode ser visto como uma manifestação de governamentalização. Ao tratar sobre o financiamento compartilhado dos Hospitais Universitários Federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplinar o regime da pactuação global com esses hospitais, ele dispõe de um conjunto de ações de poder que objetivam conduzir, governar condutas, dentre as quais, coloco em destaque: as melhorias no processo de gestão, a reestruturação do quadro de recursos humanos, o aprimoramento das atividades, a avaliação permanente das mesmas e a incorporação de novas tecnologias no que se refere ao ensino, a pesquisa e à assistência.

Os documentos dos Ministérios da Saúde e da Educação que tratam sobre o Programa (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010a; BRASIL 2010b; BRASIL, 2011), apontam que para sanar a crise na saúde e a precarização dos hospitais universitários federais é necessário haver um processo de reestruturação dos hospitais e o alcance dessa reestruturação está condicionado a mudanças que envolvem não só a estrutura física e material, mas, sobretudo, na forma de gerir esses hospitais. É possível observar em tais documentos que há uma preocupação com o planejamento das condutas dos indivíduos que atuam nos hospitais universitários, os sujeitos trabalhadores da saúde e gestores, ou seja, o objeto da intervenção política são condutas humanas no sentido de preservar e promover a própria vida. No entanto, a preservação da vida, não se dá mais no sentido biológico, não importa o controle dos fenômenos da vida no sentido de *bios*, o que importa, o alvo é a alma, pois não existem mais corpos que precisem ser vigiados, as pessoas não estão mais limitadas dentro de um espaço de um território, agora é preciso modular cérebros, capturar memória e atenção, já que as empresas e as organizações precisam de indivíduos capazes de apreender novas capacitações, que sejam flexíveis, proativas, sujeitos em permanente processo de aprendizagem, em permanente reconfiguração de si, tornando-se empresários de si, colocando-se num

processo de gestão daquilo que, segundo Foucault (2008a), é chamado de capital humano pelo neoliberalismo. Gerir seu capital humano é buscar estratégias de multiplicá-lo. Nesse sentido, ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, caberia, dispor uma série de ações e condutas de forma a assegurar, que essas técnicas de gestão sejam apreendidas pelos profissionais da área da saúde e gestores que atuam nos hospitais universitários federais.

Posso dizer que essas três noções de governamentalidade me permitiram olhar para as racionalidades e práticas que são exercidas na atualidade, como formas de governo, modos pelos quais somos governados e nos governamos, como forma de posicionar os profissionais da área da saúde, assim como, os gestores dos hospitais universitários federais dentro de uma rede de saberes que constrói formas de vida.

No entanto, para utilizar a governamentalidade como lente teórico-metodológica, nessa pesquisa, foi preciso buscar os estudos que Foucault empreendeu sobre as modernas economias de mercado que insurgiram após a II Guerra Mundial, em particular do Ordoliberalismo alemão e o neoliberalismo americano da Escola de Chicago e sua Teoria do Capital Humano, com a intenção de perceber as marcações da governamentalidade neoliberal, que desenharam a governamentalidade contemporânea.

Nesse sentido, considero importante trazer alguns aspectos acerca do liberalismo e neoliberalismo, segundo a perspectiva foucaultiana e suas ressonâncias nas práticas e formas de gerir os hospitais na contemporaneidade, na medida em que governamentalidade foi o operador conceitual da análise que empreendi nesse estudo.

Retomando os estudos que Foucault empreendeu do processo de governamentalização do Estado, que foram publicados nos cursos “Segurança, território, população” e “Nascimento da biopolítica” cabe destacar que os mesmos tratam sobre o liberalismo como um princípio e método de racionalização do exercício de governo que, por sua vez, não deriva da teoria econômica ou jurídica, mas do mercado dado como um lugar de verificação e espaço privilegiado da racionalidade liberal (NUNES, 2013).

Veiga-Neto (2013), destaca que a partir dos estudos realizados por Foucault em meados da década de 1970, podemos compreender o liberalismo, não como um conjunto de princípios e teorias políticas, que apresenta como ponto principal a defesa da liberdade política e econômica, ou como uma ideologia que sustenta o capitalismo, mas, como modos de vida, como uma maneira de ser e estar no mundo, inventada no século XVIII, que enfatiza a troca de mercadorias, num ambiente socioeconômico, o mais livre e espontâneo possível.

De acordo com Souza (2012), Foucault não vê o liberalismo como uma doutrina econômica ou política, mas sim, uma nova racionalidade de governo, uma tecnologia de governo proveniente de uma vinculação entre práticas governamentais e um novo saber, que em meados do século XVIII, fora delimitado pela economia política. Em sua análise do poder, Foucault busca apontar que o problema da gestão da população acarretou a delimitação do liberalismo como uma arte governamental, uma maneira de agir, de operar definido como “princípio e método de racionalização do exercício do governo” (FOUCAULT, 2008a, p.323).

O liberalismo emerge como uma nova forma de racionalização da arte de governar, no qual as concepções de utilidade e de interesse determinam os limites da interferência governamental. Em vez do território, a prática governamental moderna tomou a população e a vida como objeto de gestão.

Souza (2012, p.198), indica que Foucault relaciona o século XVIII, como um período notado por uma forma de naturalismo governamental, no qual a promessa da paz contínua não se daria pelo direito ou pelo respeito às liberdades individuais, mas sim, pela própria natureza e destaca:

Além disso, Foucault afirma que a palavra liberal não significa o imediato respeito a essa ou aquela liberdade individual, pois, de fato, essa prática governamental seria consumidora de liberdades como, por exemplo, a liberdade de mercado e a liberdade de expressão. Essa nova arte de governar deverá se encarregar da produção e da gestão de liberdades. Bem, mas qual será então o cálculo que o governante deverá ter em conta para a fabricação e para a gestão das liberdades? Para nosso autor será o da “segurança”, uma vez que a segurança irá regular os jogos entre os interesses individuais e coletivos. Liberdade e segurança – é isso que vai animar internamente,

de certo modo, os problemas do que chamarei de economia de poder própria do liberalismo.

A arte de governar, segundo a razão de Estado, desenvolveu-se, a partir da compreensão de que, se governa pouco e por isso era necessário governar sempre mais, a fim de fortalecer ao Estado seus poderes e suas riquezas. O liberalismo, como uma nova arte de governar, que surge em meados do século XVIII, é permeado pela ideia de que, se governa sempre demais e, por isso, é necessário limitar o poder de governar a partir do interior do próprio Estado. A partir da emergência do liberalismo, estabelece-se um Estado e governo mínimos, pois ele passa a determinar uma insatisfação constante com o governo e cria um estilo moderado de governar, desenvolvendo a menor quantidade possível de intervenções e deixando agir as leis naturais do mercado e da sociedade. Portanto, deixar fazer, deixar passar.

Foucault (2008a, p.86), destaca que "se utilizo a palavra 'liberal', é, primeiramente, porque essa prática governamental que está se estabelecendo não se contenta em respeitar esta ou aquela liberdade, garantir esta ou aquela liberdade". O liberalismo, como prática governamental é consumidora de liberdade, na medida em que, só pode funcionar, se existe efetivamente certo número de liberdades, como por exemplo, a liberdade do mercado, portanto, ela necessita de liberdade e consome liberdade porque é compelida a produzi-la e é compelida a organizá-la.

Para o liberalismo, o mercado tem sua natureza, sua verdade natural e a partir delas que as regras econômicas passam a ser reguladas, dessa forma haverá a formação de um bom preço, de um preço verdadeiro. Por sua vez, o mercado passará a ser visto como lugar de formação da verdade, de veridicção. De acordo com Foucault (2008b, p.45), os preços "vão constituir um padrão de verdade, que vai possibilitar discernir nas práticas governamentais, as que são corretas e as que são erradas". Logo, o mercado deve revelar, deve dizer a verdade sobre a prática governamental, verdade que surgirá sempre dos seus processos naturais e espontâneos; a arte liberal de governar deve ser regulada por essa naturalidade do mercado, sem intervenções.

No jogo econômico da liberdade, os agentes percebidos como os parceiros da economia, são considerados como os produtores do consenso político. Segundo Foucault, (2008b, p.62):

O liberalismo, o jogo: deixar as pessoas fazerem, as coisas passarem, as coisas andarem, *laisser-faire*, *laisser-passer* e *laisser-aller*, quer dizer, essencial e fundamentalmente, fazer de maneira que a realidade se desenvolva e vá, siga seu caminho, de acordo com as leis, os princípios e os mecanismos que são os da realidade mesma.

No entanto, a liberdade dos sujeitos, oriunda do liberalismo, não pode ser tal, que ameace a população, os demais sujeitos que a constituem. Sob essa ótica, pode-se dizer que o liberalismo mais do que uma ordem de liberdade é um organizador de liberdade, já, que ao mesmo tempo em que é preciso produzir a liberdade, é também, preciso controlá-la de forma que os interesses individuais não se sobreponham aos interesses coletivos, para tanto, terá sempre como preceito a segurança, como forma de controlar os perigos que cercam os indivíduos. Foucault (2008a, p.88) comenta:

Logo, a liberdade no regime do liberalismo não é um dado, a liberdade não é uma região já pronta que se teria de respeitar, ou se o é, só o é parcialmente, regionalmente, neste ou naquele caso, etc. A liberdade é algo que se fabrica a cada instante. O liberalismo não é o que aceita a liberdade. O liberalismo é o que se propõe fabricá-la a cada instante, suscitá-la e produzi-la com, bem entendido, [todo o conjunto] de injunções, de problemas de custo que essa fabricação levanta.

O problema da segurança centra-se em preservar o interesse coletivo dos interesses individuais e, também, preservar os interesses individuais em relação aos excessos oriundos do interesse coletivo. O jogo entre a liberdade e a segurança está no núcleo dessa razão governamental

De acordo com Foucault (2008b), a arte liberal, como arte de governar traz consigo: a produção do perigo, manutenção das práticas disciplinares, aumento do controle e das intervenções.

Em relação à produção do perigo é fundamental que os sujeitos percebam que vivem em uma situação de ameaça, perigo constante, não há liberalismo sem a cultura do perigo. Nesse sentido Foucault (2008a, p.90-91) coloca:

Podemos dizer que, afinal de contas, o lema do liberalismo é 'viver perigosamente'. 'Viver perigosamente' significa que os indivíduos são postos perpetuamente em situação de perigo, ou antes, são condicionados a experimentar sua situação, sua vida, seu presente, seu futuro como portadores de perigo. E é essa espécie de estímulo do perigo que vai ser, a meu ver, uma das principais implicações do liberalismo. [...] Enfim, por toda parte vocês vêem esse incentivo ao medo do perigo que é de certo modo a condição, o correlato psicológico e cultural interno do liberalismo [...].

O liberalismo como uma arte de governar é ao mesmo tempo gestor dos perigos e dos mecanismos de segurança e liberdade. É nesse sentido, que se estabelece uma cultura do perigo, com emersão dos perigos cotidianos e nesse cenário insurgem as campanhas relativas à doença, à higiene, ao problema da sexualidade e da degeneração do indivíduo, da raça, da família e da espécie humana.

Em relação à manutenção das práticas disciplinares, essas não foram deixadas de lado, elas continuam no centro dessa arte de governar, elas se encaixam, integram, modificam e incrustam-se nas técnicas disciplinares existentes. A articulação entre liberalismo e disciplina acontece por meio dos mecanismos de vigilância, os quais caracterizam um tipo de governo que vigia constantemente, mas que só intervém quando é realmente, muito necessário. (LOCKMANN, 2013). Nesse sentido, Araújo (2009), destaca que quanto maior e mais eficiente for a vigilância, maior a produtividade. Isso caracteriza um tipo de governo que vigia e só interfere quando algo não funciona bem nos comportamentos esperados, nas trocas lucrativas, na vida econômica. Há uma conjunção entre liberalismo e disciplina.

Em relação ao aumento do controle e das intervenções, nessa arte liberal de governar, há uma extensão dos procedimentos de controle, de pressão, de coerção, que vão constituir a contrapartida e o contrapeso das liberdades. Trata-se de dispor de mais liberdade e mais controle. Já que

segundo Foucault, (2008a, p.69). “[...] o controle não só disciplina, mas é o princípio motor”.

Pode-se dizer que a proposição dessas intervenções no cenário econômico, mais especificamente da prática econômica, levou à denominada crise do liberalismo, que está entremeada a crise do dispositivo geral de governamentalidade e é esta crise que possibilita a formulação e a emergência de novas artes de governar como as formas neoliberais de governar que se desenvolveram no decorrer do século XX.

Sobre as maneiras contemporâneas de governar, os trabalhos de Foucault têm como foco dois desdobramentos, ambos vinculados à prática liberal no século XX que são: o liberalismo alemão do Pós-Guerra, período entre 1948 e 1962 e o neoliberalismo norte-americano da Escola de Chicago, cujas ideias passam a ter grande difusão a partir de 1973, quando os países imperialistas entram em recessão, depois de quase trinta anos, de crescimento econômico (CANDIOTTO, 2010).

Cabe ressaltar que Foucault não toma o liberalismo, assim como as matrizes do liberalismo contemporâneo como o ordoliberalismo e o neoliberalismo enquanto teorias econômicas, ele os entende enquanto prática de governo, enquanto meios de racionalização da prática governamental no exercício da soberania política. No entanto, é importante colocar em evidência que foi o contexto pós-guerra e as exigências de reconstrução de uma economia instável na Alemanha, que possibilitou que o ordoliberalismo e o neoliberalismo emergissem como formas de governar.

O ordoliberalismo¹²³, enquanto teoria, como uma escola de pensamento econômico, foi gestado na Escola de Friburgo Alemanha, entre os anos de 1930 e 1950, por um grupo de economistas, tendo como maior expoente intelectual Walter Eucken. As bases e concepções político-econômicas do ordoliberalismo enfatizam que o Estado deve criar um meio legal ajustado à

¹²³O termo ordoliberalismo deriva do latim *ordo*, que significa em relação à ordem interna, em contraste com ordenado “de fora”, ou imposto externamente. O termo foi cunhado pelos juristas Franz Böhm e Hans Grossmann-Doerth que publicaram uma série de artigos sob o título *Ordnung der Wirtschaft* (tradução para a língua portuguesa: Ordenamento da Economia) em um jornal acadêmico alemão chamado “Ordo” (tradução para a língua inglesa: The Ordo Yearbook of Economic and Social Order, conhecido por Ordo Yearbook, ou ORDO) que foi publicado pela primeira vez no ano de 1948 (KLEIN, 2014).

economia e estabelecer um padrão saudável de concorrência por meio de parâmetros que aderem as concepções do mercado.

O ordoliberalismo emergiu na Alemanha em oposição ao nacional-socialismo e as bases das convicções cristãs, constituindo-se como uma terceira via, já, que os seus princípios não versam nem sobre uma economia totalmente gerenciada pelo Estado, como o método socialista, nem sobre uma radicalização do *laissez-faire*¹²⁴, em que os mercados ditam a estrutura da competição, na qual, o Estado tem um papel mínimo na intervenção dos processos econômicos. O conceito ordoliberal fundamenta-se nos seguintes pontos: criar uma "ordem" (ordo) que evite as falhas dos mercados, dificultando o abuso de poder econômico, organizar a economia com mercados eficientes e competitivos, assegurar uma "ordem" forte para uma economia justa numa economia social de mercado. Ordoliberalismo sustenta que o Estado deve criar um ambiente legal, adequado para a economia e manter um nível saudável de concorrência estabelecendo estratégias que estejam alinhadas às concepções do mercado, assim como controlar a expansão do mesmo.

De acordo com Foucault (2008b), pode-se dizer que para os ordoliberais, o próprio Estado é pensado por eles com base na instituição econômica, pois, seria ela, produtora da soberania e criadora do direito público. A liberdade econômica é considerada como aquela que produz consenso permanente na sociedade.

De acordo com Oliveira (2013), o pensamento ordoliberal foi fabricado na reconstrução do Estado alemão, frente às condições do país após a II Guerra Mundial, período em que foram estabelecidos princípios administrativos da economia e implantadas mudanças na forma de se lidar com a macroeconomia. O ordoliberalismo é descrito como o contraponto para a maneira de organização que visava à nacionalização generalizada e o planejamento central total aos moldes socialistas russos. É considerada por

¹²⁴É parte da expressão "*laissez-faire, laissez-zaller, laissez-passer*", que significa literalmente "deixai fazer, deixai ir, deixai passar". Expressão tida como símbolo do liberalismo econômico, e significa de acordo com essa perspectiva que o mercado deve funcionar livremente, sem interferência, apenas com regulamentos suficientes para proteger os direitos de propriedade, assim como estimula a competição entre as empresas e diminuição da participação do governo na economia.

alguns intelectuais como uma espécie de “terceira via” entre os modelos econômicos: socialismo e capitalismo dominantes na época.

Depois do final da II Guerra Mundial, os alemães estavam submetidos ao controle de preços e racionamentos determinados por britânicos e americanos que ocupavam parte do território alemão. Tendo como base as publicações do intelectual Walter Eucken, foram lançadas medidas, cujo objetivo era a retomada do crescimento da Alemanha, dentre elas o lançamento do marco alemão como uma nova moeda, a cessação das cotas e fixação de preços e, principalmente, no cerne do pensamento ordoliberal, a quebra da centralização de controles que geram monopólios. Essas medidas implicaram na retomada da produção e a retomada do crescimento econômico na Alemanha Ocidental do pós-guerra. O ordoliberalismo funcionou como uma teoria desenvolvimentista, que pensava em um desenvolvimento rápido para a Alemanha, sem acumulação primitiva de capital, preocupando-se com a exportação rápida, diluição e desvalorização da própria moeda frente ao mercado monetário (KLEIN, 2014).

De acordo com Oliveira (2013, p.4), “o ordoliberalismo foi uma nova maneira de pensar a gestão da economia no seio do liberalismo e sendo um contraponto às lógicas de gestão centralizadas e controladas pelo aparato estatal, como a maneira hitlerista e socialista”. Entre os principais princípios do ordoliberalismo estão: a disposição de meios que criam obstáculos para a degeneração competitiva, a descentralização economia em favor da não cartelização nas questões econômicas. O papel do Estado era tido como positivo, contra interesses privados, cuja normatividade bem construída, regrada e posicionada para os agentes econômicos, favorecia o livre empreendedorismo e o livre mercado. Assim, esses esforços tinham que vir acompanhados da legalização, institucionalização da economia que atinge o crescimento e desenvolvimento econômico sem concentrações. Nesse sentido o ordoliberalismo é considerado liberal porque acredita na liberdade de competição nos mercados, mas que deve ser diferente do livre mercado com separação do Estado. Para que haja liberdade de competição nos mercados, o Estado tem o seu papel de determinar uma legislação rigorosa de lei de competitividade, em caso de monopólios, controlar, de maneira a extingui-los.

Candiotto (2010, p.42), destaca que no ordoliberalismo “[...] a regulação dos preços pelo mercado é a única referência da economia racional; no entanto, a fragilidade dessa economia exige que seja constantemente ordenada por uma política de intervenções sociais para ajudar os desempregados, os pobres etc.”.

De acordo com Foucault (2008b), pode-se dizer que o ordoliberalismo alemão não é um governo econômico que precise respeitar as leis econômicas e sim, um governo de sociedade que tem uma política que intervém na sociedade, portanto, é a sociedade que é a finalidade do governo, o alvo governamental.

De acordo com Candiotto (2010), o neoliberalismo norte-americano foi concebido pelos membros da Escola de Chicago¹²⁵ e segue um caminho contrário ao liberalismo social alemão, ordoliberalismo. Para o neoliberalismo norte-americano, a razão da economia racional não é exclusivamente a instauração dos preços; ela é ampliada a domínios não diretamente econômicos, tais como a família, a educação, o controle de natalidade, a saúde etc. Os problemas específicos da vida e da população são considerados, parte da economia racional que, por sua vez, é vista como o modelo formal do conjunto dos problemas sociais.

Neoliberalismo pode ser tomado como um conceito cujo uso e definição têm passado por modificações ao longo do tempo. Destaco que tomarei alguns desses conceitos oriundos de diferentes perspectivas, assim como destacarei alguns aspectos que possibilitaram que o neoliberalismo emergisse enquanto prática de governo no decorrer do século XX.

Segundo Moraes (2001, p.10), o termo neoliberalismo refere-se a “Um conjunto de políticas adotadas pelos governos neoconservadores, sobretudo a partir da segunda metade dos anos 1970, e propagadas pelo mundo a partir

¹²⁵O termo "Escola de Chicago" foi concebido na década de 1950 para se referir aos professores que lecionavam no Departamento de Economia da Universidade de Chicago, bem como em áreas acadêmicas relacionadas como a Escola Superior de Administração e a Faculdade de Direito. É o termo utilizado para referir-se a Escola de pensamento econômico que tem como expoentes Milton Friedman e George Stigler, ambos ganhadores do Premio Nobel de Economia. As ideais dessa escola estão associadas ao liberalismo econômico, ao *laissez-faire* quase absoluto, além de enfatizarem estudos empíricos baseados no uso de estatísticas, dando menor ênfase à teoria econômica e maior importância à análise estatística de dados.

das organizações multilaterais criadas pelo acordo de Bretton Woods (1945)¹²⁶[...]”, cujas ideias passam a ter grande difusão no momento em que países imperialistas entram em recessão depois de muitos anos de crescimento econômico.

O livro “O caminho da Servidão”, de Friedrich Hayek, escrito em 1944, se destaca como uma das obras de referência na defesa do liberalismo clássico ou liberalismo econômico. Sua tese versa sobre os regimes totalitários, como o coletivismo socialista, tornavam os cidadãos servos do Estado, que deles acabava se servindo como melhor lhe conviesse. O que se aponta de fundamental na obra, é a crítica à racionalidade econômica, em que prima à individualidade ou das pessoas ou das empresas. Essa obra é considerada, por alguns autores, como a principal base teórica do neoliberalismo enquanto doutrina econômica.

No início dos anos de 1970, a crise do sistema de produção capitalista fora impulsionado por fatores como, o desemprego gerado pela automação na indústria fordista. A esse fator soma-se a decadência do Keynesianismo¹²⁷, a queda da taxa de lucro, esgotamento do modelo taylorista/fordista de produção,

¹²⁶O acordo de Bretton Woods foi firmado no ano de 1944 na cidade de Bretton Woods, estado de New Hampshire, nos Estados Unidos, ocasião em que 730 delegados de 44 países, entre eles o Brasil, encontraram-se, para a Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas, cujo objetivo era reconstruir o capitalismo mundial, a partir de um sistema de regras que regulasse a política econômica internacional. Como intervenções, fora definido que cada país manteria a taxa de câmbio de sua moeda "congelada" ao dólar, com margem de manobra de cerca de 1%. A moeda norte-americana, por sua vez, estaria ligada ao valor do ouro em uma base fixa. Além disso, foram criadas instituições multilaterais encarregadas de acompanhar esse novo sistema financeiro e garantir liquidez na economia: o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) e posteriormente a Organização das Nações Unidas (ONU) (BARRETO, 2009, s/p).

¹²⁷O teoria econômica que emergiu no início do século XX que fundamenta-se nas ideias do economista inglês John Maynard Keynes que argumenta sobre a necessidade de intervenção do estado na economia com o objetivo atingir o pleno emprego. Esta teoria se opõe ao liberalismo econômico e tem como objetivos principais: defesa da intervenção estatal na economia, principalmente em áreas onde a iniciativa privada não tem capacidade ou não deseja atuar; defesa de ações políticas voltadas para o protecionismo econômico; defesa de medidas econômicas estatais que visem à garantia do pleno emprego, que seria alcançado com o equilíbrio entre demanda e capacidade de produção; defesa de que o papel fundamental de estimular as economias em momentos de crise e recessão econômica e a defesa de que a intervenção do Estado deve ser realizada pelo do cumprimento de uma política fiscal para que não ocorra crescimento e des controle da inflação. O keynesianismo foi à doutrina econômica que deu suporte ao plano New Deal do presidente Franklin Delano Roosevelt, voltado para tirar a economia norte-americana da profunda crise provocada pela quebra da Bolsa de Valores em 1929 e também aos países europeus, cujas economias estavam desestabilizadas, após a segunda guerra mundial, situação em que se entendia ser de fundamental importância à interferência do Estado, como fonte de promoção do desenvolvimento econômico e social.

crise do Estado de bem-estar social - Welfare State¹²⁸ e o crescimento excessivo da esfera financeira e aumento de privatizações, a esses fatores, soma-se a recessão combinada à inflação. O desenvolvimento tecnológico, principalmente no campo das comunicações e da economia mundial, tornava cada vez mais integrada, a dinâmica transnacional, já o capital financeiro se tornava cada vez mais independente dos mecanismos de controle dos Estados Nacionais. De acordo com Harvey (2008), para os neoliberais, a crise do sistema se constituía no poder excessivo dos sindicatos e do movimento de trabalhadores, que ao garantir a expansão dos direitos sociais tinham impulsionado o desgaste da lucratividade das empresas. Simultaneamente a esses fatores, o pressuposto neoliberal de Estado mínimo, no que se trata do encaminhamento das garantias sociais, para a classe trabalhadora nos países capitalistas centrais, começava a delinear-se (FERRAZ, 1999).

Cabe destacar que, as problematizações de Foucault sobre o neoliberalismo norte-americano privilegiam dois princípios nessa forma de governo que são: a Teoria do Capital Humano e o programa de análise da criminalidade e da delinquência. Não me deterei no programa de análise da criminalidade e da delinquência, me concentrarei, apenas, na Teoria do Capital Humano, por ser esse, o princípio que tem relação com a investigação que empreendi.

Segundo Viana e Lima (2010), o estudo da teoria do crescimento econômico tem sido empreendido por teóricos do campo da economia com o objetivo de buscar entender os principais fatores e mecanismos que determinam o crescimento econômico, procurando justificar seu desequilíbrio entre países e regiões. Até meados da década de 1950, vários estudos, influenciados pela economia clássica, consideravam que o crescimento se

¹²⁸ Pode ser definido como uma perspectiva de Estado para o campo social e econômico, na qual a distribuição de renda para a população, bem como a prestação de serviços públicos básicos, é visto como uma forma de combate às desigualdades sociais no qual o Estado é o agente que promove e organiza a vida social e econômica, proporcionando aos indivíduos bens e serviços essenciais, como saúde e educação durante toda sua vida, além de garantia de direitos trabalhistas, para tanto entende-se que o Estado precisa regular a economia. De acordo com Hypolito (2008) esse tipo de organização estatal foi muito criticado após a crise econômica dos anos de 1970, por causa dos custos econômicos do bem-estar social, da demasiada taxação individual e corporativa, dos vultuosos gastos para manter a burocracia estatal que eram identificados como uma inibição à competitividade e ao empreendimento.

dava em função dos fatores de produção, como recursos naturais, capital e trabalho existente em cada país ou região. Porém, com o desenvolvimento de novos estudos relacionados à teoria do crescimento econômico, notou-se a existência de certa incoerência nessa análise, uma vez que os rendimentos de alguns países eram desuniformes em relação ao capital físico. Os estudos de Jacob Mincer (1958)¹²⁹, Theodore Schultz (1964) e Gary Becker (1960,1964)¹³⁰, indicavam que a abordagem clássica dos modelos de crescimento econômico, que incorporava os fatores de produção, era insuficiente para explicar a elevação da produtividade e do crescimento que ocorria em alguns países e regiões e indicaram que, além da atribuição do capital físico à teoria do crescimento econômico, havia outra variável implícita nos modelos estudados ainda não atribuída a essa teoria: o capital humano.

A Teoria do Capital Humano foi anunciada pelo economista norte americano, professor da Universidade de Chicago, Theodore Schultz, no ano de 1960, no entanto, só foi publicada em 1962, em um suplemento da revista científica americana *Journal of Political Economy*, dedicado ao tema do investimento em seres humanos (SAUL, 2004).

A Teoria do Capital Humano compreende capital humano, como o conjunto de capacidades, conhecimentos, competências e atributos que favorecem a realização do trabalho de modo a produzir valor econômico.

¹²⁹Jacob Mincer, professor de Economia e Relações Sociais na Universidade de Columbia no período de 1959 a 1991 é considerado o precursor das ideias que deram ajudaram a compor Teoria do Capital Humano. Foi ele que indicou a correlação entre o investimento para a formação das pessoas, no caso de trabalhadores e a distribuição de renda pessoal. Para o autor, era necessário decidir de forma individual e racional entre gastar tempo para obter novos conhecimentos e aplicá-los posteriormente em atividades profissionais ou manter-se no trabalho sem novas formas de treinamento e estudo de novos conhecimentos. A partir dessa perspectiva, o autor conclui que a dispersão entre os rendimentos pessoais relacionava-se ao volume de investimento realizado em capital humano, os quais repercutiriam na produtividade e no crescimento da economia (VIANA e LIMA, 2010).

¹³⁰Gary Stanley Becker, professor na Universidade de Columbia de 1957 a 1968 e na Universidade de Chicago de 1968 a 2014, foi responsável por desenvolver e divulgar a Teoria do Capital Humano. Para Becker o capital humano é um conjunto de capacidades produtivas que uma pessoa pode adquirir, devido à acumulação de conhecimentos gerais ou específicos, que podem ser utilizados na produção de riqueza. Os indivíduos podem decidir investir em educação, levando em conta seus custos e benefícios, atribuindo, entre estes melhores rendimentos, maior nível cultural e outros benefícios não-monetários. A partir dessa perspectiva indica que o nível de capital humano de uma população tem influencia no sistema econômico de diversas formas, como por exemplo, interferindo no aumento da produtividade, dos lucros, do fornecimento de maiores conhecimentos e habilidades, e também por resolver problemas e superar dificuldades regionais, contribuindo com a sociedade de forma individual e coletiva (VIANA e LIMA, 2010).

Atributos esses que são adquiridos por um trabalhador por meio da educação, perícia e experiência.

Saul (2004), destaca que Theodore Schultz, em um encontro da Associação Americana de Economia, realizado em dezembro de 1960, proferiu um discurso, no qual buscou estabelecer a constituição do capital humano e as condições da sua formação, defendendo residir nessa forma de entender a capacitação das pessoas, para a solução de muitas incoerências relacionadas ao desenvolvimento do crescimento econômico dos Estados Unidos. Nesse discurso, Schultz indica que a avaliação, o investimento em capital humano deviam ser considerados diferentes de consumo, tanto pelas suas dimensões quantitativas, quanto pelas dimensões qualitativas. Não obstante a dificuldade de medição desse tipo diferenciado de capital, algumas atividades poderiam ser destacadas como promovendo as capacidades humanas. Assim, por exemplo, os serviços de saúde, envolvendo as despesas que afetem a expectativa de vida, o vigor e a vitalidade das pessoas. Outro ponto a considerar era o treinamento no emprego, incluindo a aprendizagem organizada pelas empresas. Também deveria incluir-se: a educação formal, em seus diferentes níveis, os programas de educação de adultos, incluindo os programas de extensão, principalmente na agricultura. Ele ainda citava o processo de migração de indivíduos e de famílias para ajustar-se às oportunidades de emprego, em constante transformação. Para ele, o lapso em desconsiderar os recursos humanos como uma forma de capital, de compreendê-lo como um meio de produção, como um produto de investimento, fomentou a sustentação de uma clássica e superada noção de trabalho, na economia em geral. Essa noção correspondia a entender o trabalho como a capacidade de realizar trabalho manual que exigisse escasso conhecimento e especialização. De acordo com essa forma de ver o trabalho, os trabalhadores eram pensados como uniformemente dotados. Entender o trabalho como medida de um fator econômico dessa natureza, seria não menos sugestivo do que contar as máquinas para determinar a sua importância como capital ou como fluxo de serviços produtivos. Nesse sentido, o capital humano, capital incorporado aos seres humanos, seria o componente explicativo fundamental do desenvolvimento econômico desigual entre países.

A Teoria estruturada por Schultz aplica o conceito de capital a seres humanos, no sentido de transformar pessoas em capital para as empresas, de forma que indivíduo e o capital não podem mais ser percebidos separadamente. De acordo com Lockmann (2013,p.87), “trata-se de compreender que as habilidades, as competências, as aptidões de um indivíduo constituem, elas mesmas, o seu próprio capital”.

De acordo com Gadelha (2009, p.177), nesses termos, a economia política passa a ter como objeto o comportamento humano, ou melhor, a racionalidade interna que o anima.

Trata-se de estudar o trabalho exercido pelos indivíduos como uma conduta econômica, e de tentar entender como essa conduta é praticada, racionalizada e calculada por aquele que a exerce. Por outro lado, sob a perspectiva dos economistas da Escola de Chicago, já não faria muito sentido pensar o indivíduo e o capital como exteriores um ao outro [...]. Pois, sob a sua ótica, as competências, as habilidades e as aptidões de um indivíduo qualquer constituem, elas mesmas, pelo menos virtualmente e relativamente independente da classe social a que ele pertence, seu capital; mais do que isso, é esse mesmo indivíduo que se vê induzido, sob essa lógica, a tomar a si mesmo como um capital, a entreter consigo (e com os outros) uma relação na qual ele se reconhece (e aos outros) como uma microempresa; e, portanto, nessa condição, a ver-se como entidade que funciona sob o imperativo permanente de fazer investimentos em si mesmo - ou que retornem, a médio e/ou longo prazo, em seu benefício - e a produzir fluxos de renda, avaliando racionalmente as relações de custo/benefício que suas decisões implicam [...] O indivíduo moderno, a que se qualificava como sujeito de direitos, transmuta-se, assim, num indivíduo-microempresa: Você S/A. E é justamente por isso que a economia, desde então, já não mais se resume à preocupação com a lógica histórica de processos ligados à produção, mas passa a se concentrar nos modos mediante os quais os indivíduos buscam produzir e acumular capital humano.

Cabe destacar que para Foucault (2008a), transformar pessoas em capital para as empresas, de forma que indivíduo e o capital não podem mais ser percebidos separadamente ampara-se no modelo neoliberal norte-americano, modelo que amplia a racionalidade de mercado, que ultrapassa o

econômico adentrando a vida pessoal, a vida familiar de forma a dirigi-la, e modelá-la.

Ao fazer da sociedade o objeto de intervenção governamental, o neoliberalismo introduziu a regulação de mercado como princípio regulador da sociedade. Na sociedade, o elemento regulador é constituído pelos mecanismos de concorrência e não mais só de troca. Portanto, o *homo oeconomicus*, que emerge desse processo, não é o homem da troca, o homem consumidor, mas o homem-empresa ligado, sobretudo, à ideia de produção.

Foi na aula de 28 de março de 1979, ano em que ministrou o curso Nascimento da Biopolítica proferido no Collège de France, como uma forma de retomar a relações entre direito, economia e política, que Foucault efetuou uma análise sobre o nascimento de um novo homem, desse novo homem o qual denominou de *homo oeconomicus*, e de um novo sujeito, o sujeito de interesse. Eis que surge o empresário de si mesmo, o *homo oeconomicus*, o investidor de si mesmo.

Segundo Foucault (2008a), o *homo oeconomicus* é aquele que aceita a realidade e precisamente, por isto, é altamente governável por uma governamentalidade que operará sistematicamente sobre o meio, reconformando-o e determinando indireta e persistentemente a conduta livre do agente econômico individual.

De acordo com Hamann (2009), o *homo economicus* neoliberal é livre e autônomo, totalmente responsável por percorrer o campo social utilizando cálculos de escolha racional e custo-benefício, descartando todos os demais valores e interesses. Os que falharem e não prosperarem, sob tais condições sociais, não podem atribuir a culpa pelo fracasso a ninguém, nem a coisa alguma, além de si mesmos, já que os sujeitos neoliberais são constituídos como plenamente responsáveis por eles mesmos, e apenas eles, pois são subjetivados como plenamente autônomos e livres.

A racionalidade neoliberal permite que se evite qualquer tipo de responsabilidade coletiva, estrutural ou governamental pela vida, ainda que exemplos disso tenham aumentado nas últimas décadas. Em vez disso, populações empobrecidas, quando reconhecidas de alguma forma, são tratadas como “oportunidades” de investimento. Isso é possível porque *homo*

oeconomicus neoliberal é um sujeito produzido por meio de uma forma de conhecimento e de relações de poder que buscam encorajar e reforçar práticas individuais de subjetivação. Os efeitos do assujeitamento produzidos no âmbito da vida cotidiana por intermédio da “condução da conduta”, ou seja, o governo dos outros, assujeitamento e o governo de si, subjetivação (GADELHA, 2009; HAMANN, 2009).

É nesse sentido que a Teoria do Capital Humano, que tem a capacitação e a formação educacional e profissional dos indivíduos como seu foco central, aparece, aqui, como elemento estratégico a ser investido por essa nova modalidade da condução da conduta: a governamentalidade neoliberal. A conexão da Teoria do Capital Humano com a educação se dá na mesma proporção da importância da Teoria do Capital Humano com a educação, no sentido, desta última, funcionar como investimento cuja acumulação permitiria não só o aumento da produtividade do indivíduo-trabalhador, mas também a maximização crescente de seus rendimentos ao longo da vida. Trata-se de uma governamentalidade que busca planejar estrategicamente as atividades e os comportamentos dos indivíduos; um tipo de governamentalidade que busca programá-los e controlá-los em suas formas de agir, de sentir, de pensar e de situar-se diante de si mesmos, da vida que levam e do mundo em que vivem, utilizando-se de certos processos e políticas de subjetivação: novas tecnologias gerenciais no campo da administração, práticas e saberes psicológicos voltados à dinâmica e à gestão de grupos e das organizações, propaganda, publicidade, marketing, literatura de autoajuda etc. Tais processos e políticas de subjetivação, traduzindo um movimento mais amplo e estratégico que faz dos princípios econômicos, de mercado, as concepções normativas de toda a sociedade, por sua vez transformam o que seria uma sociedade de consumo numa sociedade de empresa, uma sociedade empresarial, ou de serviços, levando os indivíduos a modificarem a percepção que têm de suas escolhas e atitudes referentes às suas próprias vidas e às de seus pares, de modo a que estabeleçam cada vez mais entre si relações de concorrência (GADELHA, 2009).

A partir de tais considerações, podemos observar, na atualidade, os desdobramentos efeitos dessa forma de governamentalidade neoliberal nos

domínios do trabalho. Um desses desdobramentos é de que a Teoria do Capital Humano se constitua no âmbito empresarial, disseminando-se posteriormente para as instancias socioculturais, assistenciais e para aquelas propriamente educativas, uma espécie de cultura do empreendedorismo (LOPEZ-RUIZ, 2007).

Nesse sentido, destaco que no material empírico dessa investigação, que são as reportagens em formato de texto sobre a gestão dos hospitais universitários federais, veiculadas nas mídias digitais Portal G1, site Exame.com e Revista Época online, pode-se encontrar anunciadas uma série de estratégias e técnicas que vão agir indiretamente sobre os trabalhadores da área da saúde e gestores desses hospitais e que permitirão aumentar, sem que estes se deem conta, a sua produtividade e o autogoverno.

Focalizo que tais estratégias estabelecem uma relação muito próxima com a Teoria do Capital Humano e sua interface com a capacitação e a formação educacional e profissional dos indivíduos. Um exemplo, que pode ser citado são os programas de gestão pela qualidade e gestão de excelência como os utilizados para a revitalização e reestruturação dos hospitais universitários federais, que utilizam tecnologias gerenciais no campo da administração, que têm como foco o desenvolvimento de competências, na formação dos trabalhadores da área da saúde e gestores, nos processos de aprendizagem dos trabalhadores, o aprender a aprender.

Percebe-se que a concepção empreendedora ocupa espaços nos discursos oficiais, em projetos e programas de organizações estatais, como por exemplo, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, mas também, na mídia. Isso pode ser evidenciado por iniciativas que difundem e reproduzem a necessidade do indivíduo, dos trabalhadores da área da saúde dos Hospitais Universitários Federais e gestores desses hospitais investirem em si mesmos, buscarem qualificação ou aperfeiçoamento de suas aptidões, investir em seu capital humano, investir em si mesmo, o que pode ser evidenciado em iniciativas como “Política de progressão, estratégia de remuneração e enquadramento funcional”, prevista no documento Plano de cargos, carreiras e salários da EBSEH, cujo objetivo principal do Plano descrito no documento “é estabelecer uma política eficaz

para a ascensão profissional dos seus colaboradores, de acordo com suas aptidões e desempenho” (EBSERH, 2014b, p.2). O “Programa Crescer com Competência”(EBSERH, 2015), elaborado pela EBSERH que tem como objetivo de proporcionar crescimento profissional aos seus empregados para que desempenhem suas atividades com qualidade.

O Programa lançado em 2015, descrito pela EBSERH como uma sistemática de Gestão de desempenho que a empresa utiliza para acompanhar e promover o desenvolvimento de competências individuais dos colaboradores e das equipes de trabalho dos hospitais universitários filiados, visando alcançar resultados organizacionais e atender às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. É através desse programa que o funcionário terá a pontuação da sua avaliação anual de desempenho, requisito básico para a participação nos processos de movimentação e de progressão da empresa. O programa é dividido em três etapas: *planejamento*: Na etapa de planejamento ocorrerá a elaboração do plano de trabalho: Pactuação de metas da equipe e de responsabilidades individuais assumidas por cada colaborador, assim como a indicação de competências necessárias a cada um deles para a execução do plano de trabalho elaborado. O colaborador contribuirá no alcance de 2 a 3 metas da equipe e assumirá de três a cinco responsabilidades para o alcance de cada meta. Elas são classificadas em: Essencial (peso 3), Intermediária (peso 2) e Básica (peso 1). Cada meta do colaborador deverá ter, pelo menos, uma responsabilidade de cada classificação. Após pactuado o Plano de Trabalho e preenchida a planilha, a mesma deve ser encaminhada à Divisão de Gestão de Pessoas; *Monitoramento*: Refere-se ao acompanhamento contínuo do desempenho individual e das equipes com o objetivo de diagnosticar e avaliar as ações que precisam ser reestruturadas ou repactuadas. Ocorre trimestralmente, a chefia realiza feedback com o colaborador e registra na planilha o seu desempenho, assim como as repactuações necessárias objetivando a melhoria do processo avaliativo; *Formalização*: Nessa etapa ocorre o preenchimento da planilha, onde serão registrados os resultados das metas de equipe e individuais. Momento em que ocorre a autoavaliação do colaborador com peso quatro e a avaliação da chefia imediata com peso seis, o que resultará em uma nota final de desempenho. Esse resultado deverá ser

transferido para a folha de formalização que será impressa, assinada e entregue na Divisão de Gestão de Pessoas para arquivamento em pasta funcional. A planilha com o resultado final da avaliação (EBSER, 2015). Estas iniciativas foram implantadas pela EBSERH, que como já foi anunciado, anteriormente, é uma empresa pública de direito privado, criada pelo Governo Federal para prestar atividades de prestação de serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência, educação e gestão no que se refere à assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, iniciativas que possibilitam ao capital humano ampliar suas qualidades e competências, ou seja, a habilidade para desempenhar certo tipo de trabalho, garantirá uma renda futura. Na concepção do trabalho como capital-competência, o trabalhador recebe sua renda, que é o salário e é assim que o trabalhador aparece como uma empresa de si mesmo. É somente através do investimento em si mesmo, da qualificação ou aperfeiçoamento de suas aptidões, que ele pode alcançar uma renda futura maior, sendo o empresário e investidor de si mesmo.

De acordo com Veiga-Neto (2000), o neoliberalismo estabelece uma série de formas de regular as atividades privadas que eram de responsabilidade do Estado, tais formas são estratégias de governo que possibilitam que o Estado siga a lógica do empreendedorismo, transformando-se em uma grande empresa, privatizando empresas estatais, criando parcerias público-privadas, etc. Essa forma de gerir é percebida como econômica produtiva e rentável e acaba se expandido para áreas como saúde, segurança e educação.

Essa lógica do empreendedorismo, a concepção empreendedora que segue a “lógica da empresa” ocupa espaços também em documentos estatais como a Lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH (BRASIL, 2011), que tem como uma de suas competências administrar unidades hospitalares, bem como, prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS. A EBSERH é uma empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio

próprio que para a execução de suas finalidades deverá entre outras coisas: planejar, implantar, coordenar, monitorar, avaliar e criar condições para aperfeiçoar continuamente a autoadministração, integrar, articular e otimizar os processos de atenção à saúde e de gestão dos Hospitais Universitários Federais e instituições públicas congêneres, por meio de um sistema de informação, monitoramento, avaliação e aperfeiçoamento unificado (EBSERH, 2014a).

Sendo uma empresa pública constituída integralmente por recursos públicos, a EBSERH tem como finalidade apoiar os hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior para que atuem, com excelência, como campo de prática profissional e na atenção de qualidade à saúde da população. Fundamenta-se na denominada “cultura da qualidade”, para apoiar os hospitais universitários federais, para promover a sua reestruturação. Ela é responsável por implantar e desenvolver metas de qualidade que envolvem: investimento nos trabalhadores, para que eles desenvolvam suas habilidades e competências, tem como foco a formação em serviço dos trabalhadores da área da saúde e dos gestores nas formas de gestão de qualidade total, utilização de indicadores e ferramentas de gestão organizacional que apresentam conformidade com os modelos de gestão empresarial. Iniciativas que mostram como a lógica neoliberal é estimulada, fomentada e subvencionada pelo Estado.

É importante destacar, que nesta lógica do empreendedorismo não se investe mais sobre o corpo dos sujeitos, com uma vigilância constante em torno do jogo do olhar, dispositivo que as técnicas do ver e ser visto incitam, naturalmente, efeitos de poder e os efeitos coercitivos tornam-se visíveis para aqueles que lhe são submetidos, um poder que age pelo efeito de uma visibilidade (FOUCAULT, 2003, p.173).

Essa estratégia moderna da arte de governar que instaura o próprio indivíduo como instância de controle, a governamentalidade age diretamente sobre as pessoas, trata-se de agir sobre os sujeitos na medida em que são livres que tem liberdade de escolha que são capazes de escolher como vão viver, seu estilo de vida.

A liberdade está no centro da arte de governar liberal, sendo imprescindível para o exercício de seu poder, assim, ela se dá sobre a instauração de mecanismos de poder que assujeitam os indivíduos por discursos de verdade específicos como os da lógica do empreendedorismo que vende, a possibilidade de salvação. Muitos desses discursos de verdade são produzidos e reproduzidos pela mídia, discursos que não estão relacionados a venda direta do produto, ou a proposição de modelos, “seja assim”, “faça isso”. Eles atuam no desenvolvimento de um conjunto de comportamentos e hábitos que afirmam a ideia de liberdade na qual inscreve o sujeito em uma nova modalidade de controle que está relacionada a capacidade de escolher por si mesmo. Portanto a liberdade passa a ser, se transforma no instrumento de controle já que “não se trata mais de pensar se o indivíduo é ou não livre para consumir, mas de compreender “a própria liberdade” [...] como a invenção de um eu moderno” (ROCHA, 2011, p.1629).

A mídia, quando trata da gestão dos hospitais universitários federais, não apenas pública informações, ela indica soluções de como se deve fazer para gerir os hospitais, soluções e indicações alinhadas à lógica do empreendedorismo, da qualidade, da produtividade. Textos onde são acionados discursos que atuam como dispositivos produtivos da articulação neoliberal que tem sentido de verdades e circulam em diversos espaços interagindo produtivamente com os leitores.

5. APRESENTANDO OS MATERIAIS: MÍDIAS DIGITAIS

Nos capítulos anteriores, apresentei meus interesses, inquietações e caminhos percorridos que possibilitaram minha aproximação com o tema gestão dos hospitais universitários federais, assim como a perspectiva ele foi tratado.

Nesse capítulo, ocupo-me em apresentar de forma mais detalhada o processo de seleção dos materiais que fizeram parte do corpus desta pesquisa. Portanto, o que mostrarei aqui são os movimentos de construção e (re) construção de procedimentos para seleção do material empírico, assim como algumas possibilidades de análise desenvolvidas por mim.

Mesmo já tendo anunciado anteriormente de onde falo e sobre a perspectiva que adotei, considero importante destacar novamente que no campo dos EC, no qual situo esta pesquisa a mídia é considerada um lugar de produção e disseminação de discursos. De acordo com Fischer (1997) a mídia não apenas veicula discursos, mas os constrói e produz significados e sujeitos, na medida em que (re)produz imagens, significações e saberes que de alguma forma se dirigem à educação de pessoas, ensinando-lhe modos de ser e estar na cultura em que vivem.

Nesta tese as mídias digitais online são concebidas como o conjunto de veículos, aparelhos de comunicação assim como seus produtos que baseados em tecnologia digital permitem a distribuição ou comunicação de uma série de conteúdos escritos, sonoros ou visuais. No entanto não se restringe a esse único entendimento, a partir das considerações feitas por Pernisa Jr. (2002) entende-se mídia digital como um termo que busca a pluralidade, não, apenas no termo, mas também na concepção de um espaço dentro do universo da mídia, em que texto, som e imagem podem aparecer juntos a qualquer momento. Uma mídia plural indica uma linguagem plural, o uso de várias linguagens, já que o meio digital acaba criando sua própria linguagem, portanto, busca-se entendê-la como geradora de linguagens. Como existe a

possibilidade de usar texto, imagem e som, de maneiras diferentes, a ideia da interconexão também é levada em conta ao definir-se mídia digital. Dessa forma sites, blogs, revistas digitais, e portais como, os analisados nessa tese são considerados mídias digitais.

É importante destacar que na atualidade os computadores ocupam um espaço importante e essencial no atual modelo de sociabilidade que estrutura todos os setores da sociedade (KOHN e MORAES, 2007). Pode-se dizer que no mundo contemporâneo as novas tecnologias da informação e comunicação, estão mudando não apenas as formas de entretenimento e lazer, mas potencialmente todas as esferas da sociedade como o trabalho, o gerenciamento político, as atividades militares e policiais, o consumo, a comunicação e a educação, enfim, estão mudando a cultura.

As exigências do denominado “mundo globalizado” instituem que as relações de consumo sejam cada vez mais competitivas e que as informações sejam rapidamente acessadas e trocadas, o que implica em transformações na vida da sociedade, nas relações de trabalho, assim como nas relações interpessoais. Desta forma, as atividades da vida cotidiana vão integrando-se a tecnologia, por meio das ferramentas tecnológicas que possibilitam que as pessoas acessem, produzam e compartilhem informações de uma forma intensa, rápida, trocando informações e experiências integrando um mundo cada vez mais competitivo e acelerado. Essas modificações tecnológicas têm influencia sobre as audiências que ao se apropriarem das tecnologias e da informação, formam um novo tipo de leitor, um leitor que está em estado de prontidão, conectando-se entre nós, num roteiro multilinear, multissequencial que ele próprio ajuda a construir. Esta transformação encontra meio material para se expressar através dos suportes da tecnologia e a mídia encoraja essa nova cultura participativa, dando para a população ferramentas para arquivar, anotar, apropriar e distribuir conteúdo (SANTAELLA, 2003).

Comprar revistas, manusear suas páginas, já não são hábitos praticados pela maioria dos leitores. É comum vermos as pessoas em bares, restaurantes, filas de supermercado, na sala de espera de consultórios médicos manuseando seus smartphones ou outros dispositivos móveis. Pode-se dizer que há uma ocupação da tecnologia digital nas nossas vidas, estamos cercados por ela em

todos os espaços. Dispositivos eletrônicos com acesso à internet se transformaram em ferramentas indispensáveis a inúmeras atividades do cotidiano como fazer pagamentos, fazer compras, estudar, trabalhar, buscar entretenimento e também acessar informações.

Uma pesquisa realizada pela agência União Internacional de Telecomunicações, agência do Sistema das Nações Unidas sobre a abrangência das tecnologias da informação e comunicação no mundo, realizada no ano de 2015 apontou que atualmente 3,2 bilhões de pessoas têm acesso à internet, sendo que a maioria reside em países em desenvolvimento. A pesquisa mostrou ainda que o número de celulares em uso no mundo passou de 738 milhões, no ano 2000 para sete bilhões no ano de 2015 e que nos últimos 15 anos, o alcance da internet passou de 6,5% para 43% da população global. O acesso no próprio domicílio passou de 18% em 2005 para 46% em 2015 e que o alcance da tecnologia 3G¹³¹, no mesmo ano chega a 69% da população global, inclusive nas áreas rurais que são de mais difícil acesso (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

No Brasil a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da Republica publicou também no ano de 2015 o documento: *Pesquisa Brasileira de Mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira*. O documento indica que a televisão é o veículo de comunicação mais acessado pelos brasileiros, sendo que 73% dos entrevistados revela que tem o hábito de assistir televisão diariamente e em média passam 4h31min por dia expostos ao televisor. Outro dado apontado pela pesquisa é que 48%, dos brasileiros, usa a internet. O percentual de pessoas que a utilizam diariamente passou de 26% no ano de 2014 para 37% no ano de 2015. Os usuários ficam conectados, em média, 4h59min por dia durante a semana. Em relação à escolaridade, 72% dos que tem ensino superior e 5% dos que tem até a 4ª série do ensino fundamental acessam a internet diariamente. Em relação à idade, 65% dos jovens na faixa dos 16 aos 25 anos acessam a internet todos os dias e ficam conectados cerca de 5h51min. O documento informa também que o uso de

¹³¹ O termo 3G significa terceira geração de telefonia móvel. A primeira geração diz respeito a utilização da tecnologia dos celulares analógicos, a segunda geração diz respeito a utilização da tecnologia dos celulares digitais. A característica da tecnologia 3G, que a diferencia das demais é a velocidade na transmissão de dados que é feita de maneira muito mais rápida.

aparelhos celulares como forma de acesso à internet já compete com o uso de computadores. Outro dado informado é que 10% dos entrevistados afirmam fazer uso das plataformas digitais para leitura de jornais e 12% para leituras de revistas. Os jornais e as revistas foram apontados como os meios de comunicação com maior nível de atenção exclusiva, sendo 50% que informaram que consideram confiáveis as notícias veiculadas nos jornais, 54% informaram que consideram confiáveis as notícias veiculadas na televisão (BRASIL, 2015).

Considero oportuno nesse momento trazer essas informações, esses “dados estatísticos”, não no sentido de reafirmar verdades sobre o alcance das mídias digitais, ou dizer que elas são melhores que as demais mídias, mas no sentido de mostrar o poder de penetração desse tipo de mídia e mostrar como as mídias digitais passaram a ocupar uma posição destacada no âmbito das relações sociais na atualidade.

De acordo com Listeret al (2009) em um processo de meios digitais as propriedades físicas dos dados não são convertidos em outro objeto, mas em números, em símbolos abstratos dessa forma são trazidos pra o reino simbólico da matemática por meio de algoritmo contido dentro do software, o que significa a atribuição de valores numéricos para fenômenos. As consequências dessa mudança são as seguintes: a desmaterialização dos textos da mídia, a compressão dos dados em espaços muito pequenos, acessibilidade em alta velocidade, facilidade na manipulação dos dados. Isso representa uma transcendência no mundo físico da comunicação, qualquer texto ou parte de um texto pode se tornar digital, qualquer parte do texto pode ter seu próprio endereço de dados o que o torna suscetível ao interativo, o tornado acessível através da internet na web o que faz com que o texto se mantenha em um estado permanente de fluxo, sem qualquer limitação física, de forma que qualquer utilizador de rede pode interagir com ele.

Santos (2003), coloca em destaque algumas características da mídia digital no ambiente online que contribuem para sua produtividade na contemporaneidade. Uma das características é a velocidade de difusão da informação. Na mídia impressa, a mensagem está fechada em sua estabilidade material e tem um tempo de difusão, o tempo que envolve a produção e

divulgação pode ser previsto, pode ser calculado. Na mídia digital online imagem, som e texto não têm materialidade fixa podem ser transportados pela “linha” de forma imediata, instantânea. Outra característica importante diz respeito ao formato digital, já que é este que permite que o conteúdo veiculado possa ser manipulado, modificado pela possibilidade de controle total de sua microestrutura. Permitindo aos sujeitos a experiência da participação na elaboração do conteúdo da comunicação, não apenas a interpretação, mas atuação na produção do que é veiculado. A temporalidade da circulação pública de informações é outra característica destacada porque é uma dimensão que sofreu alterações profundas, já que a internet trouxe para a mídia a instantaneidade e pôs num mesmo plano passado, presente e futuro reconfigurando-os. A Internet é uma ferramenta que permite que a notícia veiculada nos jornais ou nas revistas que só saíam impressas no dia seguinte avancem instantaneamente o que é primordial em um tempo em que a informação é vista como um bem perecível e deteriorável razão pela qual se valoriza a velocidade na transmissão do acontecimento. As novas formas de interatividade das redes digitais de comunicação produziram ainda deslocamento da temporalidade do produtor de conteúdos para a temporalidade do usuário. Mesmo introduzindo novas experiências temporais, como a atualização contínua, a internet operou uma transformação tecnológica e social, em que o leitor, usuário assume cada vez mais o centro da construção das relações sociais e de sentido. Outro aspecto a ser destacado é a capacidade de registro e de permanência ilimitada que a internet proporciona de forma informações ao serem publicadas, se não forem protegidas poderão ser acessadas, vistas, compartilhadas por qualquer usuário, em qualquer lugar do mundo, continuamente.

Uma questão importante a ser considerada é que sociedade atual investe fortemente em material tecnológico de forma que as tecnologias transformaram-se em elementos centrais, de forma que a expansão do consumo de artefatos digitais tem servido para moldar muitas das nossas experiências e nossa forma de estar no mundo. De forma que nos ensina sobre como devemos ser e agir no mundo e nos posicionado de determinados modos

frente economia, a cultura, a saúde, a educação etc. sem terem propriamente a intenção manifesta de fazê-lo.

A partir dessas considerações nessa investigação às mídias digitais online são compreendidas como artefatos da cultura contemporânea. Já que na cultura se constituem produções do sujeito que tem seu próprio modo de ser, ver, entender e transformar o mundo. Dessa forma os textos que circulam nas mídias digitais online são entendidos como artefatos que “de algum modo pautam, orientam, interpelam o cotidiano de milhões de cidadãos brasileiros – ou seja, participam da produção de sua identidade individual e cultural e operam sobre a constituição de sua subjetividade” (FISCHER, 2001, p. 16). São texto produzidos em um espaço da cultura em que o poder se organiza e se exercita, um espaço que educa, praticando pedagogias culturais, as quais moldam nossa conduta e nossa identidade.

Destaco a importância dos estudos foucaultianos para o entendimento do que está implicado na constituição e produção de subjetividades na contemporaneidade, e de como a mídia digital ao pretender informar constrói subjetividades por meio da fabricação e difusão de discursos que propõe uma série de práticas, normas e regras de constituição de si.

Partindo da ideia de que o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais pode ser pensado como uma estratégia de governamentalidade e a mídia digital como um dos espaços privilegiados por onde circulam e são sustentados discursos neoliberais que o reafirmam como uma verdade. Tendo em mente as seguintes questões: Como os artefatos da mídia digital (re) produzem discursivamente a reestruturação dos hospitais universitários federais? Como os ditos produzidos na mídia digital atuam no governo dos trabalhadores dos hospitais universitários federais produzindo formas de subjetivação alinhadas a perspectiva neoliberal?

Com estas questões em mente comecei a fazer buscas em revistas e jornais impressos e também em sites na internet. Após folhear e ler, infinitas vezes, matérias que tratavam sobre tema, me dei conta de que a maioria das informações fora veiculada em revistas digitais e portais e estavam disponíveis para acesso livre na internet.

No início do processo de investigação fiz uma busca usando o site do Google que é considerado um dos maiores sites de busca da internet que por meio de um programa que visita sites, lê suas páginas e outras informações, a fim de criar entradas para um motor de busca índice e dessa forma realiza um processo de rastreamento na web com a finalidade de localizar sites e incluir no buscador.

Para realização das buscas no Google utilizei palavras e termos que mapeei nas leituras que fiz de reportagens publicadas sobre a gestão dos hospitais universitários federais em revistas impressas e na mídia digital online desde o ingresso no doutorado. Dentre as quais selecionei 40 que foram publicadas em jornais e revistas de circulação nacional entre os anos de 1968 a 2015. Utilizei esse recorte temporal porque o acervo digital de uma das revistas pesquisadas, conta com todos os números, sendo que o primeiro foi publicado no mês de setembro do ano de 1968. Determinei o ano de 2015 porque foi o ano que programei para o término da seleção do material empírico da pesquisa.

Ao ler o material observei que muitas palavras e termos se repetiam, se cruzavam e a muitas delas era dado ênfase ou eram destacas em negrito, entre aspas, ou vinham no título. Portanto, como critério de seleção das palavras e termos utilizei os que se repetiram, mas também as que foram colocadas em destaque, foram enfatizadas, ou foram salientadas graficamente nos textos.

Minha opção por marcar palavras deu-se porque os sistemas de busca na internet fazem um processo de rastreamento e indexação dos resultados em seu índice a partir de palavras-chave. O rastreamento analisa criteriosamente todas as páginas que tenham algum assunto relacionado com as palavras-chave indicadas de forma a identificar *pages*¹³² armazenadas na web que tenham relação com o termo digitados sendo que um dos critérios utilizados é quantas vezes a página contém a palavra-chave, se aparecem no título e na URL¹³³.

¹³² Plural de *page* que significa página de destino ou página de entrada. É a página aonde o usuário chega a um determinado site quando faz uma busca.

¹³³ Uniform Resource Locator traduzido para português como: Localizador Uniforme de Recursos. Refere-se ao endereço de rede no qual se encontra algum recurso informático,

Primeiramente as assinalei no próprio texto e depois criei um quadro (Apêndice B) onde coloquei cada uma das palavras e termos; identifiquei a frequência, quantidade de vezes que cada uma apareceu; tipo: se foi identificado em revista impressa ou mídia digital online; onde apareceu - que tipo de caderno: política, saúde, economia, ciência e tecnologia, cultura, negócios; a que gênero textual pertence: notícia, editorial, reportagem, artigo de opinião, artigo de divulgação científica, entrevista e como foi destacada: no cabeçalho, como manchete, como chamada, em forma de fotografia, legenda, recursos infográficos, vídeo.

Nesse percurso identifiquei que as palavras e termos que mais apareceram foram os seguintes: “hospitais”, “saúde”, “crise”, “precário”, “precarização”, “estrutura”, “gestão”, “hospitais públicos”, “hospitais universitários”, “hospitais universitários federais”, “gestão de hospitais públicos”, “gestão de hospitais universitários federais”, “crise na saúde”, “crise nos hospitais”, “crise nos hospitais universitários federais”, “precariedade dos hospitais”, “precariedade dos hospitais públicos”, “precariedade dos hospitais universitários federais”, “precarização dos hospitais”, “precarização dos hospitais públicos”, “precarização dos hospitais universitários federais”, “reestruturação dos hospitais universitários federais”.

A grande maioria das palavras e termos foram identificados em textos publicados em mídia digital, no gênero textual reportagem em cadernos de saúde, economia e negócios.

Os termos: “crise na saúde”, “crise nos hospitais”, “crise nos hospitais universitários federais”, “precariedade dos hospitais”, “precariedade dos hospitais públicos”, “precariedade dos hospitais universitários federais”, “precarização dos hospitais”, “precarização dos hospitais públicos”, “precarização dos hospitais universitários federais”, foram os mais citados no caderno de economia e saúde e foram os que mais apareceram em cabeçalhos e manchetes.

como por exemplo, um arquivo de computador ou um dispositivo periférico. É apresentado em forma de linha de texto que responde a três questões: Onde? , O que? e Como? Permitindo que sejam encontrados recursos como textos, imagens, músicas, vídeos, programas, etc. na Internet.

Após serem selecionadas palavras e termos ambos foram elencados em uma lista onde foram combinadas da seguinte forma: “crise na gestão dos hospitais universitários federais”, “crise na saúde e precarização dos hospitais universitários federais”, “hospitais universitários e precariedade dos hospitais”, “crise na saúde e precarização dos hospitais públicos”, “crise na saúde e reestruturação dos hospitais universitários federais”, “gestão de hospitais e reestruturação dos hospitais universitários federais”, essa combinação teve como critério o número de vezes que cada um apareceu e o destaque que receberam.

As combinações foram utilizadas como “palavras-chave” para encontrar materiais para a pesquisa. Para tanto foram lançadas no Google, seguindo o critério de busca livre. Com essas combinações de palavras e termos consegui mapear um grande número de materiais dentre eles produções acadêmicas como livros, artigos e em maior quantidade informações no formato de notícias publicadas em mídias digitais online como: sites, portais, blogs e revistas digitais.

Selecionei como material empírico para este estudo reportagens em forma de texto publicadas em mídias digitais, ditas informativas que mais publicaram textos com as combinações selecionadas. As mídias digitais selecionadas foram o Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online. Nesse primeiro levantamento a partir dos critérios que mencionei encontrei 51 reportagens no Portal G1, 37 site Exame.com e 13 na Revista Época online.

As mídias selecionadas são apontadas como de grande notoriedade no Brasil pelo número de acessos diários a suas plataformas, fazendo circular um grande número de informações entre um grande contingente de pessoas.

O G1 é um portal de notícias brasileiro mantido pela Globo.com¹³⁴ lançado em setembro de 2006 é um portal e provedor de internet pertencente ao maior grupo de mídia da América Latina, o Grupo Globo. O portal disponibiliza o conteúdo de Jornalismo das diversas empresas do grupo dentre

¹³⁴A Empresa possui aproximadamente 500 mil assinantes, além de hospedar quase 700 sites em próprios e filiados. O Globo.com é o 6º website mais acessado do Brasil, e o 112º no mundo. Formada em quatro pilares principais, notícias, esportes, entretenimento, tecnologia e vídeos. São eles o, G1, GloboEsporte.com, Gshow, Tech tudo e Globo TV, os principais sites do portal. Em 2008, era considerado o quinto maior portal do Brasil (<http://g1.globo.com/>).

elas: Rede Globo, Globo News, Rádios Globo e CBN, Jornais O Globo e Diário de São Paulo, revistas Época e Globo Rural, entre outras, além de reportagens próprias em formato de texto, fotos, áudio e vídeo.

O G1 é composto de diversos portais distintos que focam em diferentes assuntos, nas áreas de política, economia, saúde, educação, cultura entre outros. As informações veiculadas são provenientes de três redações próprias situadas em São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília e das afiliadas da Rede Globo, que foram integradas ao portal no fim de 2010 e também de Jornais, Revistas, Rádios e as agências de Notícias Agência Estado, Agência France Presse, Associated Press, EFE, New York Times, Lusa, Reuters e Valor Econômico. As versões do G1 no idioma inglês e espanhol foram lançadas no ano de 2010 e os vídeos veiculados são legendados nos dois idiomas. O G1 também tem a versão mobile, cujo conteúdo pode ser acessado em dispositivos móveis como smartphone ou tablets, por intermédio de um design adaptativo denominado *responsive design* e *adaptive design* que acompanha a largura da tela para poder ser visualizado em dispositivos com telas menores. O portal G1 atualmente é considerado o maior site de notícias do país e também o mais acessado no Brasil no segmento de informações gerais e jornalismo (GLOBO, 2015).

O site Exame.com se intitula o principal e maior portal de economia e negócios do país, com mais de 62 milhões de pageviews¹³⁵ e 5,4 milhões de visitantes por dia no ano de 2014 e 83 milhões de pageviews e 13, 2 milhões de visitantes até junho de 2015 (COMSCORE, 2015).

A marca Exame, da Editora Abril, foi criada em 1967 com a revista Exame, hoje considerada a maior e mais influente publicação de negócios e economia do país. Sob a marca Exame estão o site Exame.com, a revista Exame e o anuário: *Melhores e Maiores*, descrito pela revista como o principal veículo de informação sobre finanças, apontado no ranking financeiro das grandes empresas no país. O site Exame.com é indicado como principal fonte online sobre negócios no país. Seu foco se estende a economia, mercados financeiros, tecnologia, marketing, gestão, meio ambiente, pequenas

¹³⁵ Parâmetro utilizado pelos servidores web para medir a visibilidade de um site ou grupo de arquivos ou parte de um portal na internet. Quanto mais page views (acessos) uma página tem, maior a visibilidade da mesma na Internet.

empresas, carreira e finanças pessoais. Atualizado das seis da manhã à meia-noite, sete dias por semana, tem uma equipe de 30 jornalistas cobrindo tempo integral negócios no Brasil. O site conta diversas editorias, mais de 200 novas notícias por dia e um canal de vídeo atualizado diariamente. Traz também os blogs dos jornalistas da revista Exame, e vários serviços de informação financeira. Identifica como missão levar à comunidade de negócios informação e análises aprofundadas sobre temas como estratégia, marketing, gestão, consumo, finanças, recursos humanos e tecnologia. Segundo pesquisa do instituto Ipsos-Marplan¹³⁶ realizada no ano de 2014 a revista Exame é lida por 91% dos presidentes das 500 maiores empresas instaladas no Brasil (REVISTA EXAME, 2015).

Revista Época online é o site da revista Época, uma revista semanal publicada no Brasil, pela Editora Globo que foi lançada no ano de 1998. Seu estilo é baseado na revista alemã Focus, que valoriza o padrão de imagem e gráfico da apresentação das reportagens. A revista Época online é publicada pela Editora Globo e apresenta-se como uma das maiores revistas semanais brasileiras. A revista aborda temas como política, ciência e tecnologia, saúde e bem-estar, negócios e sociedade, sobre o Brasil e o mundo. O site da revista traz quase todo conteúdo da revista impressa tem circulação média estimada em aproximadamente 360 mil exemplares (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EDITORES DE REVISTAS, 2015).

Destaco que todos esses passos para seleção dos materiais foram criados por mim. Portanto não segui um roteiro estruturado e sistematizado construído por outros pesquisadores, nem ao menos criei previamente este “passo a passo”. Fui construindo essa estratégia de busca, no decorrer da investigação, não no sentido de assegurar que nada me escapasse, ou com a intenção de criar um roteiro que outros possam seguir ao realizarem suas

¹³⁶ Ipsos empresa de pesquisa de mercado empresa de capital aberto fundada na França em 1975 que está presente em 87 países. Tem sido considerada uma empresa líder no fornecimento de pesquisas em marketing, propaganda, mídia, satisfação do consumidor e pesquisa de opinião pública e social. O Marplan é uma pesquisa trimestral específica realizada pela empresa que relaciona os hábitos de mídia (ler revista, jornal, assistir televisão, etc.), com os hábitos de consumo (marca de tênis, carro, etc.), e com estes dados de forma que a mídia pode atuar. A pesquisa dados de revista, jornal, TV, rádio, internet, teatro, cinema, mobiliário urbano, outdoor, etc.

pesquisas. A estratégia de busca foi sendo construída na tentativa de capturar signos, enunciados e discursos de forma que eu pudesse “investigar não o que está por trás dos textos [...], mas sim descrever quais são as condições de existência de um determinado discurso, enunciado ou conjunto de enunciados” (FISCHER, 2001, p 221).

Construir esse caminho não foi simplesmente uma tentativa de agrupar, classificar, isolar elementos, para que fosse possível escrutinar, decompor, dados buscando descobrir a verdade ou a realidade verdadeira. Mas uma forma de me ajudar a olhar para as “[...] práticas que formam sistematicamente os objetos de que fala [...]” (FOUCAULT, 2012, p. 60), me ajudar a olhar também para as “[...] coisas que se transmitem e se conservam, que têm um valor, e das quais procuramos nos apropriar; que repetimos, reproduzimos e transformamos, para as quais preparamos circuitos preestabelecidos [...]” (FOUCAULT, 2012, p. 147). Que marcam o que é considerado verdade em determinado tempo e espaço.

Depois de uma leitura atenta dos materiais, levando seleccionei reportagens publicadas entre os meses de janeiro de 2010 e agosto de 2015, tal delimitação foi feita devido a um maior número de reportagens terem sido publicadas nesse período que também foi período em que foi criado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e também a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH.

Foram selecionadas para análise apenas textos. Optei por não incluir imagens, vídeo, gráficos, infográficos dados numéricos, no sentido de trabalhar apenas com um tipo de análise textual, não que as demais não fossem interessantes para o desenvolvimento da tese, mas pelo tempo que tive disponível para a realização do estudo.

Para proceder às análises realizei impressão de todos os textos do gênero textual reportagens selecionadas no formato exato em que elas foram publicadas nas mídias digitais, para que assim fosse possível olhar mais detidamente para as informações ali contidas, informações que iam além do texto da reportagem, como por exemplo, a disponibilidade de hipertexto, links,

hiperlinks, mesmo que algumas dessas informações não fossem alvos centrais da análise.

Para análise inicial elaborei uma ficha de leitura (Apêndice C) que me permitiu destacar algumas informações em relação à reportagem veiculada como: a localização da reportagem; a presença de imagens, a presença de vídeo; formato textual (nota, entrevista, reportagem, carta ao leitor, publicidade/propaganda); autor (jornalista, colaborador, especialista); apresentação (editorial, resenha, artigo, comentário, coluna, crônica, carta); construção gráfica do texto (palavras grafadas em destaque); primeira informação vista pelo leitor: imagem/foto, título, vídeo, texto; tema central. Esta ficha foi anexada a cada uma das reportagens e durante a leitura das mesmas foi sendo preenchida.

Após essa etapa as reportagens, juntamente com as fichas foram separadas em três grupos levando em consideração o local, as mídias digitais onde foram publicadas e posteriormente foram organizadas por ordem crescente a partir da data de publicação.

Para a análise dos textos os “operadores discursivos da mídia impressa” propostos por Rocha (2005) foram úteis na segmentação do material selecionado. Os operadores constituídos pelas regras de localização, repetições, ênfases, recursos foram pertinentes para as minhas análises. Regra das localizações diz respeito aos espaços ocupados pelos textos, indicam da importância e a notoriedade que os mesmos recebem nas revistas. Regra das repetições diz respeito à frequência com que tema é repetido (se apoia em gráficos, tabelas, percentagens). Regra dos recursos leva em consideração os recursos gráficos (imagens, cores, tipo e tamanho de letras, fotografias, vídeos, etc.) que compõem os textos das revistas.

Sem ter a pretensão de identificar e problematizar a totalidade das referências que poderiam ser associadas ao problema de pesquisa, selecionei textos que considerei potentes para demonstrar o entrelaçamento produtivo entre a racionalidade neoliberal e a reestruturação dos hospitais universitários federais, implementado nas mídias digitais. Assim como Rocha (2005) considerei o texto escrito como articulador das verdades propagadas nas revistas já que os textos da mídia em geral, repetem e enfatizam determinados

enunciados até que as verdades por eles pronunciadas passem a ser acreditadas.

De acordo com Foucault (2007) cada discurso tem suas singularidades que as teorias que o exploram, não dão conta de todas as suas especificidades, já que, no seu exterior, habitam diferentes discursos que lhe transformam a constituição e ordenação interna. Isso significa que o funcionamento dos discursos não está definido previamente à espera de nossas leituras, “como se bastasse irmos com um arsenal de ferramentas metodológicas e um “modelo” de dinâmica discursiva para decifrá-lo. Portanto é através da análise do próprio material, pela sua materialidade, que apreendemos, parcialmente, os discursos” (FERREIRA e TRAVERSINI, 2013 p 211).

Para analisar os discursos, segundo a perspectiva de Foucault significa que é preciso trabalhar com o próprio discurso, deixando o aparecer na complexidade que lhe é característico. O discurso ultrapassa a referência das coisas, acha-se além do simples emprego de letras, palavras e frases, não podendo ser compreendido como um fenômeno de simples locução de algo. As regras de constituição dos conceitos, não residem na mentalidade nem na consciência dos indivíduos; elas estão no próprio discurso e se impõe a todos aqueles que falam ou tentam falar dentro de um campo discursivo determinado (FISCHER, 2001).

Levando em conta a perspectiva foucaultina para análise do discurso para empreender o mapeamento dos discursos adaptei o quadro que Ferreira e Traversini (2013) elaboraram para realizar o mapeamento discursivo em um estudo no qual o caderno dominical Empregos & Oportunidades do jornal Zero Hora foi tomado como um dos espaços privilegiados dos discursos do mercado de trabalho contemporâneo. Seguindo a análise de discurso proposta por Michel Foucault como ferramenta metodológica a autoras construíram um percurso teórico-metodológico que permitiu analisar e problematizar os discursos presentes neste artefato da cultura contemporânea. Para tanto construíram uma planilha organizando quatro limitadores: autor, comentário, disciplina e rituais. Assim classificaram os excertos considerando os

procedimentos de limitação interna e rarefação dos discursos, identificando o que era limitado, constrangido, na sua potencialidade de acontecimento.

Seguindo os passos das autoras elaborei um quadro (Apêndice D) adaptado as necessidades do meu estudo no qual consta os seguintes itens: ano (ano de publicação), mídia digital (Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online), título, excerto (trecho, fragmento relevante retirado da reportagem), quem fala (sujeito tenha proferiu ou escreveu um texto - quem ocupa lugar de autor na ordem do discurso), tema (o que aparece).

Elaborei um quadro para cada reportagem e esse mapeamento gerou 612 excertos, diante da quantidade de material, selecionei 68 excertos para análise. Procurei selecionar aqueles que se inter-relacionavam a partir de temas que foram identificados nos excertos, que foram os seguintes: crise na saúde, precarização dos hospitais, gestão, qualidade, produtividade, capacitação, educação, empresa, estatística, profissionais da saúde, gestores, governança, modelos de gestão.

Fiz essa escolha porque a partir da perspectiva pós-estruturalista dos EC considero o texto como linguagem em uso, como artefatos do trabalho dos sujeitos na produção do significado. Portanto, assim como indicou Luke (1996) os textos se ligam uns com os outros e fazem referencia uns aos outros, sistematicamente ou não, por escolha e deliberação ou por eventualidade. Portanto os textos são, na verdade, multidiscursivos, eles se guiam por uma variedade de discursos, campos de conhecimento e vozes.

Destaco que ao percorrer esse caminho não tive a intenção de elaborar comparativos, nem criar meios para encontrar ou reforçar alguma verdade. Nem tão pouco avaliar ou julgar essas mídias digitais e sua atuação. Meu interesse foi olhar para os discursos veiculados pelas e nas mídias digitais Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online procurando identificar como eles a partir de proposições e sugestões para a reestruturação dos hospitais universitários federais operam no governo dos sujeitos das suas racionalidades e práticas colocando em ação a governamentalidade neoliberal, essa forma específica de governar os sujeitos que atua na produção de corpos desejantes, na constituição de homens politicamente dóceis e economicamente úteis a partir de dispositivos e técnicas de governo, e controle

das subjetividades. Portanto minha análise é apenas uma dentre múltiplas possibilidades de olhar para o tema que escolhi, elas refletem o meu olhar quanto observadora posto que na perspectiva que estou inserida neutralidade não existe.

6. ARTEFATOS DA ANÁLISE: MÍDIAS DIGITAIS EM AÇÃO

Nesse capítulo a partir da análise do material empírico procuro mostrar como os artefatos da mídia digital (re)produzem discursivamente a reestruturação dos hospitais universitários federais e de que forma os ditos produzidos na mídia digital atuam no governo dos trabalhadores dos desses hospitais produzindo formas de subjetivação alinhadas a perspectiva neoliberal. Ao proceder à analítica do *corpus* discursivo resultante das reportagens veiculadas nas mídias digitais busco problematizar como os discursos midiáticos constroem sentidos e significados sobre a forma de gerir os hospitais, assim como sobre o fazer dos trabalhadores da área da saúde e gestores desde a reestruturação dos hospitais universitários federais.

6.1 Crise na saúde e crise dos hospitais: discursos recorrentes

As discussões sobre os problemas que envolvem o sistema de saúde pública brasileiro não são recentes, há algumas décadas vem sendo travadas nos meios acadêmico, político e econômico interlocuções, debates, conversas sobre a precariedade infraestrutural, técnica e operativa das instituições de saúde e a incapacidade do Estado ofertar serviços de qualidade.

Porém, nos últimos anos ampliou-se o número de produções textuais como livros, artigos científicos, relatórios governamentais e produções da mídia como propagandas e reportagens proclamando problemas na gestão e financiamento do sistema de público de saúde, anunciando existência de uma situação crítica denominada “crise na saúde”.

Atualmente a perspectiva da “crise na saúde” vem sendo sistematicamente narrada na mídia e mais do que isso, a “crise na saúde” parece ter se tornado comum e se transformado em um interessante produto midiático.

Recorrentemente nos deparamos com enunciações da seguinte ordem: “A Saúde pública pede socorro!” (Conselho Regional de Medicina e Sindicato

dos Médicos do Rio de Janeiro, 07 de abril de 2014) utilizado pelo no ato público para denunciar a situação dos hospitais e dos profissionais do setor realizado pelo no Dia Mundial da Saúde no mesmo ano. “Socorro: a saúde está doente” (Federação Nacional dos Médicos – FENAM, 2014) criado pela federação para a mobilização em comemoração ao Mundial da Saúde. “Luto pela Saúde” (Associação Nacional de Médicos Residentes do Rio Grande do Sul – ANMRS, 26 de outubro de 2011) criado para o dia Nacional em Defesa da Saúde e utilizado no mesmo ano. “SOS SUS” (Frente Democrática em Defesa do Sistema Único de Saúde, 2015) criado para ser utilizado nas programações do Dia Mundial da Saúde realizado no ano de 2015. “A saúde na UTI” (Congresso da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul, agosto de 2015) criado para o congresso e foi discutido como tema central no evento.

Os ditos, as enunciações utilizadas nesses eventos e campanhas são divulgadas em forma de texto, de som e imagem e circulam na mídia, chamando a atenção dos leitores e expectadores. Palavras impactantes como “socorro”, “luto”, “UTI” são usadas no contexto da “crise na saúde” como um brado de guerra, como forma de chamar a atenção do leitor, do expectador a fim informá-lo sobre a existência de uma crise.

Apesar de terem sido criados para eventos específicos, enunciações como “A Saúde pública pede socorro!”, “Socorro: a saúde está doente”, “Luto pela Saúde” “SOS SUS”, “A saúde na UTI”, não ficam restritos a esses espaços de protesto ou de discussão acadêmica como congressos de sociedades e instituições de classe eles se deslocam e passam a circular em jornais e revistas, na TV, rádio, em sites, blogs permitindo que em poucas horas sejam divulgados no país inteiro e dessa forma sejam consumidos, assimilados, apreendidos por milhares de pessoas. Ao serem veiculadas nas mais diversas mídias em artefatos como jornais, revistas, programas de rádio e televisão, nos sites, blogs, etc. estas enunciações são organizadas, na ordem do discurso da mídia, tornando-se notícia de maneira que passam a existir como tal e, portanto, passam a representar a verdade sobre a situação da saúde e dos hospitais, sobretudo os hospitais públicos no Brasil.

Fato que também pode ser observado na mídia digital nos textos publicados em forma de notícias e reportagens publicadas em portais, sites,

revista online, blogs, etc. que por suas características específicas que incluem velocidades e fluidez de informações, acabam permeando e sendo permeados por enunciações que ajudam a compor uma série de discursos entre eles o discurso da “crise na saúde”.

A crise na saúde vem sendo considerada sob três aspectos: a deficiência na estrutura física, a falta de disponibilidade de material-equipamento-medicamentos e a carência de recursos humanos que se estende para todos os serviços de saúde que são organizados nos sistemas de saúde para atender as pessoas segundo níveis de atenção: primário, secundário e terciário ¹³⁷no qual estão incluídos os hospitais.

No entanto dentro da perceptiva da “crise” por serem os hospitais os locais de assistência especializada que concentram equipamentos com alta incorporação tecnológica, portanto, mais caros e o pessoal com formação especializada ou superespecializadas e aparelhado para atender as situações que o nível secundário não consegue resolver e eventos que demandam assistência deste nível do sistema, por conseguinte consumirem um montante maior de recursos para sua manutenção vem sendo apontados como os desencadeadores, o principal motivo da “crise na saúde”.

A assistência hospitalar no Brasil é algo bastante complexo. Não há certeza se os leitos são suficientes, se são excessivamente caros, se a atenção prestada é de boa qualidade, se é mais conveniente os hospitais serem grandes ou pequenos, etc. As respostas têm variado no decorrer dos anos, com a mudança dos critérios valorizados em cada época e realidade (VECINA NETO e MALIK, 2007). No entanto a perspectiva da “crise na saúde” vem sendo narrada continuamente, tendo o hospital como centro da crise ou mesmo afirmando que existe uma crise nos hospitais.

¹³⁷ Nível primário conta com equipamentos com menor grau de incorporação tecnológica do sistema. Os trabalhadores tem formação geral e abrangente para atender os eventos mais prevalentes na população. Conhecida como porta de entrada da população como as Unidades Básicas de Saúde. Estima-se que a maior dos casos demandados à atenção primária são passíveis de ser resolvidos neste nível da atenção. Nível secundário conta com equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica e a capacitação dos trabalhadores situa-se em áreas especializadas como clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria, oftalmologia e psiquiatria. Constitui-se pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar.

Reproduzo a seguir alguns excertos dos materiais que selecionei para análise que me parecem potentes para compreensão de como a perspectiva da “crise na saúde” e a “crise dos hospitais” vem sendo sistematicamente narrada na mídia na contemporaneidade. Os excertos fazem parte de reportagens publicadas no Portal G1 entre os anos de 2011 e 2014.

Médico trabalha sozinho em hospital de Mato Grosso. Ortopedista diz que ‘caos está instalado’ em hospital. Demais médicos se demitiram ou não trabalharam porque estão em greve. Apenas um médico ortopedista trabalhou nesta sexta-feira (1º) no Hospital Público de Rondonópolis, a cerca de 220 km de Cuiabá, no Mato Grosso. Os demais ou se demitiram ou não foram trabalhar porque estão em greve. Sobrou para os pacientes. O único ortopedista de plantão desabafou ao resumir o drama dos pacientes e dos que procuram atendimento de urgência. “As pessoas pensam que médico não tem coração”, disse Leolino Araújo. “O caos está instalado. Parece que o governo não tem preocupação com o que está acontecendo. Há muito tempo a gente está lutando para evitar essa situação”, acrescentou (G1, 02 de abr. 2011 - online).

Faltam médicos em hospitais e postos de saúde no interior do Brasil. No norte do país oferecem salários de mais de 35 mil reais, mas mesmo assim os candidatos não aparecem. Nos hospitais e postos de saúde do interior dos estados, os pacientes se frustram todos os dias. A procura por um especialista obriga os pacientes a longas viagens. [...] Um levantamento do Ministério da Saúde mostra que faltam, principalmente, anestesistas, neurologistas, neurocirurgiões, psiquiatras e pediatras (G1, 20 de maio 2011 - online).

Hospital São Paulo atende dobro do ideal e pede ajuda para não fechar. Instituição precisa de R\$ 2,5 milhões a mais por mês para fechar as contas. Reitora pediu ajuda financeira aos governos estadual e federal. O Hospital São Paulo, hospital universitário da Unifesp, pediu ajuda financeira à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e ao Ministério da Saúde para que o atendimento não fosse prejudicado. O hospital é mantido por verbas do Governo Federal, do sistema Rehuf (rede de hospitais universitários federais) e do Sistema SUS, de onde vem a maior parte das verbas. De acordo com a reitora, a situação chegou a esse ponto porque o contrato que trata do repasse de verbas pelo Ministério da Saúde está defasado e não atende mais as necessidades do hospital (G1, 01 de maio 2014 - online).

Observa-se que os textos ao narrar à situação dos hospitais brasileiros mostram um estado de perigo iminente e de calamidade pública em que se encontram os hospitais públicos brasileiros.

Expressões como “caos na saúde”, “estado de perigo iminente”, “calamidade pública”, circulam nos textos, mobilizando os sujeitos usuários dos serviços, os trabalhadores, os gestores, enfim toda a população que é acionada a pensar sobre o futuro da saúde. Em tais ditos há um chamado que nos faz crer que, se não for tomada nenhuma providencia, se não ocorrer nenhuma intervenção, assistiremos a falência da saúde no Brasil.

Os textos selecionados colocam em destaque não só as dificuldades enfrentadas pela população que procura atendimento, mas também as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e gestores dos hospitais. Todos são convocados a falar, sobre o que estão vendo nos hospitais, quais as dificuldades estão enfrentando.

Segundo Lima (2004) a situação de “crise” dos hospitais brasileiros, dentre estes os hospitais universitários tem sido descrita dessa forma, por esta ser a melhor expressão que define a realidade dos hospitais universitários representada na preocupante denuncia de que os hospitais podem deixar de funcionar.

De acordo com Molinos (2009) a expressão “crise” vem sendo usada na literatura desde meados de 1970 manifestando o mesmo cenário, os mesmos problemas e preocupações em relação ao funcionamento dos hospitais, indicando que se está vivenciando um problema crônico, que, em determinados períodos se agrava. Portanto o termo crise tem sido utilizado na atualidade para explicar a situação de dificuldade dos hospitais, como uma tentativa de gerar “urgência” no encaminhamento de determinadas necessidades.

Lima (2004) destaca que a palavra crise carrega um grau de gravidade e perigo que às vezes é imobilizador e salvaguarda o Estado, os gestores de tomar decisões. Como se a “crise” não tivesse dono, se está em “crise” é porque os problemas são muito graves, ou não tem mais solução, ou apenas medidas enérgicas poderão solucioná-la.

Outro aspecto que chama atenção nos excertos é que frente à situação de crise dos hospitais vários especialistas são chamados, para falar sobre a

crise, para explicar o problema dos hospitais. São eles que possuem conhecimento para escrutinar as técnicas e os procedimentos adotados por seus pares.

A avaliação dos hospitais por especialistas também é destacado nos textos, são eles que avaliam, descrevem e prescrevem o que deve ser feito, como deve ser conduzida a situação dos hospitais.

Rondônia pede hospital de campanha para enfrentar caos na saúde. Governo decretou estado de perigo iminente e de calamidade pública. Equipe com membros de três ministérios deve ser enviada ao estado. O governador de Rondônia, Confúcio Moura (PMDB), pediu a instalação de um hospital de campanha em Porto Velho. O objetivo é diminuir a superlotação do Pronto-Socorro João Paulo II, o mais importante da capital. Moura decretou, na terça-feira (4), estado de perigo iminente e de calamidade pública na Saúde. Foi solicitado o envio de uma força tarefa formada por representantes dos ministérios da Defesa, da Saúde e da Integração Nacional. A equipe vai avaliar os problemas do setor no estado para determinar a necessidade da instalação do hospital de campanha (G1, 10 jan. 2011 - online).

Foucault (2007) no ato da fala, oral ou escrita, reeditam-se verdades e produzem-se brechas e rupturas bem como se exercitam os enfrentamentos dos jogos de poder. Discurso não como linguagem ou representação, não como palavras que nomeiam e classificam objetos, mas a prática discursiva como instituinte dos objetos, mas como prática, produção, possibilidade de fala inscrita em condições historicamente determinadas. As práticas sociais se concretizam pela ação daqueles que as constituem, as produzem e reproduzem pelos discursos. A verdade, que anteriormente era afirmada por quem estava no lugar do verdadeiro, passou a ser qualidade não mais relacionada ao lugar de enunciação, mas conexo ao enunciado. Essa legitimidade organiza-se por intermédio de um conjunto de práticas sociais, que elaboram os saberes, que materializam os enfrentamentos das relações de poder e que constituem subjetividades.

Cabe destacar também que o site G1 convoca os órgãos governamentais, como por exemplo, o Ministério da Saúde, considerado e outorgado como autoridade máxima na assistência à saúde dos indivíduos nos

pais para falar sobre a crise dos hospitais, por meio de seus representantes intelectuais, peritos, cientistas, pesquisadores, especialistas. A expertise desses profissionais lhes confere direito privilegiado para falar da situação dos hospitais, para proferir determinados discursos sobre a situação dos hospitais que, são reproduzidos na mídia que os legitima e assim passam a ser aceitos como verdades.

Nos excertos abaixo, dentre tantos outros disponíveis nos materiais que selecionei podem ser vistas algumas dessas avaliações e prescrições feitas pelos especialistas.

Autoridades explicam o descaso nos hospitais do Brasil. Globo Repórter apresentou a rotina dramática dos hospitais onde crianças morrem sem atendimento digno, médicos chegam atrasados ou nem aparecem. As autoridades deram explicações sobre o retrato da saúde pública brasileira [...].O programa apresentou a rotina dramática dos hospitais onde crianças morrem sem atendimento digno, médicos chegam atrasados ou nem aparecem. E o dinheiro público se perde em obras inacabadas. O Globo Repórter exibido nesta sexta-feira mostrou a realidade assustadora da saúde pública no Brasil. [...] Mas as macas persistem pelos corredores e o secretário explica que isso não deve mudar tão cedo. “A demanda é muito maior do que a oferta que a gente tem de leitos, é muito melhor que você atenda o paciente numa maca do que não atendê-lo”, diz ele. De cada dez brasileiros, oito dependem do SUS. O atendimento deveria começar no posto de saúde perto de casa, que deve ser capaz resolver a grande maioria dos casos. Mas aí começa o problema. Sem médicos, sem estrutura, o tempo passa, a doença fica mais grave e o paciente procura o maior hospital da região. E, como milhões de outros brasileiros são obrigados a fazer a mesma coisa, esses hospitais estão sempre lotados e sem condições de atender tanta gente (G1, 02 abr.2011 - online).

Pacientes enfrentam superlotação e falta de higiene em hospitais públicos Segundo o Ministério da Saúde, faltam cerca de 15 mil leitos no Sistema Único de Saúde, mas o maior problema é na distribuição. Em um hospital público de Natal, a limpeza sobra para os acompanhantes de pacientes. Os corredores são imundos. Com a falta de limpeza provocada pela greve dos servidores, que já dura 15 dias, a proliferação de insetos é grande. Além das moscas, baratas também são encontradas no local. [...] Falta de vagas no Sistema Único de Saúde é um problema antigo. O número de leitos no SUS aumentou 30% nos últimos quatro anos. Hoje são 356.875, quase 17 mil deles em UTIs. Segundo o Ministério da Saúde, faltam, cerca de, 15 mil leitos, mas o problema maior é na distribuição: há concentração nas regiões sul e sudeste. O professor de administração pública

da Universidade de Brasília afirma: “Nós em breve vamos ter um sistema de saúde em colapso no Brasil”, declara José Matias Pereira, professor administração pública – UNB. Na opinião dele, não falta dinheiro. A administração do sistema é que é ineficiente. “Você tem uma população que está crescendo, demandando cada vez serviços de melhor qualidade e de outro lado um sistema que parou no tempo e que tem uma péssima gestão e uma enorme dificuldade de se modernizar” (G1, 27 de out. 2011 - online).

É importante destacar que é a “expertise” que possibilita que esses profissionais legitimem colocações como: “A demanda é muito maior do que a oferta”, “Sem médicos, sem estrutura”, “Faltam cerca, de 15 mil leitos no Sistema Único de Saúde”, “Em breve vamos ter um sistema de saúde em colapso no Brasil”, “A administração do sistema é que é ineficiente”, “Um sistema que parou no tempo e que tem uma péssima gestão”.

São os especialistas imbuídos de autoridade, de cientistas como representantes máximos na assistência à saúde dos indivíduos que ao proferir, ao enunciar a existência da crise vão construindo noções consideradas científicas e, portanto, neutras, objetivas e universais, que vão se difundindo como verdade. E se tornando cada vez mais consensual a opinião sobre a existência de uma crise na saúde e nos hospitais.

É importante destacar que isso é possível pelo caráter que a mídia assume na contemporaneidade, não apenas de meio de divulgação de conteúdos, que não se limita a divulgação de informações ou a venda de produtos, mas de valor formativo e educativo, de formadora de modos de pensar e agir. Dessa forma somos interpelados pelas pelos discursos proferidos pela mídia sobre a situação de crise dos hospitais, não como indivíduo, pessoa única, mas como leitores, estudantes, professores, trabalhadores da área da saúde.

É por esse caráter produtivo que a mídia pode ser considerada um lugar extremamente poderoso, no que se relaciona à produção e circulação de consumo, já que atinge uma grande parcela da população, pela difusão de suas produções em veículos com reconhecida influência sobre as pessoas. Ela

atua na construção da realidade através da representação¹³⁸ que faz dos diferentes aspectos da vida humana como das etnias (branco/negro), dos gêneros (masculino/feminino), das gerações (novo/ velho), da estética (feio/bonito), da política e dos políticos, etc. (LIMA, 2004).

A mídia digital por sua vez, utiliza-se de estratégias de visibilidade textuais, auditivas, visuais, sonoras, hipertextuais¹³⁹ que permitem uma diversidade de formas, arranjos, maneiras de apresentar a informação que confere mais veracidade ao que está sendo dito.

Um exemplo que ilustra as estratégias de visibilidade das quais as mídias digitais lançam mão é a reportagem “Pacientes pedem socorro pela janela de hospital no interior de São Paulo” publicada pelo portal G1 no site Bom dia Brasil em fevereiro de 2011, cujo excerto está apresentado abaixo.

Pacientes pedem **socorro** pela janela de hospital no interior de São Paulo.

A espera é em quartos superlotados. Por falta de leitos, os pacientes ficam em macas. No banheiro masculino, vasos sanitários estão quebrados. Um hospital de referência é aquele para onde pacientes graves de certa região são encaminhados. Foi para lá que a equipe de reportagem do Bom Dia Brasil também se encaminhou para investigar uma denúncia: a situação terrível de um desses hospitais.

É o Hospital Regional de Sorocaba, uma importante cidade do interior de São Paulo, região de agronegócio – portanto, com dinheiro. Mas o que se encontrou no hospital, que é referência para 48 municípios, foi uma situação miserável.

Não é preciso entrar no hospital para perceber os sinais de reprovação. Da janela, os pacientes pedem socorro. Um senhor de 79 anos foi atropelado no fim de 2010. Fraturou um dos braços e a perna. Somente duas semanas depois, os médicos descobriram que ele estava com cinco costelas quebradas. “Primeiro falaram que ele estava com pneumonia. Daí disseram que ele estava com um coágulo no pulmão [...] Segundo a família, o idoso passou mais de um mês com o mesmo curativo no braço. A filha dele conta que um dos médicos confirmou que a medicação estava errada.[...] “Não posso falar que é culpa ‘desse’, não tem nenhum médico

¹³⁹Hipertexto termo que remete a um texto ao qual se agregam outros conjuntos de informação na forma de blocos de textos, palavras, imagens ou sons, cujo acesso se dá através de referências específicas, no meio digital, denominadas *hiperlinks*, ou *links* que aparecem na forma de termos destacados no corpo de texto principal. Os ícones gráficos ou imagens têm a função de interconectar, amarrar as informações oferecendo acesso sob demanda às informações que complementam o texto principal. O link confere velocidade à conexão entre diferentes documentos digitais (SANTAELA, 2001; KOCH, 2007).

responsável por ninguém aqui. Eu estava me sentindo dentro do hospital desprotegida, sem ter para quem recorrer. É um descaso. “Seu pai ali do seu lado e você não pode fazer nada”, protesta a filha. “Não gosto do que eu vejo, mas infelizmente não posso parar o hospital e fechar o hospital para tomar uma medida dessa natureza. Eu tenho de tomar uma medida em partes. Não recebo colaboração de nenhum outro hospital, nem da cidade, nem da região. “Praticamente, eu tenho de dar conta de tudo”, afirma o diretor do conjunto hospitalar, Antônio Carlos Nasi (G1, 09 de fev. de 2011 - online).

Na página o texto ganha destaque já no título que além de conter palavras impactantes como a palavra “socorro” é apresentado em negrito em uma fonte de tamanho bem maior do que a fonte do restante do texto que divide espaço com um vídeo onde pode ser visto os pacientes pedindo socorro pela janela do hospital como foi anunciado no texto.

É possível ainda, observar no vídeo os quartos superlotados, pacientes em macas nos corredores, os móveis e utensílios hospitalares quebrados, os pacientes e familiares aguardando atendimento, tudo que está escrito no texto pode ser visto, ouvido e, portanto, está comprovado pela mídia.

Pode-se dizer que este recurso da mídia digital do portal G1 que permite a junção do áudio, vídeo, essa mescla de texto, sons e imagens, a coexistência entre o texto tradicional, as imagens fixas e em movimento e outros elementos na mesma mensagem captura o leitor levando-o a apreender os significados e também consumir o sentido dos textos, dos sons e das imagens sobre a crise na saúde que estão sendo veiculadas.

Portanto a partir dessa perspectiva entende-se que não são apenas palavras e imagens que estão circulando, mas um conjunto de verdades, organizadas e colocadas à disposição constituindo práticas com propriedades prescritivas, moldadoras e fixadoras (COSTA, 2004b).

Outro aspecto que chama atenção nos excertos selecionados são as indicações que a crise dos hospitais está relacionada a problemas de gestão, ou seja, está relacionada a má gestão dos hospitais universitários federais. Esse é um aspecto que se faz presente na maioria dos excertos que selecionei como nos que trago para exemplificar.

UFRJ é investigada por gestão irregular de verbas públicas. A ação é por improbidade administrativa. No caso, a gestão irregular de verbas públicas. Servidores da maior universidade federal do Brasil são réus em uma ação movida pelo Ministério Público, incluindo o reitor. A ação é por improbidade administrativa. No caso, a gestão irregular de verbas públicas. Universidade Federal do Rio de Janeiro. A mais antiga e tradicional instituição pública de ensino superior no Brasil, fundada em 1920. Sessenta mil alunos. Orçamento anual de R\$ 600 milhões. Há quatro anos, essa instituição começou a ser investigada pelo Ministério Público Federal, que acaba de entrar na Justiça com uma ação civil por improbidade administrativa (G1, 18 de nov. de 2011 – online).

Defensoria pública discute situação do Hospital Universitário em Petrolina. A situação do Hospital Universitário (HU) de Petrolina, no Sertão de Pernambuco, será discutida nesta quarta-feira (29), em uma reunião entre o defensor público federal, Igor Roque e a direção da unidade. “Muita gente tem procurado a defensoria porque eles precisam do serviço do HU e não estão tendo uma resposta imediata” [...] ressalta o defensor. Os problemas no Hospital Universitário não são recentes, mas foi dado um prazo para que a atual gestão pudesse fazer as mudanças necessárias durante o período de adaptação. O hospital terá o prazo de 20 dias para responder ao ofício, que será analisado pelo defensor público, que pode ingressar com uma ação civil pública para viabilizar o funcionamento do local de forma eficaz (G1, 28 de abr. de 2015 - online).

Segundo Henning, Garré e Henning (2010) ordenando e constituindo a realidade, a mídia, seleciona o que deve ser dito e indica a maneira como deve ser dito, colocando em funcionamento uma operação de poder que atinge diversas pessoas, atendendo ao poder de circulação de seus discursos.

Nesse sentido são importantes as contribuições de Foucault sobre o tema discurso. De acordo com Castro (2009) o termo discurso compreende um dos temas centrais do trabalho de Foucault, no entanto, ele pode ser interpretado de distintas maneiras, assim como os efeitos que ele gera no cotidiano social. Para compreendê-las é conveniente entendê-lo sempre considerando o contexto, a relação do conceito com tema principal que está sendo trabalhado por Foucault em diferentes momentos.

Considero a noção de discurso desenvolvida por Foucault “o discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos” (FOUCAULT, 2007, p.49) produtiva para as considerações que

venho fazendo. De acordo com o discurso é a explicitação do mundo que estamos inseridos, por meio do discurso o material pode ser compreendido, interpretado, reorganizado. Assim como tudo se reorganiza e se modifica, o discurso também é refeito cada vez que é anunciado.

De acordo com Fischer (2001) para Foucault, é preciso ficar no nível de existência das palavras, das coisas ditas. E preciso trabalhar com o próprio discurso, deixando-o aparecer na complexidade que lhe é peculiar. Para tanto temos que abandonar a maneira que aprendemos a olhar os discursos como um conjunto de signos e significantes que fazem referencia a determinados conteúdos, carregando significado, quase sempre oculto, dissimulado, distorcido, com intenções, conteúdos e representações que ficam escondidos nos e pelos textos, cuja verdade será descoberta, desvelada e anunciada pelo pesquisador. Para Foucault, nada há por trás das cortinas, nem sob o chão que pisamos. Há enunciados e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento. Analisar o discurso seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão ativas nos discursos (FISCHER, 2001).

Considerando o que diz Rose (2001, p.29), a partir de Foucault, “o discurso refere-se a grupos de enunciados que estruturam a maneira de algo ser pensado e a maneira de agirmos com base nesse pensar”. Como indicou Fairclough (2001,p.65), “os objetos do discurso são constituídos e transformados em discurso de acordo com as regras de uma formação discursiva específica” e as formações discursivas, segundo o autor “tornam possível a ocorrência de certos enunciados, e não outros, em determinados tempos, lugares e localizações institucionais”.

Segundo Fischer (2001) para Foucault a conceituação de discurso como prática social sublinha a ideia de que o discurso sempre se produziria em razão de relações de poder. O filósofo mostra que há duplo e mútuo condicionamento entre as práticas discursivas e as práticas não discursivas, embora permaneça a ideia de que o discurso seria constitutivo da realidade e produziria, como o poder, inúmeros saberes.

É importante retomar que, tudo é prática em Foucault. E tudo está imerso em relações de poder e saber, que se implicam mutuamente, ou seja,

enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder, que as supõem e as atualizam. Nesse sentido, o discurso ultrapassa a simples referência a – coisas -, existe para além da mera utilização de letras, palavras e frases, não pode ser entendido como um fenômeno de mera – expressão - de algo: apresenta regularidades intrínsecas a si mesmo, através das quais é possível definir uma rede conceitual que lhe é própria. É a esse – mais - que o autor se refere, sugerindo que seja descrito e apanhado a partir do próprio discurso, até porque as regras de formação dos conceitos, segundo Foucault, não residem na mentalidade nem na consciência dos indivíduos; pelo contrário, elas estão no próprio discurso e se impõem a todos aqueles que falam ou tentam falar dentro de um determinado campo discursivo (FISCHER, 2001).

Para Foucault (2004), o sujeito se expressa na ilusão de controlar a origem de seu discurso, sem que se dê conta de que o determinante dos sentidos desse discurso é a história, que se manifesta através das diferentes formações discursivas nas quais se inscreve e das quais não pode se despojar.

Logo, pensar sujeito e discurso no contexto da saúde é pensar o a priori histórico. Pensar as condições de emergência dos enunciados, a lei de sua coexistência com outros, a forma específica de seu modo de ser e de dizer, os princípios segundo os quais subsistem, se transformam e desaparecem em certo espaço e em dado tempo.

A partir dessa noção de discurso pode-se pensar que as enunciações, quando proferidos nas mobilizações, nos eventos reivindicatórios, em tal cena enunciativa, assim como quando circulam na mídia nas reportagens, noticiários, nas propagandas, estão investidos de muito mais do que supõe uma simples coisa dita, eles põe em jogo um conjunto de elementos, referentes às possibilidades de aparecimento e delimitação do discurso da crise na saúde.

Nesse sentido textos, imagens, vídeos que circulam na mídia sobre a “crise na saúde” são a materialidade do discurso sobre a crise na saúde, aquilo que foi ou não anunciado, são a materialidade no plano de práticas discursivas e não discursivas. Para Foucault (2012) práticas discursivas não se referem à ação concreta e individual de proferir um discurso, mas a todo um conjunto de

enunciados que moldam nossa maneira de compreender o mundo e falar sobre ele. Práticas não discursivas dizem respeito a condições sociais, econômicas, políticas e históricas de possibilidade das formações discursivas. Já que para Foucault (2007) o discurso não é pensado como dimensão isolada, mas em suas relações com acontecimentos de ordem técnica, política, econômica e social.

Costa (2004b) destaca que não existe relação essencial ou natural entre a palavra e a coisa. O que existe é a produção de sentidos diferentes possibilidades de significações. Sentidos e significados são produzidos pela linguagem. Os discursos atuam na constituição daquilo que chamamos de realidade. Não existem verdades e realidades objetivas e preexistentes. O que designamos de ‘verdade’ é fabricado na forma de discursos sobre as coisas do mundo, segundo regimes regidos pelo poder.

De acordo com Fischer (1996, p.123) é possível pensar que a mídia na atualidade funciona, como um lugar de definição de verdades. [...] qualquer discurso, materializado em entrevista de TV, cena de telenovela, reportagem de jornal, coluna de revista feminina, é passível de ter sua força de efeito ampliada [...]. Já que a mídia tem autorização para falar de tudo o que acontece na vida em sociedade, seja sob o foco da informação ou do entretenimento.

No portal G1 é tratado do desvio de verbas em hospitais. Como tantas outras matérias tratam da situação das irregularidades que acontecem nos hospitais públicos federais, da falta de controle por parte dos gestores. O texto já inicia indicando a existência de “desvio de verba” e que as irregularidades foram constadas e por órgãos governamentais. O texto também coloca em destaque o relato de funcionários e trechos de gravações na tentativa de deixar clara a fraude, como pode ser visto nos excertos destacados:

Gravações mostram esquema de desvio de verba em hospitais de MS. Irregularidades vieram à tona em investigação da PF, do MP e da CGU. Ex-dirigente do HC nega fraude; ex-diretor do HU não se pronunciou. Escutas telefônicas captadas durante investigação da Polícia Federal (PF), Ministério Público e Controladoria-Geral da União (CGU) reforçam as suspeitas de irregularidades no Hospital do Câncer (HC) e Hospital Universitário (HU), em Campo Grande. As gravações mostram,

por exemplo, relatos sobre sessões de quimioterapia em pacientes que já tinham morrido, cobrança por tratamento contra o câncer que nunca foi realizado e o fechamento do setor de radioterapia de um hospital público para beneficiar clínicas. Em entrevista ao Fantástico, uma ex-funcionária do HC, que não quis se identificar, afirma que muitos pacientes não recebiam corretamente os remédios para combater o câncer. Segundo ela, muitas vezes o remédio receitado tinha a dose reduzida ou era trocado pelo setor administrativo do hospital. “O que a gente ouvia bastante na hora da compra de medicação é 'o paciente está morrendo, não precisa fazer. Faz o soro que está bom'”, disse a ex-funcionária (G1, 05 mai. de 2013 - online).

De acordo com Madeiro (2013), a “crise na saúde” a dificuldade no acesso e a ineficácia dos serviços prestados na atenção primária têm contribuído cada vez mais para a superlotação dos hospitais públicos, onde milhares de brasileiros padecem nas filas, aguardando, exames diagnósticos ou procedimentos cirúrgicos. A deficiência no número de leitos obriga os pacientes, na maioria das vezes, a passarem semanas nos corredores dos hospitais. Há falta de medicamentos, os equipamentos estão sucateados e são insuficientes.

Situações como a falta de leitos, pacientes aglomerados nos corredores, entre outras também sendo narrada na mídia não somente nas reportagens, mas nos vídeos, nas novelas, nas propagandas e comerciais, nos blogs onde são criados diferentes modos de dizer que existe uma crise na saúde e uma crise nos hospitais. Assim, o modelo da crise vai se estabelecendo obedecendo a “verdade” de uma época.

Algumas dessas colocações podem ser verificadas em vários dos excertos que selecionei ao longo da seleção do material, como os que trago abaixo.

População reclama do atendimento nos hospitais públicos de Brasília. O drama de quem precisa de atendimento público de saúde em Brasília. Nos hospitais falta pessoal, equipamento e respeito à população da capital do país. Revolta. "Você pode ser tratado mal, você pode ser deixado num banco esperando dez horas e eles não estão nem aí", diz a dona de casa Gláucia Bonifácio. Não é só esperar atendimento em hospital público na capital do país que é difícil, estar internado também é. Imagens feitas por uma acompanhante mostram pacientes

internados no hospital regional de Taguatinga. “Um rapaz tem dois dias e duas noites que passa sentado numa cadeira”, revela uma mulher. Uma outra cena mostra uma mulher tomando soro deitada num banco. O mesmo ocorre com um homem. A maca está colocada ao lado do balde de lixo. Em outro hospital, o paciente espera horas o atendimento e passa mal na sala de espera. É retirado por funcionários. Imagens feitas por um celular mostram que o paciente só foi trocado de sala e continuou esperando. A situação piora quando algum equipamento estraga. É o caso de quatro tomógrafos, aparelhos de fazer imagens internas do corpo. O problema se arrasta há mais de seis meses [...] (G1, 26 fev. de 2011 - online).

No excerto abaixo são expostos os diversos problemas que afetam os hospitais de uma maneira geral, mas também mostra que os hospitais federais são os que têm mais problemas, mais irregularidades e os que possuem menos controle. Como podemos ver na descrição abaixo.

Hospital Universitário de Manaus tem déficit de R\$ 500 mil por mês. Falta de recursos é um dos gargalos do Hospital Getúlio Vargas. Carência compromete a formação de novos profissionais da saúde. Segundo o diretor do HUGV, professor Dr. Lourivaldo Rodrigues, o problema não é exclusivo do órgão suplementar da Universidade Federal do Amazonas (Ufam), e se arrasta há duas décadas. “Os Hospitais Universitários [HU's] do país estão em estado de penúria intensa há pelo menos vinte anos”, disse o dirigente da instituição, ressaltando que há muito tempo os HU's não recebem recursos para compra de equipamentos [...]. Esse, aliás, é outro problema enfrentado pelo HUGV. Dos 937 funcionários, 229 são contratados, cerca de 25% do total. O pagamento desses profissionais é feito com recursos da produção médica, o que implica na redução do valor que poderia ser usado no custeio da instituição (G1, 03 de out. de 2011 - online).

Fantástico mostra como é feita fraude em licitações de saúde pública. Reportagem simulou licitações com quatro fornecedoras do governo federal. Polícia Federal vai abrir inquérito para apurar denúncia. “Todo comprador de hospital, a princípio, é visto como desonesto. Acaba que essa associação do fornecedor desonesto com o comprador desonesto acaba lesando os cofres públicos. E a gente quer mostrar que isso não é assim, em alguns hospitais não é assim que funciona”, disse Edmilson Migowski, diretor do hospital (G1, 18 de mar. de 2012 - online).

Edital de hospital da Ufam é suspenso por indícios de sobrepreço. Auditoria do TCU constatou indícios de sobrepreço de R\$ 8,9 milhões[...]. A Ufam tem prazo de 15 dias para enviar cópia das propostas e preços. O relatório elaborado pela Unidade Técnica do TCU apontou irregularidades graves no Edital de Concorrência Pública nº. 102/2011. De acordo com o TCU, uma delas diz que o valor "estimativo para a contratação da obra apresenta diversas inconsistências" (G1, 30 de mar. de 2012 - online).

CGU investigará fluxo de medicamentos em hospitais do RJ
A Controladoria Geral da União (CGU) abrirá auditoria para analisar falhas dos sistemas de controle de medicamentos e insumos hospitalares dos seis hospitais federais do Rio de Janeiro [...]. No Hospital Federal do Andaraí, por exemplo, não foram seguidas 76% das recomendações da CGU, que tratavam da necessidade de adequação do controle de estoque da farmácia, almoxarifado e laboratório, de modo a permitir rastreabilidade. À época, foram encontrados nesses hospitais indícios de superfaturamento na aquisição de produtos, montagem de pesquisa de preços em pregão, fragilidades no planejamento e no gerenciamento das compras e falhas no gerenciamento das compras. Os hospitais federais de Ipanema, de Bonsucesso, dos Servidores do Estado e da Lagoa também são investigados. Conforme o Ministério da Saúde, em 2014 foi iniciada a implantação de medidas para aprimorar o processo envolvendo o gerenciamento de material médico-hospitalar e medicamentos, desde a aquisição até a distribuição. O ministério condenou as irregularidades e, por meio de nota, informou que haverá reforço nas recomendações após as denúncias do programa. Representantes da pasta acrescentaram que as denúncias serão encaminhadas à Polícia Federal para investigação (Exame.com, 02 fev. de 2015 - online).

Os excertos acima são emblemáticos para se pensar sobre a construção que vem sendo feita sobre a ineficiência na forma de gerir os hospitais universitários federais e relação dessa ineficiência com a crise na saúde e a crise dos hospitais.

Nos recortes torna-se visível como os hospitais universitários federais estão no centro do problema, no centro da crise na saúde. Nos excertos observa-se que o foco são os hospitais universitários federais, porque são nesses hospitais que os desvios de verbas, os procedimentos ilícitos acontecem, são locais onde há um descontrole, em relação as edificações, os

equipamentos, os trabalhadores. Os hospitais universitários federais estão, ou são o centro da crise porque os processos administrativos não são controlados adequadamente, porque não tem uma gestão eficiente.

É exposto também que não é apenas um hospital que tem problemas, mas uma rede de hospitais universitários federais, deixando claro que não é um problema isolado, mas um problema relacionado ao tipo de instituição: hospital público universitário e federal.

Assim, determinados ditos da mídia ao destacarem a ineficiência dos serviços públicos de saúde, o sucateamento dos hospitais, a escassez de recursos humanos e materiais se apropriam e faz circular discursos, oriundos do campo da medicina, das ciências políticas, do direito, da economia entre outros que se imbricam, se mesclam, se misturam, se entrecruzam, produzindo um mosaico, que ajuda a fabricar uma determinada verdade sobre a situação da saúde no país, ajuda a fabricar uma determinada verdade denominada “crise na saúde” e “crise nos hospitais”.

6.2 A precarização dos hospitais universitários federais

No contexto da crise da saúde a situação precária hospitais universitários federais está na ordem do dia, de forma que tem ocupado um lugar de grande importância nas discussões sobre a “crise na saúde”.

Muito se fala sobre as péssimas condições dos hospitais públicos brasileiros, a assistência insatisfatória que prestam e ineficiência no processo de gestão dessas instituições. Os excertos selecionados entre muitos outros mostram a proliferação discursiva sobre a precarização dos hospitais universitários federais na mídia.

Hospitais em más condições: um problema de todo o Brasil
Má gestão é um problema do Brasil, não só de Sorocaba. Um hospital de referência é, ao mesmo tempo, uma espécie de mau exemplo, de mau modelo de realidade brasileira em hospitais desse tipo. Mas isso não é só em Sorocaba. A sujeira nos hospitais é por causa também de terceirizações mal feitas

e dinheiro desviado. Esses hospitais atraem muita gente, e estão sempre com excesso de pacientes e falta de médicos (G1, 09 de fev. de 2011 - online).

Centro cirúrgico do Hospital Universitário de Brasília está fechado. Sem dinheiro, HUB não tem materiais básicos para cirurgia. Dívidas do hospital chegam a R\$ 2,9 milhões apenas em 2011. O Hospital Universitário de Brasília fechou seu centro cirúrgico nesta segunda-feira (25), por causa da falta de materiais básicos. Todos os procedimentos marcados para esta terça e quarta-feira foram cancelados. Em nota divulgada pela assessoria da Universidade de Brasília, só em 2011, o HUB já acumulou R\$ 2,9 milhões em dívidas. O valor total de débitos alcança os R\$ 8 milhões. O fornecimento de itens essenciais, como gaze e fios para dar ponto, foram suspensos por falta de pagamento. O diretor da Faculdade de Medicina, Paulo César de Jesus, teme que a crise financeira tenha impacto sobre as atividades acadêmicas. "Se fechar, para onde vou mandar os estudantes? Onde eles vão aprender esses procedimentos?" (G1, 26 de abr. de 2011 - online).

Faltam 17 mil funcionários em hospitais universitários no Brasil. Dois em cada três enfrentam problemas graves, segundo as direções. Em MS, alas inteiras estão vazias por falta de servidores. Um dos maiores problemas no hospital é a falta de funcionários. São 600 servidores a menos, segundo a direção do hospital. Dos 47 hospitais universitários federais, 32 enfrentam falta de estrutura ou de pessoal. Segundo os diretores, para melhorar o atendimento, seria necessário contratar mais de 17 mil funcionários (G1, 06 de maio de 2013 - online).

As reportagens publicadas no portal G1 constituem uma espécie de “vitrine” para a sociedade, à medida que se ocupa em mostrar aos leitores de sua página a situação de desvio de verbas, terceirizações mal feitas, falta de materiais médico hospitalares enfim, mostrar para a população o “mau exemplo” que são os hospitais universitários federais.

Nos excertos são colocados em destaque os problemas financeiros, estruturais e a falta de profissionais. Outro ponto que chama atenção é a ênfase que é dada a falta de recursos financeiros para a manutenção das instituições. Em um dos excertos é colocado em destaque que o fechamento do centro cirúrgico do Hospital Universitário de Brasília e o cancelamento de cirurgias ocorreu pelo acumulou de dívidas. A falta de funcionários, também é destacada como um dos maiores problemas do hospital, inclusive é um

problema em destaque, inclusive mostra-se, indica-se o número de profissionais que faltam em todos os hospitais universitários federais do país.

No entanto é destacado que as más condições em que se encontram os hospitais universitários federais é uma situação de hospitais em todo o Brasil e que a má gestão é um problema do Brasil, não só de um hospital localizado em uma determinada cidade, mas um problema em “hospitais desse tipo”.

Esses textos, publicados nas mídias digitais passam a circular na internet e permeiam para diversas outras mídias como jornais, revistas, impressos, televisão, rádio. Os textos, os sons, as imagens ajudam a construir a vida cotidiana formando opiniões e moldando comportamentos.

A mídia é um espaço de circulação de saberes, de instituição de conduta e de constituição, pode-se dizer que é um dispositivo pelo qual o poder se exerce, já que o que é nela veiculado, o que ela noticia, anuncia, publica pode produzir efeitos de verdade. Pode-se destacar o caráter pedagógico da mídia, como um *locus* privilegiado de ensinar, de constituir sujeitos devido a sua intensa presença e influência nos espaços de trabalho, cultura, lazer, educação, etc. transmitindo significados e valores que organizam a vida cotidiana.

Portanto as mídias digitais fazem com que enunciados sobre a precarização dos hospitais apareçam e coexistam com outros enunciados, dizendo coisas sobre a precarização dos hospitais, como por exemplo, como se instalou que fatores colaboraram e quais as alternativas, o que deve ser feito a respeito.

Cabe destacar que ao fazer tais considerações minha intenção não é dizer que os hospitais universitários federais são geridos adequadamente, ou não apresentam nenhum dos problemas destacados nos textos publicados. Minha intenção é mobilizar o pensamento sobre como esses textos, essas enunciações constroem sentidos sobre a precarização dos hospitais e a formas de geri-los na contemporaneidade.

Os hospitais universitários federais são definidos pelo Ministério da Educação (MEC) como centros de formação de recursos humanos, desenvolvimento de tecnologias e de prestação de serviços na área de saúde assim como locais de aprimoramento do atendimento, elaboração de

protocolos (BRASIL, 2015). Em seu conjunto, integram a estrutura do MEC, e vinculam-se administrativamente às universidades e prestam serviços de assistência em média e alta complexidade (BRASIL, 2009).

Foram criados no decorrer no século XX vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) com o objetivo de funcionarem como centros de formação de recursos humanos, impulsionado pela necessidade de um espaço para o exercício prático para os cursos de medicina vinculados as Universidades Federais (ARAUJO e LETA, 2014).

Passaram a ser denominados de Hospitais de Ensino a partir da edição da Portaria SNES/MS nº 15, de 08/01/1991, mediante a qual foi criado o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS, aplicável aos hospitais reconhecidos como de ensino em funcionamento há mais de cinco anos e que constavam no Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade - SIPAC (BRASIL, 2009).

Desde sua criação tiveram diferentes formas de inserção no sistema de saúde do país e de financiamento, variando de acordo com as políticas econômicas e de saúde vigentes. No entanto, dificuldades financeiras e déficit orçamentário fazem parte da história de muitos desses hospitais desde sua criação. Alguns exemplos que podem ser citados são os que estão relacionados com a construção do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, cuja obra foi iniciada no ano de 1941, com a construção do edifício original pelo então Governo do Estado, que tinha a necessidade de criar um Hospital Geral para oferecer atendimento médico à população que não era segurada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Por falta de recursos, a obra não chegou a ser concluída e o prédio passou, então, a ser ocupado pela Escola de Engenharia. A inauguração ocorreu em 1962, após a desocupação pela escola. O hospital passou então a atender as demandas da Faculdade de Medicina e a ser mantido com recursos do Governo do Estado e o Ministério da Educação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, 2010).

Outro exemplo se refere à construção do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro. O hospital teve as obras iniciadas em 1951, o objetivo era disponibilizar dois mil

leitos e dispor de estrutura para abrigar práticas próprias do ensino de diversas especialidades médicas para os estudantes de medicina da universidade. No entanto as obras foram paradas em 1955 devido à dificuldade de negociação da universidade com o governo por liberação de verbas. As obras foram retomadas em 1970 e em 1972, acabaram novamente paralisadas. O hospital foi inaugurado em 1978 com parte da estrutura deteriorada e parte da obra ainda inacabada (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2015).

Impulsionada pela modernização da sociedade quando o Brasil passou por um grande desenvolvimento econômico-industrial a denominada modernização do ensino superior brasileiro que ocorreu entre as décadas de 1930 e 1970, teve entre os anos de 1950 e 1970 seu período de maior desenvolvimento em relação à criação de novas universidades, sendo que algumas delas foram universidades públicas federais que possuíam cursos de medicina e outros cursos na área da saúde.

Entre as décadas de 1930 e 1960 em decorrência do aumento do trabalho assalariado, foram criados um grande número de Institutos de Aposentadorias e Pensões para atender a demanda de atenção à saúde dos trabalhadores. Nesse período a saúde pública de caráter preventivo e assistencial centrou-se no hospital e na atenção de caráter curativo, cujo aparato tecnológico implicava em elevação de custos, além de que os tratamentos fizeram do hospital o centro do processo. O aumento da arrecadação previdenciária possibilitou o crescimento do setor hospitalar e criação nos grandes centros de uma grande estrutura hospitalar privada financiada pelo Estado através da arrecadação previdenciária e de subsídios. No entanto com o passar dos anos se estabeleceu um desequilíbrio entre recursos e despesas de forma que o sistema de institutos de aposentadorias e pensões entrou em crise (MANSUR, 2011). No final de 1964 teve início a extinção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e em 1967 foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que deu início a expansão em larga escala dos contratos, convênios e credenciamentos com a rede privada, para atender à demanda trazida pela extensão de cobertura da prestação de serviços aos empregados formais, autônomos e empregadores que contribuíssem para a Previdência Social garantindo o mercado dos produtores

privados ao mesmo tempo em que houve decomposição da rede previdenciária (CARMO, 2006).

A pequena participação da União no financiamento da saúde, que já acontecia no período de existência dos Institutos, continuou a existir após a criação do INPS. Com a retração da economia que começou no ano de 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e expandiu-se os investimentos sociais e da estrutura urbana, no entanto não se tinha recursos específicos para este fim que funcionava com possível variação nas fontes de financiamento do setor o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Essas iniciativas que modificaram o desenvolvimento do setor saúde. O FAS, por exemplo, destinou os 30% de seus recursos, total que poderia ser destinado a projetos privados, para financiar a expansão de estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais em vários Estados, principalmente na região sudeste (MANSUR, 2011).

O Plano de Pronta Ação com o propósito de desburocratizar o atendimento de emergência permitiu o atendimento pelo setor privado, mudando o panorama de consultas ambulatoriais pela rede própria do INAMPS, que até 1974 respondia por 80% delas.

De acordo com Mansur (2011) o PPA que expandiu os níveis de cobertura do sistema atendimento de urgência a toda a população por meio do acesso, aos previdenciários, à consulta médico-ambulatorial através da rede privada abriu um mercado cativo para o setor privado, em especial o setor hospitalar, o FAS garantia uma expansão fiscal adicional com recursos subsidiados para atender ao setor. Desta forma, o setor privado fornecedor de serviços de saúde era duplamente beneficiado.

No início do ano 2000 alguns hospitais acumulavam dívidas começaram a fechar suas portas por faltas de recursos. Kanashiro (2003) destaca que a política do governo Fernando Henrique Cardoso era de não permitir a ampliação do quadro de pessoal do governo federal, o que levou a contratação de pessoal terceirizado por meio das fundações de apoio às universidades. Para pagar os funcionários terceirizados os hospitais passaram a utilizar os recursos do SUS, que deveriam ser destinados para manutenção da estrutura física, compra de materiais e equipamentos. No ano de 2001 as despesas com

funcionários terceirizados representava 190 milhões de reais o que acabou impossibilitando o custeio das demais despesas. A instabilidade econômica de 2002, o aumento da inflação e a variação do dólar agravaram a crise e afetaram a compra de produtos, utilizados pelos hospitais, muitos deles importados. Nesse período os hospitais passaram a contrair e acumular dívidas.

A Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - Abrahue¹⁴⁰ elaborou no ano de 2002, um documento relatando as dificuldades enfrentadas por todos os hospitais universitários e propondo várias soluções, dentre elas a criação de uma política de priorização dos hospitais universitários no SUS.

A partir desse documento no ano de 2003 o governo federal reconheceu a relevância do papel dos hospitais universitários como centros de referência no SUS e constituiu uma comissão interinstitucional criada a partir da Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003 com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos hospitais universitários e de ensino no Brasil, visando reorientar e ou reformular a política nacional para o setor.

A comissão foi composta por representantes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério de Ciência e Tecnologia; Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão; Comissão de Educação e de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; Conselho Nacional de Saúde; Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino; Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior; Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais; Associação Brasileira de Educação Médica; Associação Brasileira de Enfermagem; Direção Nacional dos Estudantes de Medicina e Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (PARPINELLI, 2005).

Segundo Cislighi (2010) o relatório final da comissão indicou a existência de déficit nos custos de operação destas instituições. Só os hospitais

¹⁴⁰ Sociedade civil sem fins lucrativos, criada em 1989, durante o XXVII Congresso da ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica. Com personalidade jurídica de direito privado, congrega, os hospitais de ensino, qualquer que seja sua natureza jurídica (ABRAHUE, 2015).

universitários federais acumulavam um déficit de 30 milhões por ano, apresentavam precarização da força de trabalho, defasagem do valor pago por procedimentos indicados na tabela do SUS, gestão burocrática fundada em estruturas verticalizadas e centralizadas, o que levou a crise dos Hospitais Universitários Federais.

Conforme destaca Parpinelli (2005) o relatório assinalou a responsabilidade dos hospitais universitários e hospitais de ensino para com os princípios e diretrizes do SUS e em suas propostas considerou a definição do modelo previsto aos hospitais universitários na saúde e na educação; sua relação com o SUS inserção, regulação e integração; os modelos organizacionais e de gestão (autonomia, eficiência e eficácia gerencial); o modelo de financiamento global, contrato de gestão ou misto; a democratização e gestão participativa.

Nesse cenário foi instituído o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde, estabelecendo critérios para a certificação dos mesmos (BRASIL, 2004 a) e definição do perfil assistencial dessas instituições no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004b). Ainda no ano de 2004 o Ministério da Saúde publicou o livro *Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira* (BRASIL, 2004c) a obra entre outros assuntos abordou a necessidade mudanças no sistema de gestão e gerenciamento dos hospitais para a superação da crise do sistema hospitalar do país (BRASIL, 2004). Segundo Parpinelli (2005, p.61) “Impulsionado e fortalecido por um cenário de crise financeira nos hospitais o Ministério da Saúde (MS) propõe a reforma do sistema de assistência hospitalar introduzindo nas discussões a mudança estrutural do modelo assistencial na saúde, da qual participa a assistência hospitalar”.

No mesmo ano a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicou o livro *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe*. A obra sinalizou a importância de novos modelos de gestão hospitalar como meio de melhorar a eficiência dos hospitais contribuindo para a reestruturação da atenção especializada e indicou a necessidade do aprimoramento de mecanismos de controle, avaliação e regulação dos

sistemas de saúde, assim como da instrumentalização dos dirigentes para o gerenciamento dos hospitais.

O livro foi lançado no seminário internacional intitulado: *Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro* que foi organizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizado 30 de novembro a 02 de dezembro de 2004 no estado de São Paulo, cujo objetivo foi discutir o sistema hospitalar brasileiro. Especialistas e autoridades do setor hospitalar do Brasil, Cuba, Espanha e França apresentaram e discutiram questões referentes a modelos de gestão, financiamento, organização, planejamento e gestão da rede. Cerca de 1,5 mil pessoas dentre elas profissionais da saúde, gestores, professores e estudantes, participaram do seminário. Técnicos do ministério apresentaram ações que planejadas para a melhoria da gestão, dentre elas o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino.

No ano de 2005, o Ministério da Saúde estendeu o programa e instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, com o objetivo de apoiar a gestão, organização e financiamento desse conjunto de instituições hospitalares. De acordo com o Ministério da Saúde o processo de contratualização é o esteio do programa, organizado para funcionar como um importante instrumento de gestão, possibilitando programação orçamentária e financeira das instituições hospitalares (BRASIL, 2012).

Todas essas iniciativas foram empreendidas pelo Governo Federal com o objetivo de reestruturar os hospitais universitários federais buscando resolver a precarização em que se encontravam essas instituições. Precarização que está relacionada às condições gerais do trabalho e envolve condições materiais, condições subjetivas do trabalho, formação entre outras e não somente ao processo de trabalho (HYPOLITO, 2012).

Observa-se, portanto que os hospitais públicos brasileiros, sobretudo os hospitais universitários federais tem problemas em relação à infraestrutura, disponibilidade de recursos humanos e processos administrativos desde a criação das primeiras instituições no Brasil, não sendo, portanto um problema recente.

No entanto, nas últimas décadas observa-se uma proliferação discursiva sobre a precarização dos hospitais universitários federais, discursos autorizados produzidos por entidades de classe, sociedades científicas, pela mídia, publicados em documentos governamentais. Discursos esses que tem peculiaridades concernentes a precarização que se cruzam com outros discursos onde se estabelece jogos e os efeitos de verdade

O que quero chamar atenção nesse estudo é que os enunciados veiculados na mídia online sobre a precarização dos hospitais universitários federais que constituem os discursos, como, por exemplo, o discurso da “crise na saúde” e o “discurso da crise dos hospitais” produzem regimes de verdade sobre a situação desses hospitais são enunciados que invocam um sentido particular e verdadeiro para a precarização, definindo ações, regras e comportamentos aos gestores e trabalhadores. Manifestam uma vontade de verdade que busca incessantemente reforçá-los, torná-los mais profundos, confiáveis e consolidados.

6.3 Conhecendo os hospitais: o saber estatístico operando na produção discursiva sobre a precarização dos hospitais universitários federais.

Existe, atualmente, um amplo debate sobre a situação dos hospitais universitários federais. A crise dessas organizações hospitalares, com seu quadro de déficit acumulado, é atribuída, na versão do movimento sindical, ao abandono pelas esferas governamentais e pela utilização dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) para manutenção de pessoal terceirizado.

Mas esse não é um problema exclusivo dos hospitais universitários federais, a Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos anunciou que em 2015, foram fechados 218 hospitais no Brasil, destes 200 sem fins lucrativos. 11 mil leitos foram fechados e cerca de 39 mil trabalhadores foram demitidos por falta de financiamento à assistência hospitalar.

Uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) no ano de 2012 indicou que entre os anos de 2005 e 2012 o SUS perdeu, no total, quase 42 mil leitos, sendo que no ano de 2012 o Brasil tinha cerca de 2,3 leitos

por mil habitantes, taxa inferior à estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que vai de 3 a 5 leitos por mil habitantes.

De acordo com Duarte (1999) e Ministério da Saúde (2014) a redução na demanda por leitos hospitalares observada nos últimos anos pode ser atribuída aos vários fatores como inovações tecnológicas introduzidas na área da saúde, o aumento da resolutividade ambulatorial, o declínio do tempo médio de permanência hospitalar para eventos como partos, cirurgias, etc., mudanças de paradigma no atendimento a determinadas patologias, como tuberculose e hanseníase, bem como os novos modelos de atenção à saúde mental e ao idoso, reduziram as necessidades de leitos para pacientes crônicos. A tendência é tirar os hospitais do centro do atendimento e investir em estruturas de saúde voltadas para a prevenção e promoção da saúde que sejam mais resolutivas e próximas da população.

No entanto, Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (2013) chama atenção para o fato de que além dos aspectos sociais, culturais e demográficos da população, e das iniciativas governamentais que tem como foco a partir do investimento na atenção primária a diminuição do número de leitos hospitalares, o fechamento de hospitais no Brasil tem relação direta com o baixo financiamento que o setor vem recebendo ao longo do tempo, mas que se intensificou nas últimas três décadas. Fato que impulsionou uma série de iniciativas oriundas de vários grupos políticos e profissionais ligados ao setor, voltadas a garantir recursos governamentais e fontes estáveis de financiamento para a Saúde como a inclusão em 1988, no Ato das Disposições Transitórias (ADCT) da Constituição Federal, no seu Artigo 55, de que 30% no mínimo do Orçamento da Seguridade Social seriam destinados ao setor saúde, até que as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estabelecessem a partilha mais adequada¹⁴¹. A criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), como fonte vinculada ao setor, em 1996 a Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996 e a aprovação, em agosto de 2000, da Emenda Constitucional 29, que vinculou percentuais mínimos da receita das três esferas

¹⁴¹ Em 1993, com a cessação das transferências, originadas das contribuições sobre folha de salários, realizadas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), em virtude do aumento da despesa previdenciária, a saúde voltou a disputar maiores percentuais de participação de outras fontes com as demais áreas de governo (CARVALHO, 2007,p.880).

de governo (federal, estadual e municipal) às despesas setoriais (CARVALHO, 2007).

De acordo com Duarte (1999) na cidade de São Paulo, desde o final dos anos de 1980, hospitais públicos vêm sendo desativados, dentre eles tem destaque o fechamento do Hospital Infantil da Cruz Vermelha Brasileira, com 200 leitos pediátricos em 1980, o Hospital Geral da Lapa e o Hospital de Fraturas da Lapa, e o Hospital Umberto I, com 320 leitos, conveniado com o SUS, no início da década de 1990 que foram descredenciados pelo Instituto INAMPS e posteriormente demolidos, dando lugar a novos empreendimentos imobiliários na mesma década.

No início da década de 1990 o estado do Rio Grande do Sul tinha 497 hospitais destes, foram fechados 167 num período de vinte anos. Um destes hospitais, um caso emblemático é o do Hospital de Clínicas Dr. Lazzaroto referência em cardiologia localizado na cidade de Porto Alegre que tinha cerca de 240 leitos e mais de 500 funcionários e foi fechado por denúncias de fraude contra o INSS no ano de 1995.

O Tribunal de Contas da União (TCU) no relatório sistêmico de fiscalização da saúde, realizado no ano de 2013 no qual avaliou o sistema de saúde brasileiro por meio de indicadores, 116 hospitais públicos, que concentram aproximadamente 27.614 leitos, que representa, 8,6% do total de leitos na rede pública), em todos os estados da Federação. O relatório apontou problemas graves, complexos e recorrentes, relacionados à: insuficiência de leitos; superlotação de emergências hospitalares; carência de profissionais de saúde; desigualdade na distribuição de profissionais; falta de medicamentos e insumos hospitalares; ausência de equipamentos ou equipamentos obsoletos, não instalados ou sem manutenção; inadequada estrutura física; e insuficiência de recursos de tecnologia da informação. O TCU verificou que 64% dos hospitais visitados apresentam taxa de ocupação da emergência maior do que a capacidade prevista, e em 19% essa situação ocorre com alguma frequência. Indicou ainda que em 81% dos hospitais o principal problema é o déficit no quadro de profissionais. Em 63% dos hospitais, a constante falta ao trabalho dos profissionais provoca impactos substanciais na prestação dos serviços (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2014).

Os números, e índices apresentados acima são resultados publicados no Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde realizado que foi realizado pelo TCU no ano de 2013 e traz uma compilação de trabalhos realizados sobre temas que são indicados no relatório como de grande relevância na área da saúde como: dados orçamentários e financeiros da saúde, avaliação do sistema de saúde por indicadores, grandes temas acompanhados pelo TCU, trabalhos recentes na área da saúde e assistência Hospitalar no SUS, eleito por ter sido considerado, tema destaque no ano de 2013 devido à sua relevância social e à alta materialidade dos gastos. Para fornecer um diagnóstico abrangente dos principais problemas relacionados a esse tema, foram realizados levantamentos de auditoria pelas secretarias do TCU nos 26 estados e no DF foram analisadas as condições de infraestrutura, recursos humanos, insumos, equipamentos, serviços hospitalares, comissão de controle de infecção, sistemas informatizados de 116 hospitais federais, estaduais e municipais em todo o Brasil. Além da análise documental, foram realizadas entrevistas com gestores das unidades visitadas e de secretarias municipais e estaduais de saúde e com representantes dos Ministérios Público Federal e Estadual, das Defensorias Públicas e de conselhos profissionais, entre outros (RELATÓRIO SISTÊMICO DE FISCALIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013).

As informações coletadas se transformaram em dados estatísticos que tem por objetivo mostrar o “estado” das coisas, mostrar a “realidade” sobre o universo dos hospitais públicos brasileiros. Esses dados têm sido fonte de informação para pesquisadores, acadêmicos e para a mídia.

Gostaria de destacar que ao apresentar essas informações, esses dados estatísticos, minha intenção não é fazer uma análise cartesiana, ou empreender explicações possíveis para os resultados encontrados. Minha intenção é chamar atenção para o que vem sendo produzido sobre a precarização dos hospitais universitários federais no contexto político-acadêmico e cultural. E como a estatística se transforma numa tecnologia para governar. Como através da constituição de informações sobre os diferentes aspectos da vida da população, delimitando, principalmente, os espaços considerados problemáticos como o hospital a estatística é o saber acionado para projetar-se, maneiras de intervir sobre os serviços e sobre a população.

Considero importante destacar que os problemas dos hospitais universitários federais, a má gestão, a precarização a crise que enfrentam nos dias atuais, não é uma situação recente, que apareceu agora, nem ao menos exclusiva desse tipo de instituição. Como tentei mostrar ao longo desse trabalho, a situação atual em que se encontram os hospitais universitários federais está envolto numa série de acontecimentos, não somente relacionados a o contexto da saúde, mas, perpassa a economia, a política, a educação.

No entanto, emerge no momento atual, como um tema central, que passa a ser olhado e discutido não só no contexto da saúde ou da educação, mas também no contexto político e econômico. Esse aparecimento da “crise da saúde” e da “crise dos hospitais”, a precarização dos hospitais universitários federais adquire tanta importância a ponto de serem criados programas como o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais para dirigir, administrar e otimizar as condutas individuais e coletivas como por exemplo as condutas dos trabalhadores da área da saúde e gestores que atuam nesses hospitais.

Para tanto, para regular e conduzir normalizar uma população há necessidade de se produzirem registros sobre essa população, para propor, para acompanhar e para avaliar intervenções, quantificando os seus aspectos mais característicos e de interesse, formulando saberes para depois disponibilizá-los aos governos e à sociedade. Os saberes construídos por diferentes instituições e experts, com base em dados coletados, em registros, em comparações, subsidiam decisões administrativas para manter e otimizar as características desejáveis da população (TRAVERSINI e BELLO, 2009).

A estatística é o saber que é acionado e por meio do seu status de verdade passa a constituir informações que serão referências, possivelmente, para que, no âmbito político, projetem-se maneiras de intervir nas parcelas da população e nos setores produtivos.

Observo que isto também se opera na mídia, que se utiliza da estatística, dos números, dos cálculos para afirmar verdades, para dar veracidade ao que vem falando, aos seus ditos sobre a “crise dos hospitais”, sobre os problemas que os assolam.

Nos excertos que selecionei pude observar que os números são constantemente evocados para falar da “crise dos hospitais”. Selecionei alguns desses excertos que considero emblemáticos para ilustrar o que venho falando

Fantástico percorre hospitais do Brasil e encontram UTI sem médicos. O Fantástico deste domingo mostrou o resultado de um estudo inédito para entender o que há de errado na saúde brasileira. Pela primeira vez, o Tribunal de Contas da União examinou a qualidade do atendimento em 116 hospitais públicos, os mais procurados pela população em todo o país. O resultado é assustador. É assim que a saúde pública tem tratado seus pacientes. [...] Faltam enfermeiros e médicos. [...] Faltam equipamentos para exames. E faltam remédios. [...] Os repórteres do Fantástico foram aos hospitais para conferir o resultado de um relatório recente do Tribunal de Contas da União sobre a saúde brasileira e confirmaram: falta quase tudo na rede pública e sobra desorganização. [...]. A falta de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem é um problema crônico. Em 81% dos hospitais visitados pelo TCU, os administradores reconheceram que há menos profissionais do que seria necessário para atender a todos os pacientes que procuram atendimento. “81% é muito alto para receber a população brasileira, carente, que necessita de um atendimento com dignidade”, destaca o presidente do TCU, Augusto Nardes. [...] (G1, 25 de mai. de 2014 - online).

Há menos leitos do que seria necessário, diz TCU Segundo o Tribunal de Contas da União, na maioria dos estados, há menos leitos do que seria necessário. E para piorar, entre janeiro de 2011 e agosto do ano passado, a rede pública de saúde perdeu 11.576 leitos, são doze leitos fechados por dia, ou um a cada duas horas! E os técnicos ainda encontraram 2.389 leitos interditados por razões como falta de profissionais e equipamentos. [...] Em 85% dos hospitais visitados pelo TCU, os administradores disseram que a estrutura física das unidades não era adequada. E em 77% dos hospitais falta algum tipo de equipamento. Em 23%, eles não foram instalados e muitas vezes ficam encaixotados no corredor, como no hospital Clériston Andrade, em Feira de Santana, na Bahia. O tomógrafo, usado para examinar o cérebro, não funciona. [...] Faltam remédios na rede pública, também faltam remédios na rede pública brasileira. Em quase 80% dos hospitais, atendimentos já foram cancelados por falta de medicamentos ou materiais básicos como seringas e esparadrapo. E por que isso acontece? A maioria absoluta dos administradores aponta falhas no processo de compra como o motivo mais comum. [...] O TCU enviou o relatório ao Ministério da Saúde e a vários outros órgãos públicos. A intenção é que esse seja um passo importante para resolver os problemas que o

Fantástico mostrou nesta reportagem. 150 milhões de brasileiros dependem exclusivamente do SUS para cuidar da saúde (G1, 25 de mai. de 2014 - online).

CGU: Hospitais federais do rio podem causar prejuízo. A Controladoria-Geral da União (CGU) estima que os **hospitais** federais no Rio de Janeiro podem provocar prejuízos aos cofres públicos que cheguem a R\$ 96,5 milhões, caso não sejam tomadas medidas para contenção de gastos. A auditoria especial da CGU analisou o período entre janeiro de 2009 e abril de 2011 e apontou que a despesa dos hospitais chegou a R\$ 888 milhões. A auditoria foi feita a pedido do Ministério da Saúde, após indícios de irregularidades apontadas pela CGU nos gastos feitos pelas unidades. Foram analisados pagamentos feitos pelos seis hospitais (Hospital Federal de Ipanema, da Lagoa, de Andaraí, Cardoso Fontes, dos Servidores do Estado e de Bonsucesso) entre 2009 e 2011. Entre os itens de despesas analisados estão o custeio de serviços continuados, como alimentação, lavanderia, limpeza, vigilância e apoio administrativo; aquisição de medicamentos e insumos; locação de equipamentos hospitalares; obras e reformas prediais. Segundo a CGU, a maior parte dos prejuízos refere-se a pagamentos para locação de equipamentos hospitalares (R\$ 35,2 milhões), seguidos das obras e reformas prediais (R\$ 27,9 milhões); dos serviços continuados (R\$ 20,6 milhões); e da aquisição de medicamentos e insumos médico-hospitalares (R\$ 12,6 milhões). Para a controladoria, em alguns casos, ainda é possível evitar o prejuízo. Em outros casos, o prejuízo já é efetivo, como no superfaturamento na aquisição de bens, no pagamento por serviços não prestados, na perda de medicamentos por expiração do prazo de validade e na locação de equipamento a custos superiores ao de aquisição. As irregularidades constatadas foram levadas ao conhecimento dos órgãos competentes para as medidas de ressarcimento aos cofres públicos e punição dos responsáveis, conforme o caso. O relatório também será encaminhado ao Ministério da Saúde, ao Ministério Público Federal, ao Tribunal de Contas da União, ao Ministério da Justiça e à Advocacia-Geral da União (EXAME.com, 15 de mai. de 2012 - online).

Sob a perspectiva dos EC esses números, taxas e índices têm efeitos de verdade, já que os entendem produções culturais que emergiram a partir de determinadas condições e podem ser vistos como verdades produzidas no interior de relações de poder e lutam para ganhar legitimidade. Esses números ao serem produzidos passam a ser um conjunto de informações contribuem para a produção de formas de se conceber os hospitais brasileiros, a crise na saúde, a precariedade dos hospitais.

Sob a perspectiva pós-estruturalista essas verdades são produzidas e reproduzidas em formas de discursos, no caso, no discurso econômico, no discurso político, no discurso médico e esses discursos podem ser vistos como produtores de realidades, sendo também produzidos por ela.

Para Foucault (2004) a produtividade dos discursos, sua aceitação e circulação, estão vinculadas aos regimes de verdade, isto é, o tipo de discursos que a sociedade acolhe e faz funcionar como verdadeiros. No caso das reportagens e dos relatórios produzidos por órgãos governamentais, entidades de classe sobre a situação dos hospitais brasileiros, são enunciados, que invocam um sentido verdadeiro, pode-se dizer que estes dispõem de um conjunto de procedimentos estatísticos que busca reforçar, tornar o discurso da crise na saúde confiável e assim torna-lo válido e aceito.

Pode se dizer que os hospitais brasileiros atualmente são bastante heterogêneos quanto à organização administrativa e financiamento, já que na assistência à saúde no país, que abrange também a assistência hospitalar coexistem os modelos público e privado, da mesma forma associa financiamento público e privado (BRASIL, 1988).

O Conselho Federal de Medicina em carta aberta¹⁴² à presidente Dilma Rousseff publicada em 1º de maio de 2014 destacou que análise do orçamento da União mostra que dos R\$ 47,3 bilhões gastos com investimentos pelo Governo Federal, em 2013, o Ministério da Saúde foi responsável por apenas 8,2% dessa quantia. Do total de R\$ 9,4 bilhões disponíveis para investimentos em unidades de saúde, em 2013, o governo desembolsou somente R\$ 3,9 bilhões, incluindo os compromissos assumidos em anos anteriores rolados para os exercícios seguintes.

Carmo (2006) destaca que em relação ao financiamento, os hospitais universitários federais, desde sua criação na década de 1940 tinham, seu financiamento assegurado de forma integral pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), sem que o repasse de recursos estivesse vinculado ao alcance de metas e ao cumprimento de compromissos com o sistema de saúde. Em

¹⁴² No Dia do Trabalhador, 1º de maio de 2014, o Conselho Federal de Medicina (CFM) respondeu em carta aberta as declarações da Presidente da República Dilma Rousseff que afirmou que médicos cubanos são mais atenciosos que os brasileiros (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA, 2014).

1974, foi instituído o Plano de Pronta Ação (PPA), que estimulou a aceleração da expansão da compra de serviços do setor privado, estabeleceu plano de remuneração pela Unidade de Serviços¹⁴³ e incentivou a modernização do sistema hospitalar próprio o que levou os hospitais universitários e de ensino a compor os programas de assistência médica da previdência social.

No ano de 1981 foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social que estabeleceu o pagamento dos serviços hospitalares através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)¹⁴⁴. Em 1982, a Portaria 2.837/MPAS estabeleceu que a complementação não poderia ser superior aos valores da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). A cobrança de complementação, o aumento do número de leitos nas enfermarias e o superfaturamento de materiais e medicamentos foram mecanismos utilizados pelo setor privado para equilibrar a relação desigual entre custos e a remuneração dos serviços prestados. Estabeleceu-se assim a crise do sistema previdenciário, com reflexos também para os hospitais universitários e de ensino. A crise econômica da década de 1980 resultou em diminuição de recursos destinados aos hospitais universitários federais pelo MEC, além disso, por serem as unidades de custo mais elevado, passaram a ser apontados como disparadores da crise financeira vivida pelas universidades às quais pertenciam (CARMO, 2006).

A partir da implementação da constituição de 1988, e a criação do SUS, que garantia não só o atendimento a todos os brasileiros, mas também as noções de integralidade e equidade do tratamento foi deslocado para os hospitais universitários o papel de referência de atendimento complexo, no entanto esses hospitais apesar de disporem de alta tecnologia e profissionais altamente especializados, não dispunham de estrutura física, materiais e recursos humanos para receber um grande fluxo de pacientes de demanda imediata. Essa desorganização do sistema gerou problemas, para hospitais universitários federais, a maior rede de hospitais do SUS, devido à insuficiência

¹⁴³ Transformação dos materiais e medicamentos em unidades de serviços com valor monetário pré-estabelecido.

¹⁴⁴ Modalidade de pagamento da internação hospitalar por “pacote”, extinguindo o pagamento por Unidade de Serviços.

de recursos humanos e materiais para atender a demanda, o que culminou em problemas como demora no atendimento, insuficiência de leitos, falta de insumos e medicamentos, infraestrutura precária que persistem ainda nos dias atuais (TORO, 2005).

A desvalorização do real frente ao dólar no final da década de 1990 levou a União a diminuir os recursos destinados ao financiamento dos hospitais universitários federais o que teve impacto negativo na reposição ou contratação de novos servidores de forma a suprir suas necessidades das instituições, assim como na aquisição e manutenção de equipamentos médico-hospitalares, e investimento em infraestrutura.

Cislaghi (2016) chama atenção que além do déficit no pagamento dos procedimentos a falta de contratação de pessoal através de concursos, a diminuição dos recursos por parte da união fez com que nesse período os hospitais universitários federais utilizassem a maior parte de sua verba para a contratação de pessoal terceirizado por intermédio de Organizações Sociais (OS)¹⁴⁵ e cooperativas o que representou um percentual médio 36% de toda verba destinada aos hospitais universitários federais só no ano de 2001.

Carmo (2006) destaca que 50% do total de funcionários dos hospitais universitários federais não são regidos pelo Regime Jurídico da União (RJU)¹⁴⁶, e, portanto, são custeados por recursos do próprio hospital ou universidade. Consequentemente grande parcela dos recursos financeiros que deveriam ser investidos no ensino, na pesquisa, na extensão e na assistência é utilizada para pagamento de pessoal terceirizado.

Após auditoria nos hospitais universitários federais, ano 2006, o Tribunal de Contas da União (TCU) observou que muitos contratos de trabalho mantidos

¹⁴⁵O projeto das organizações sociais foi introduzido por ocasião da reforma do aparelho do Estado brasileiro. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, redigido pelo Poder Executivo federal em 1995, previu, entre os seus projetos básicos, a criação das Organizações Sociais no âmbito da Administração Pública federal (RODRIGUES, 2012). Organizações Sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos na Lei Nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1998). De acordo com Meirelles (2007, p. 383) “é uma qualificação, um título, que o Estado outorga a uma entidade privada, sem fins lucrativos, para que ela possa receber determinados benefícios do Poder Público (dotações orçamentárias, isenções fiscais etc.) para a realização de seus fins, que devem ser necessariamente de interesse da comunidade”.

¹⁴⁶Funcionário que não pertencem ao quadro de servidores estatutários do MEC.

via OSS estavam irregulares e determinou que novas contratações via OSS não poderiam ser realizadas e o Governo teria até quatro anos para solucionar o problema.

Frente a essa determinação muitas universidades assumiram com recursos próprios a contratação de funcionários para não afetar o funcionamento das unidades hospitalares. A transferência dos contratos para as universidades aumentou e ainda mais a dívida dos hospitais, com pagamento dos chamados extra-quadros (profissionais não concursados).

A Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) divulgou que os hospitais universitários federais consumiram, em 2008, recursos da ordem R\$ 3,65 bilhões, registrando um déficit, somente no período, de R\$ 22 milhões (ANDIFES, 2008).

De acordo com Cislighi (2016) segundo dados do Ministério da Educação, apenas os HU federais acumulam por ano um déficit total de 30 milhões entre o que é produzido e o que é pago, problema que se origina nos valores defasados da tabela SUS, levando a uma dívida acumulada de 425 milhões de reais só no ano de 2009.

Vale destacar que a forma de gerir os hospitais universitários federais é uma temática que tem recebido expressivo destaque na mídia no decorrer dessa década. No entanto, discussões sobre a temática já vêm sendo realizadas e apontadas, na literatura especializada, desde a década de 1950 (CESARINO JUNIOR, 1957; MINISTERIO DA SAÚDE, 1965). Contudo, observa-se que ganhou ênfase na década de 1990, com o início da Reforma Administrativa do Estado, quando os hospitais universitários federais foram inseridos na rede de saúde pública e passaram a ser remunerados pelo Ministério da Saúde (MS), que foi regulamentado pelo artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990, s/p).

Cabe destacar que foi, a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, que o MS ficou responsável pelo financiamento do hospital e o MEC pelo pagamento do pessoal. Até a década de 1980, os hospitais de ensino eram financiados integralmente pelo MEC e tinham como objetivo desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à população não contribuinte. O repasse para pagamento de serviços prestados ao Ministério da Previdência era realizado para os hospitais universitários públicos para atender a clientela previdenciária e, posteriormente, aos não contribuintes. O pagamento era realizado pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e/ou pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), aos hospitais universitários, hospitais de ensino e hospitais escola e dos Governos Estaduais e Municipais para os hospitais estaduais e municipais universitários. Os recursos eram de livre utilização por parte dos hospitais.

No entanto, o destino de recursos aos hospitais universitários federais continuou insuficiente para mantê-los, e o Estado continuava tendo pouco controle sobre o destino dos recursos repassados, assim como sobre os processos administrativos. Essa forma de organização passou a ser considerada ineficiente, já que não se tinha mecanismos de controle que garantissem, ao Estado, acompanhar o resultado das ações das instituições.

A temática da ineficiência, em relação à administração dos hospitais universitários, ganhou visibilidade com a publicação de alguns trabalhos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada¹⁴⁷ (IPEA), fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Um dos trabalhos, “Hospitais Universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica”, realizado por Marinho e Façanha (2001), teve o objetivo de desenvolver uma metodologia para avaliação comparativa de eficiência de 43 hospitais universitários federais brasileiros. O trabalho indicou, como fundamental, a mensuração da eficiência do setor saúde em “países pobres, como o Brasil”. Os autores destacaram que avaliações comparativas de eficiência são

¹⁴⁷ Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que tem como objetivo fornecer suporte técnico e institucional às ações governamentais e disponibiliza, para a sociedade, elementos necessários ao conhecimento e à solução dos problemas econômicos e sociais do país. Inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro são formulados a partir de estudos e pesquisas realizados pelas equipes de especialistas da fundação.

importantes porque os hospitais universitários são financiados e conjuntamente gerenciados, pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde, uma vez que integram o sistema das Instituições Federais de Ensino Superior (IFEs). E, também, porque os dirigentes desses hospitais são nomeados e administram as suas unidades por meio das mesmas regras de financiamento, oriundas do ambiente das Instituições Federais de Ensino Superior, e por reconhecidas afinidades. Portanto existem problemas de conceituação, de mensuração e de exploração de produtividade nessas instituições, de modo que seria importante reconhecer as causas da ineficiência dos hospitais universitários federais.

Outro estudo foi publicado pelo IPEA no mesmo ano. O trabalho intitulado: *Hospitais Universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência*, realizado por Marinho (2001), teve como objetivo avaliar o desempenho dos 45 hospitais universitários federais brasileiros durante cinco semestres a partir de 1998, realizando análises específicas e conexões entre indicadores de eficiência técnica e de utilização da capacidade de atendimento dos hospitais. Os indicadores de eficiência técnica foram extraídos de modelos de programação matemática. Os indicadores de utilização aplicados foram: taxa de ocupação, taxa de rotatividade e prazo médio de internação. Além de resultados individuais para os hospitais, foram realizados recortes metodológicos que permitiram estudar o desempenho dos hospitais universitários em níveis regional e temporal, por porte (número de leitos) e por tipos de clínica (médica e cirúrgica). A conexão entre os indicadores de eficiência e os indicadores de utilização foi realizada com o recurso de um modelo de regressão em painel para os cinco semestres disponíveis, permitindo a constatação de relações entre os distintos indicadores. Como resultado, com base nos indicadores avaliados, o trabalho indicou conexões relevantes entre os modelos de financiamento dos hospitais, e ainda os níveis de eficiência dos mesmos e quais os hospitais universitários tinham administração ineficiente, que classificou como não-eficientes.

O trabalho, realizado por Medici (2001, p.153) em parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento e publicado na Revista Associação Médica Brasil, também se destacou. No trabalho intitulado: *Hospitais Universitários:*

passado, presente e futuro, o autor ressalta que “as necessidades de racionalizar gastos com saúde têm fragilizado os hospitais de ensino, que costumam ser muito dispendiosos, dado a não apresentarem uma relação eficiente entre custos e resultados”. De acordo com o autor, a maioria dos hospitais universitários está sob a administração de faculdades de medicina ou universidades, depende do orçamento público para a sua manutenção o que lhes garante autonomia em relação ao planejamento de suas atividades de forma independente da demanda e do mercado. No entanto, com o passar dos anos, aumentou o número de hospitais universitários que passaram a ter parte do seu financiamento vinculado aos serviços que são prestados para a comunidade. Isto tem gerado conflitos administrativos, entre Ministérios da Educação e Saúde, sobre o objetivo final dos hospitais universitários e a que tipo de lógica deveriam responder: a do ensino ou a do mercado?

Segundo Medici (2001), nos países desenvolvidos assim como nos países em desenvolvimento, a pesquisa não tem sido considerada uma atividade essencial a ser desenvolvida nos hospitais universitários. Nesses países, a maioria das pesquisas é desenvolvida por institutos de pesquisa, indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos. O autor destaca, ainda, que os limites dos orçamentos públicos para a pesquisa e os custos elevados do desenvolvimento científico e tecnológico fazem com que esses hospitais diminuam sua capacidade institucional para atuarem em pesquisas aplicadas à área da saúde e que a tendência é que os hospitais universitários não conduzam mais pesquisas e passem a participar como parceiros, auxiliando os institutos de pesquisa ou sendo financiados parcialmente por indústrias.

Cabe ressaltar que os estudos, publicados pelo IPEA, assim como outros órgãos e instituições são apresentados como documentos técnicos que atuam como instrumentos norteadores para a elaboração de documentos técnicos, diretrizes, políticas públicas, enfim uma série de ações Governamentais que objetivam conduzir as condutas individuais e as coletivas, administrando-as de modo a responsabilizar os sujeitos, como por exemplo, os trabalhadores e gestores dos hospitais, dentre eles os hospitais universitários federais para alcançarem altos índices de qualidade e produtividade, nos

serviços e também em suas vidas com vistas a diminuir a dependência do Estado.

Tais estudos, não restringem aos espaços acadêmicos ou governamentais e passam a circular também em outros espaços como na mídia, nas mídias digitais que se apropriam do discurso da crise na saúde e da crise nos hospitais e o multiplica em inúmeras reportagens sobre a situação de precarização por que passam os hospitais universitários brasileiros.

Um exemplo que pode ser citado é a reportagem intitulada: *O SUS que funciona X o SUS que fracassa*, publicada na Revista Época online. A reportagem publicada no ano de 2011 faz um comparativo entre hospitais do SUS que são geridos pelas OSS, “os que funcionam” e hospitais cuja gestão é feita por administrações locais vinculadas diretamente as universidades “os que não funcionam”. A reportagem coloca que o “SUS não é homogeneamente ruim. Ele é desigual e injusto”. E que “é preciso reconhecer que o Sistema Único de Saúde não é único. Há no Brasil dois SUS. O que funciona e o que fracassa”. E que existem hospitais públicos como o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) que funciona tão bem quanto o hospital privado, considerado um dos melhores do mundo o Hospital Sírio-Libanês.

Essa “qualidade” do ICESSP é atribuída a gestão, a gestão feita pelas OSS, como podemos ver na imagem a seguir:

O SUS QUE FUNCIONA X O SUS QUE FRACASSA

	
<p>PLANEJAMENTO Profissional ajusta um monitor no Icesp, um dos mais modernos centros de tratamento de câncer</p> <p>Foto: Joel Silva/Folhapress</p>	<p>IMPROVISO Enfermaria lotada no Hospital Dr. Carmino Caricchio, no Tatuapé, em São Paulo, onde outro hospital fechou</p> <p>Foto: Almeida Rocha/Folhapress</p>
<p>Detalhes que fazem a diferença</p> <p>O segredo dos hospitais geridos pelas organizações sociais de saúde (OSS). Por que esse serviço funciona</p> <p>RECURSOS As instituições dispõem de equipamentos de ponta, medicamentos modernos e instalações limpas e confortáveis</p> <p>PROFISSIONAIS O corpo clínico, a enfermagem e os demais profissionais são contratados e avaliados de acordo com as leis do mercado</p> <p>GESTÃO É administrada por uma entidade privada, sem fins lucrativos. Há um controle rígido dos gastos e dos serviços prestados</p>	<p>Problemas que comprometem</p> <p>Algumas das características recorrentes verificadas no serviço público de saúde, que enfrenta dificuldades</p> <p>RECURSOS Os hospitais ficam lotados quando outra instituição próxima deixa de funcionar. Falta planejamento para prever a demanda habitual e se preparar para emergências</p> <p>PROFISSIONAIS São funcionários públicos, em geral mal remunerados, sem plano de carreira e sem estímulo para produzir mais e melhor. As greves são frequentes</p> <p>GESTÃO As instituições não são obrigadas a manter um contrato de gestão com orçamento e metas bem estabelecidas</p>

Figura 1 – O SUS que funciona X o SUS que fracassa.
Fonte: Revista Época online, 04 de novembro de 2011.

Mesmo não tendo a pretensão de analisar imagens, como já anunciei nos capítulos iniciais desse trabalho, considero importante trazer essa imagem, no sentido de deixar um pouco mais claro o venho dizendo, o que não conseguiria fazer apenas trazendo a descrição.

O texto mostra em um quadro a imagem de dois hospitais, um administrado pela OSS onde aparece uma sala cirúrgica bem equipada, limpa

e organizada, com monitores e equipamentos em bom estado de conservação e um funcionário com paramentação cirúrgica, usando vestes como pijama cirúrgico, gorro, máscaras, manuseando um dos equipamentos instalados na sala “o SUS que funciona”. Logo abaixo da imagem é feita uma série de colocações sobre esse “segredo” de bom funcionamento onde são mostrados como são organizados os recursos, os profissionais e gestão, item onde é destaca a “administração feita por uma entidade privada”, destacando que dessa forma, por meio dessa forma de gerir é possível o “controle rígido dos gastos” nos hospitais, portanto funciona.

O quadro ao lado, mostra a imagem de uma enfermaria lotada de pacientes com corpos expostos, acomodados em macas, sendo que uma está bem próxima do chão “o SUS que não funciona”. Logo abaixo da imagem é feita uma série de colocações onde são indicados os fatores que levam a esse “não funcionamento” que são: a falta de planejamento dos recursos, ter em seu quadro de profissionais funcionários públicos mal remunerados e ter uma gestão sem planejamento, metas e controle.

Observa-se que no texto, são utilizados uma série de recursos visuais, de imagens que chamam os leitores a um conhecimento específico sobre os dois tipos de hospitais a fim de que aos mesmos possa ser atribuído algum sentido. O conhecimento, que dissemina-se na sociedade e com o qual este texto trabalha é aquele que considera que os hospitais públicos geridos pelo estado não funcionam.

O texto destaca que “o segredo” de um hospital que “funciona bem” é a gestão feita pelas OSS e explica como é feita a gestão por esse modelo, dando ênfase ao gerenciamento de hospitais públicos feitos de forma rígida exercendo controle rígido sobre a gestão dos gastos e serviços prestados como forma de garantir recursos mensais para manutenção da instituição. Fato que possibilitou que o referido hospital em um período de um ano, conseguisse prestar atendimento a 15 mil novos pacientes.

A reportagem ainda traz uma série de dados numéricos mostrando a “realidade” do SUS no Brasil em relação ao atendimento dos pacientes com câncer, mostrando em dados numéricos os principais problemas enfrentados pelos pacientes, como podemos ver no excerto abaixo.

Um relatório do Tribunal de Contas da União (TCU), divulgado na semana passada, expõe o problema. Pelo menos 58 mil pacientes de câncer não conseguiram fazer radioterapia em 2010. Ou seja: 34% dos que precisavam não conseguiram ser atendidos. Outros 80 mil (53% do total) demoraram muito para conseguir uma cirurgia. O tempo médio de espera por uma quimioterapia foi de 76 dias. Apenas 35% dos pacientes foram atendidos em 30 dias (prazo recomendado pelo Ministério da Saúde). Na radioterapia, são 113 dias de espera, em média. Apenas 16% são atendidos no primeiro mês. O maior problema do tratamento do câncer é a falta de diagnóstico precoce. O cidadão percebe que há algo errado e procura o posto de saúde do bairro. Como essa rede básica é falha e desorganizada, ele perde um tempo precioso até conseguir acesso a um centro especializado na doença. “Quase 60% dos pacientes de câncer de laringe chegam em estágio muito avançado. Dá até desânimo”, diz Roberto Rivetti Suelotto, diretor técnico do Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, em São Paulo. De todos os pacientes tratados no hospital beneficente, 93% são do SUS (Revista Época, 04 de nov. de 2011 – online).

Ao lermos tais dados numéricos e expostos em percentuais, torna-se passível acreditarmos que os hospitais estão em crise e que há precarização, das condições materiais de trabalho, nos aspectos físicos, nas edificações e que todo problema dessas instituições está relacionada a forma de geri-las, a má gestão e que a gestão realizada por OSS é a melhor alternativa para esses hospitais. Somos subjetivados a acreditar que além de organização da gestão, o que pode ser tomado como maior qualidade, a estrutura física e os recursos humanos também são equacionados nos hospitais cuja gestão é feita por instituições privadas, que seguem modelos de empresa.

Considero importante destacar, que minha intenção não é avaliar se esta forma de gerir os hospitais é adequada, se ela funciona ou não. Minha intenção é olhar para a produção discursiva das mídias digitais as reconhecendo como uma “nova” configuração cultural que se faz cada vez mais presente na vida das pessoas no mundo contemporâneo e pode ser vista como um artefato cultural que para além dos muros escolares, também é pedagógico, também ensina já que transmite uma variedade de formas de conhecimento e influencia nos modos de pensar e agir interferindo no conhecimento dos sujeitos sobre o

mundo e sobre si mesmo, ensinando, mesmo sem ter o objetivo manifesto de fazê-lo.

Outro exemplo que pode ser citado é a reportagem intitulada: *Em Salvador, um hospital público que parece privado*, publicada também na revista Época no ano de 2014. O texto trata sobre o êxito que teve o Hospital do Subúrbio, localizado em um bairro pobre e violento de Salvador quando este passou a ser administrado por uma empresa que foi contratada pelo Estado para fazer a gestão do Hospital. No texto é destaca que o modelo de gestão adotado pela empresa que adota metas quantitativas e qualitativas tornou o hospital em um curto período de tempo, uma referência no Brasil e no exterior de forma que foi premiado por instituições privadas e também pelo Banco Mundial como um das melhores projetos de Parcerias Público Privadas¹⁴⁸ da América Latina e do Caribe. No texto são mostrados dados e estatísticos como forma irrefutável de mostrar o sucesso da gestão feita no hospital.

Em Salvador, um hospital público que parece privado. O Hospital do Subúrbio mostra que o governo não precisa gastar mais para oferecer um atendimento de qualidade à população. Hospital do Subúrbio, em Periperi, bairro pobre e violento da periferia de Salvador, é a maior prova de que é possível melhorar a saúde pública no país sem ter de gastar uma fortuna. Primeira parceria público-privada (PPP) do Brasil no setor de saúde, o Hospital do Subúrbio alia o melhor de dois mundos: é um hospital público, com atendimento gratuito, com a qualidade de um bom hospital particular. O melhor: seu custo é, segundo a Secretaria de Saúde da Bahia, cerca de 10% mais inferior ao de hospitais similares geridos diretamente pelo governo do Estado. “Administrar um hospital – pessoal, insumos, equipamentos – é algo complexo, que exige uma agilidade que o Estado não tem”, diz Jorge Oliveira, presidente da Prodal Saúde, empresa que ganhou a concessão do Hospital do Subúrbio por dez anos, num leilão realizado na BM&F Bovespa em março de 2010. [...] Desde o início da concessão, o valor do contrato sofreu quatro revisões. Passou de R\$ 103,5 milhões para R\$ 151,5 milhões por ano – um salto de 46%. [...] De acordo com Solla, as metas quantitativas e qualitativas, das quais depende o pagamento mensal da

¹⁴⁸ Contrato administrativo de concessão na modalidade patrocinada ou administrativa prevista Lei Federal nº. 11.079/2004. Os contratos estabelecem vínculo obrigacional entre a Administração Pública e a iniciativa privada visando à implementação ou gestão, total ou parcial, de obras, serviços ou atividades de interesse público, em que o parceiro privado assume a responsabilidade pelo financiamento, investimento e exploração do serviço, observando, além dos princípios administrativos gerais, os princípios específicos desse tipo de parceria.

concessionária, foram superadas com folga até agora. A infecção hospitalar ficou em 6,5 casos por 1.000 atendimentos, no último trimestre de 2013, bem abaixo do máximo de 20 por 1.000 previstos no contrato. O índice de rotatividade do hospital deveria ser de, no mínimo, 4,9. Está em 23,6. “Claro que temos falhas, mas procuramos identificá-las e modificá-las”, diz Lícia (Revista Época, 29 de abr. de 2016 - online).

Observa-se nos excertos selecionados a utilização da estatística, do saber estatístico na tentativa de facilitar a compreensão de fenômenos relacionados a gestão dos hospitais, mas também para comprovação, de que a gestão dos hospitais quando segue o modelo da “empresa”, quando é realizada por uma “empresa privada” é eficiente. Observa-se que buscasse a contabilização por meio de números, medidas racionais que dão certeza de sua validade de forma a transformar essas colocações sobre a gestão dos hospitais em verdades absolutas, que podem ser comprovadas pela ciência.

De acordo com Foucault (2012) a utilização de dados estatísticos tornou-se uma estratégia discursiva de garantia da neutralidade, uma vez que os números não apresentam opinião, permitindo o discurso ocupar uma posição de verdade absoluta.

A questão que problematizo é a força com que os números e as estatísticas são utilizados como para a instituição de certas políticas públicas, principalmente as de educação e saúde, os dados estatísticos são recorrentemente utilizados, atuando diretamente na condução da conduta dos sujeitos e na forma como eles vão se relacionar e adotar tais políticas.

E também sua força na instituição de verdades, por meio da constituição de determinadas subjetividades, no caso a de nós leitores que somos interpelados incessantemente pelas produções e difusão da informação nas mídias digitais, que permitem que os dados estatísticos, os números circulem por uma infinidade de lugares, se cruzem com outros números, produzidos sobre os hospitais, sobre a sua gestão e com outros dados, e sejam modificados, enfim, sejam consumidos das mais diferentes formas, de uma maneira muito rápida.

É importante destacar, no entanto, que o problema não está na estatística em si, mas nos usos que se faz dela, principalmente quando contemporaneamente privilegia-se a adoção de modelos de gestão, seguindo

modelo de empresa para gerir os hospitais universitários federais de forma que trabalhadores da área da saúde, gestores e usuários dos serviços, dos hospitais universitários federais passem a acreditar que esta é a melhor forma de gestão, que essa é a melhor alternativa para a “crise na saúde”, para a “crise nos hospitais universitários federais”.

6.4 Revitalizar e reestruturar para governar: a empresa como modelo para gerir os hospitais universitários federais

Foi publicada no Diário Oficial da União de 16 de dezembro de 2011, a lei que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH, destinada a administrar os recursos financeiros e humanos dos hospitais universitários. Vinculada ao Ministério da Educação, a empresa definida como empresa pública de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, com capital social subordinado à União. Sediada em Brasília, passou a figurar como a organização administrativa dos hospitais universitários federais que continuaram academicamente subordinados a universidades, mas passaram a ser administrados de forma independente.

A EBSEH passou a fazer a gestão do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais que foi criada, como anunciado anteriormente para após a publicação da Portaria nº 442 do Ministério da Educação (BRASIL, 2012c) para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais integrados pelos SUS, com a incumbência de promover melhores condições para que os hospitais universitários federais, como unidades de ensino pudessem prestar assistência de excelência, assim como , condições para a formação de profissionais de saúde.

A EBSEH foi criada por expressa autorização legal como uma empresa de capital exclusivamente público, voltadas para a prestação de serviços públicos, regida pelos ditames do Estado, que a controla, porém permite maior maleabilidade, e menos burocracia para acompanhar a dinâmica comercial neoliberal vigente.

Definisse, portanto como uma empresa, “atividade econômica organizada para a produção de bens e serviços para o mercado” e pertence tanto ao

domínio público quanto ao domínio privado, sem se identificar completamente com um ou com outro. Atuando integralmente sob gerência do direito privado, tendo um regime jurídico determinado pela natureza de seu objeto e de suas atividades. Submetem-se apenas às normas do direito público quando a constituição determinar, ou quando tiver disposição legal. Esta sujeita às normas e princípios do direito pelo princípio da continuidade dos serviços públicos.

O movimento que ajudou a construir o modelo de empresa surgiu na Inglaterra em decorrência da Revolução Industrial quando os motores movidos a vapor foram acoplados aos Teares¹⁴⁹ dando início a indústria têxtil. Com a aplicação do vapor às máquinas, iniciam-se as grandes transformações nas oficinas, que se converteram em fábricas, nos transportes, nas comunicações e na agricultura. O artesão e a sua pequena oficina patronal desapareceram para dar lugar ao operário e às fábricas e às usinas, baseadas na divisão do trabalho. Surgem novas indústrias em detrimento da atividade rural.

A empresa, no entanto, começa a se delinear mediante, a dois eventos, o desenvolvimento da administração científica e o surgimento do direito comercial. A administração científica como o desenvolvimento de métodos para produzir mais e melhor, dando ênfase às tarefas a serem realizadas e o desenvolvimento do direito comercial por meio da criação e instituição de um sistema de caráter objetivo, onde o enfoque do direito comercial se desloca do comerciante para os atos de comércio, ou seja, devem-se estender os direitos comerciais, até então classistas, aos atos de comércio, como títulos cambiários, independente de quem os pratique.

Diante do desenvolvimento dos fatores de produção, a partir da revolução industrial do século XIX, e da evolução da economia capitalista, com a produção em massa, surge no cenário econômico a figura do Empresário, inicialmente, com um conceito primário e limitado que encara a empresa como uma sucessão de atos de comércio. Com a evolução do capitalismo moderno, surgiram várias outras atividades econômicas que envolvem a organização do

¹⁴⁹ Até a Revolução Industrial não existiam empresas formais. Na Inglaterra os pequenos produtores domiciliares fabricavam tecidos e utensílios domésticos, a fim de suprirem suas próprias necessidades e as de seus familiares, muitos dos tecidos e produtos têxteis eram fabricados em equipamento usado para produzir tecido manualmente denominado: *tear*.

trabalho, dos fatores de produção e, inclusive, do capital para a circulação de bens e serviços, e o comércio deixou de ser o motor da economia de forma que o direito comercial passou a ser construído sob a perspectiva da teoria da empresa, que busca avaliar, não só dos atos de comércio e dos comerciantes, mas de outros fatores de produção que compõem a economia, como por exemplo, do crédito, da circulação de bens e serviços, da movimentação da economia, etc (NUSDEO,1997).

Após a II Guerra Mundial e após a promulgação do Código Civil italiano de 1942, quando o mundo inteiro passou a experimentar um intenso desenvolvimento econômico e tecnológico. Mudando o velho conceito de direito comercial, que até então girava em torno da figura do comerciante, ou do ato do comércio, adotado através de estatutos medievais, para o conceito da empresa. A atividade comercial passa a se extinguir e atividade empresarial tida como profissional, científica, verdadeira e com status jurídico passa a ganhar estabelecer-se.

O termo empresa vem sendo empregado etimologicamente o vocábulo empresa deriva do vocábulo *prehensus* e *prehendere*, que significa empreender, praticar, possui o sentido de empreendimento voltado para a realização de um objetivo (SILVA 2004). De acordo com Miranda (2009) empresa significa empreendimento, associação de pessoas para exploração de um negócio. É o conjunto de atividades do empresário. É toda organização econômica civil, ou empresarial, instituída para a exploração de um determinado ramo de negócio. Pode ser definida ainda como atividade econômica organizada para a produção ou circulação de bens ou serviços, uma série pré-determinada e coordenada de atos, visando uma finalidade produtiva.

Diferente da fábrica cujo termo refere-se ao conjunto de instalações, equipamentos e trabalhadores voltados para a transformação de matérias-primas e da indústria que refere-se a atividade econômica de transformação de matérias-primas em produtos. A empresa relaciona-se a circulação de bens e serviços, materiais tangíveis e intangíveis ao qual pode-se atribuir um valor monetário, um preço, portanto podem ser comercializados.

Com a evolução do capitalismo a empresa ganha ênfase, e o conceito passa a permear os mais diferentes espaços, como a escola, e o hospital que passa a ser visto não só como uma instituição para receber pacientes e tratar dos seus problemas de saúde, mas como um lócus gerador de gastos que demanda de insumos e serviços e mantém relações financeiras, econômicas e comerciais com organismos de financiamento como provedores de insumos e serviços, indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, fundações de apoio e pesquisa etc.(OPAS, 2004).

De acordo com Lima-Gonçalves e Aché (1999, p.84) “além da atividade propriamente médica que se desdobra no hospital, funcionam ali setores que poderiam desenvolver-se isoladamente fora dele, com amplas possibilidades de viabilidade econômico-operacional, mas envolvendo, cada qual, aspectos especializados de funcionamento”. Nessa perspectiva o hospital passa a assumir um papel na produção de serviços, o que modifica também a forma de geri-lo de administrá-lo, que se afasta da perspectiva social e caritativa passando a acompanhar as regras do mercado competitivo.

Os saberes da administração extrapolam para o campo da saúde e para o interior do hospital e passam a ser percebidos como algo necessário à sobrevivência dessas instituições no mercado. Os mandamentos da administração são a formula capaz de garantir o sucesso das empresas por tanto, também são vistos como “uma grande saída”, “a melhor solução” para a crise nos hospitais.

Observa-se estas indicações em documentos governamentais, em produções acadêmicas, na literatura e na mídia que faz circular uma infinidades de discursos que reafirma verdades sobre a eficiência do “modelo empresa”. Como podemos ver nos excertos selecionados a seguir:

Câmara aprova nova estatal para administrar hospitais universitários. Empresa pública poderá contratar funcionários diretamente. Ebserh terá capital social integralmente de propriedade da União. Segundo líderes governistas, a nova estatal vai resolver problemas na contratação de funcionários para esses hospitais (G1, 20 de set. de 2011 – online).

Senado aprova criação de estatal para gerir hospitais universitários. Governo diz que empresa facilita a contratação e regulariza servidores (G1, 23 de nov. de 2011 – online).

MEC nomeia direção de empresa que fará gestão de hospitais universitários. Atividades devem começar no segundo semestre deste ano, diz ministério. Ministro apontou que criação de empresa vai reduzir chances de fraudes (G1, 16 de abr. de 2012 – online).

Hospital universitário do ES terá nova gestão e vai abrir concurso. O Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes (HUCAM), o Hospital das Clínicas em Vitória, terá uma nova empresa gestora. Com a mudança. A direção acredita que terá condições de prestar serviço em maior quantidade (G1, 03 de jul. de 2012 – online).

Observa-se nos textos que o modelo de empresa é colocado como a solução para o problema dos hospitais, observa-se o estabelecimento de uma relação entre o “modelo empresa” e a “gestão excelente”, ou seja, só será possível que os hospitais prestem serviços de qualidade, que não tenham fraudes, que tenham estrutura física adequada e bons equipamentos se forem conduzidos pelos saberes da gestão, saberes estes que são permeados por discursos como o da estatística, da psicologia, da sociologia, que os legitimam e dão caráter de cientificidade.

Considero importante destacar o papel das sociedades científicas consideradas e outorgadas como autoridades máximas na “gestão” e atuam através de seus representantes intelectuais - peritos, cientistas, pesquisadores, especialistas – na produção de discursos da qualidade, excelência, e assim vão construindo verdades consideradas científicas e, portanto, neutras, objetivas e universais, que, com o decorrer do tempo, vão a se consagrando pela prática e pela sua constante reprodução em todo o mundo. São as sociedades por meio de inquéritos, que buscam certo, número de informações e conhecimentos como forma de validar e autenticar a verdade. Como é o caso da Joint Commission International (JCI) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA) organizações acreditadoras, que certificam instituições de saúde, públicas e privadas conforme padrões de qualidade estabelecidos em seus manuais. As instituições certificadas recebem um selo que “garante” que

esta funciona com os mais altos níveis de segurança e qualidades, portanto são instituições de excelência.

A certificação é realizada como base em uma série de critérios pré-estabelecidos e o resultado é divulgado num processo de posicionamento de itens de estatísticas entre os hospitais concorrentes, compondo um ranking dos melhores hospitais, os hospitais brasileiros de excelência.

O resultado é divulgado em diversos espaços dentre eles na mídia que coloca em destaque a importância dessa avaliação e ordenamento, para que os sujeitos possam assim, escolher os hospitais, conforme a classificação da JCI. O ranking de hospitais de excelência é publicado anualmente tem destaque mídia, principalmente em veículos voltados para as áreas de economia, gestão e negócios como pode ser visto nos excertos selecionados.

Os hospitais de excelência do Brasil em 2012. Apesar da precariedade do sistema de saúde brasileiro, muitos de nossos hospitais, inclusive públicos, se destacam como centros de excelência internacional em tratamentos de alta complexidade. Atualmente, existem 18 instituições públicas e privadas que possuem a mais importante certificação hospitalar do mundo, concedida pela Joint Commission International (JCI). Entre os hospitais particulares, seis deles merecem destaque por serem considerados hospitais de excelência pelo Ministério da Saúde, com quem desenvolvem projetos voltados à população em geral. Essas instituições filantrópicas são, inclusive, credenciadas ao SUS (Exame.com 19 de jul. de 2012).

Os hospitais brasileiros de excelência, segundo a ONA. Os processos de avaliação da qualidade dos serviços de empresas do setor de saúde são um importante radar para os consumidores que desejam buscar os melhores tratamentos. Uma das avaliações nacionais do setor mais abrangente é a certificação para acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que possui instituições acreditadas em 22 estados brasileiros e no Distrito Federal. E uma das principais categorias de acreditação da ONA são os hospitais (Exame.com 29 de abril de 2013).

Os hospitais brasileiros de excelência em 2014. [...] Dentre os mais de 6 mil hospitais do sistema de saúde brasileiro, 24 se destacam como centros de excelência internacional e possuem a mais importante certificação hospitalar do mundo, concedida pela Joint Commission International (JCI).“O paciente, sem dúvida, ganha mais segurança ao ser atendido em um hospital acreditado. Fica mais claro que esse paciente terá mais

segurança, com profissionais mais responsáveis e devidamente capacitados”, afirma Manuela Alves dos Santos, superintendente do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), entidade parceira da JCI e responsável por aplicar o processo de acreditação da Joint Commission no Brasil (Exame.com 25 de fev. de 2014).

De acordo com Maia e Roquete (2014) a acreditação hospitalar surgiu no contexto que envolve a qualidade dos serviços de saúde, por meio de iniciativas de natureza privada e, depois, por esforços de cunho público político, estabelecendo-se como uma metodologia desenvolvida para contemplar a qualidade assistencial oferecida pelos serviços de um hospital. Projetada para proteger e organizar a profissão médica, com o propósito de melhorar o ambiente e a prática clínica o conceito de acreditação se ampliou passando a ter outras finalidades como a educação, a consultoria, a participação e o profissionalismo. Atualmente frente à influência da concorrência externa e da rígida regulamentação do setor privado de saúde, a adoção a sistemas de gestão da qualidade tem se tornado uma condição de existência.

De acordo com o Manual de Acreditação Hospitalar publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2002 (BRASIL, 2002, p.17). “O Processo de Acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e, principalmente de educação permanente dos seus profissionais”. E para a execução do processo deve-se coletar nos hospitais evidências objetivas por meio de entrevistas, exame de documentos, observação das atividades e condições nas áreas de interesse. A equipe de avaliadores por sua vez deve registra-las e comprová-las por observação física, entrevista com profissionais operacionais dos serviços, medições e registros. O documento destaca ainda que sua estrutura apresenta os princípios gerais e as diretrizes orientadoras do processo de Acreditação, e instrumentos de avaliação, que objetiva sistematizar a metodologia de avaliação dos hospitais definindo níveis, padrões, seções e subseções. Definição considerada necessária para garantir a padronização do processo de avaliação desenvolvido pelas Instituições acreditadoras, independente da complexidade ou especialidade do Hospital. Tal documento

esta voltado para a educação, dá que o objetivo é que seja utilizado como “instrumento provocador para os questionamentos sobre práticas e padrões aceitáveis nos serviços prestados, e contribuído para o aperfeiçoamento do perfil assistencial, através da adoção de novos hábitos e postura dos profissionais de todos os níveis e serviços” (BRASIL, 2002, p.13).

Observa-se que a administração vai cedendo espaço para gestão, pois não se trata mais de apenas conduzir a empresa, buscando alcançar os objetivos e metas extraindo todas as vantagens possíveis. Trata-se atingir os objetivos de maneira eficaz, valorizando o conhecimento e as habilidades. Trata-se de incentivar a participação, estimular a autonomia e a responsabilidade dos trabalhadores.

Esse modelo de “empresa” que estabelece metas padrões a serem atingidos pelos hospitais e utiliza-se de métodos sistematizados racionalizados e ordenados para alcançar altos padrões de qualidade e excelência foi implantado inicialmente em hospitais privados brasileiros que passaram a servir de modelo e guiar o Governo Federal na construção de Programas governamentais, Diretrizes Técnicas, Manuais, uma série de documentos oficiais que passaram a ser utilizados como referências em relação à forma de organizar e gerir os hospitais públicos dentre eles os hospitais universitários federais.

Um desses hospitais privados que tem sido referência em relação à forma de gerir hospitais é o Hospital Sírio Libanês. Localizado na cidade de São Paulo, foi fundado no ano de 1921 pela comunidade sírio-libanesa no Brasil e atualmente tem sido apontado como um centro de referência internacional em saúde. A atuação do hospital conta com programas de medicina preventiva, atendimento médico de urgência e emergência, internações terapêuticas de alta complexidade e reabilitação, entre outros serviços. Conta também com o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), que tem como objetivo o aprimoramento profissional de profissionais da saúde e gestores e estimular a investigação científica que contribua para uma assistência à saúde ainda melhor tendo como fundamentos: excelência no cuidado em saúde, respeito às pessoas e compromisso com a sociedade. O hospital possui o selo da Joint Commission International (JCI), o órgão mais importante do mundo de controle

de qualidade hospitalar. O hospital desenvolveu um plano de qualidade que fundamenta-se num conjunto de ações para articular o contínuo aperfeiçoamento dos serviços realizados pela instituição. O hospital tem uma área de qualidade que acompanha e controla sistematicamente os riscos à segurança de pacientes, visitantes e colaboradores de forma que ao identificar algo que não está de acordo com os padrões de excelência estabelecidos, imediatamente são propostas melhorias. Para tanto lança mão de processos sistematizados em busca da melhoria contínua implementando padrões internacionais de gestão ambiental e segurança no trabalho, entre outros (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2016).

O processo de governança corporativa iniciado no ano de 2003 ajudou o Hospital Sírio-Libanês a profissionalizar sua gestão e manter-se nacionalmente reconhecido pela qualidade de seus serviços. O modelo tem “os propósitos de gerir para preservar a qualidade e o crescimento; fazer frente às despesas e garantir o reinvestimento; aplicar seu conhecimento em prol da responsabilidade social e ambiental; e, com tudo isso, manter a visão no futuro, a sustentabilidade e a perenidade” (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2013, p.28).

Seguindo os princípios da qualidade a instituição trabalha com metas, padronização, normas, protocolos, processos assistenciais, de apoio e administrativos, uma série de indicadores que são monitorados continuamente. Um monitoramento de todo o processo, que envolve a assistência de saúde ao paciente, que vai da internação a alta. Esse modelo ajudou a colocar o hospital como líder no ranking das empresas de sucesso no Brasil.

O hospital tem sido um polo de capacitação para os gestores dos hospitais universitários federais que estão sendo geridos pela EBSEH. Tal iniciativa é resultado de um acordo de cooperação firmado, entre a EBSEH, Ministério da Educação e o Tribunal de Contas da União (TCU) visando a participação dos gestores em atividades de capacitação em gestão pública. A instituição desenvolveu um intitulado *Projeto Modelo de Relacionamento EBSEH e Hospitais Universitários Federais*, com o objetivo de “Apoiar a Ebserh na definição das diretrizes de relacionamento com a rede de HUF, e consequentemente no fortalecimento operacional das diretorias da Empresa”. O contempla a definição de papéis e responsabilidades segundo boas práticas

de gestão e a padronização de boas práticas e está voltado para a capacitação dos funcionários da EBSEH (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2016).

Essa iniciativa ganhou notoriedade e foi divulgada na mídia em programas televisivos e nas mídias digitais como a reportagem publicada na Revista Época online, cujo excerto pode ser visto a seguir.

Padrão do Sírio-Libanês será replicado nos hospitais universitários. Representantes dos 46 hospitais universitários do País passarão por cursos de capacitação no Hospital Sírio-Libanês a partir de agosto deste ano. A primeira turma atenderá a 100 líderes escolhidos entre os funcionários de 10 hospitais ligados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Cada unidade indicou 10 profissionais bem avaliados entre os colegas para participar da especialização, que terminará em dez meses. A proposta da parceria é que os gestores dessas instituições aprendam as estratégias e os padrões de atendimento e de formação do Sírio-Libanês para aplicá-los em sua própria realidade. “Queremos mudar o jeito de fazer assistência em saúde nos hospitais universitários, visando a excelência e, a partir daí, garantir locais de formação de profissionais de excelência” diz o presidente da Ebserh (Época online, 30 de julho de 2013 - online).

Observa-se como Para prestar serviços de qualidade, para atingir a “excelência” nos hospitais universitários federais não é mais possível administrar é preciso fazer gestão, e para tanto, é preciso seguir uma serie de prescrições, de ordenamentos elaborados pelos experts da área, uma série orientações de direção das condutas, uma modo de incitar práticas que devem ser seguidas pelos gestores, pelos trabalhadores desses hospitais, prescrições que são colocadas como de livre escolha em relação aos modos de conduzir sua conduta.

Assim como destacou Klaus (2011) a uniformidade a burocratização não permitem o jogo da livre concorrência neoliberal, portanto as instituições precisam ser flexíveis e produzir sujeitos flexíveis capazes de concorrer em uma sociedade fluída, dinâmica.

Partindo destas colocações, considero que para atingir tal finalidade é preciso reestruturar os hospitais universitários federais é preciso revitalizá-los, não só melhorando a estrutura física comprando equipamentos, contratando funcionários, mas é preciso investir em estratégias e técnicas que vão agir

indiretamente sobre os trabalhadores da área da saúde e gestores desses hospitais, como por exemplo, capacitá-los para trabalhar com metas e indicadores de produtividade de forma a aumentar, sem que estes se deem conta, a sua produtividade, mas também o autogoverno de forma que por processos de aprendizagem, o aprender a aprender desenvolvam uma série de competências, que os leve ao “o governo de si”, de forma que que passem a exigir cada vez menos intervenções por do Estado. Para tanto é preciso transformar os hospitais em empresas, é o modelo da empresa, a forma como se articula os saberes na empresa, o conjunto de técnicas de gestão que a empresa aciona é que permite governar o conjunto de indivíduos e ao mesmo tempo, cada indivíduo produzindo normas gerais de conduta em sociedade, uma forma que imprime estilos de vida e maneiras de se conduzir.

É importante destacar como essa forma de governo do neoliberalismo vai sendo articulado nas revistas, sob forma de discursos que noticiam, salientam e dão visibilidade para a educação, para a formação dos profissionais para o êxito da gestão dos hospitais universitários federais. As reportagens enfatizam a importância da competência técnica dos gestores para que sigam o modelo preconizado. Mesmo sendo instituições públicas, como é o caso dos hospitais universitários federais, o que se tem em vista é o investimento nos sujeitos gestores para atender as exigências da contemporaneidade, que são a competição, a iniciativa, a motivação de forma que as mesmas sejam incorporadas as condutas dos trabalhadores da área da saúde e gestores dos hospitais universitários federais, a fim de transforma-los em corpos produtores.

É possível observar como os discursos do campo da gestão como os da produtividade, da competitividade, da liderança se cruzam com os da educação nos materiais produzidos e reproduzidos pela EBSEH. O exemplo pode ser visto nos programas de formação de gestores e trabalhadores da área da saúde que vem sendo realizado pela empresa nos hospitais contratados. Como o realizado no Hospital Cassiano Antônio de Moraes (Hucam) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), gerenciado pela EBSEH que foi divulgado na página do hospital.

Questionar e reinventar as formas tradicionais de aprendizado e passar de expectador a ator no processo de conhecimento. Experimentar um jeito totalmente novo para o exercício da gestão. Esses são alguns dos ensinamentos no curso de Gestão para 60 chefes do Hucam, ministrado pela Fundação Dom Cabral. O Hospital Cassiano Antônio de Moraes (Hucam) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviço Hospitalar (Ebserh), vem avançando na área assistencial, e começa um novo desafio dentro Plano de Diretor Estratégico (PDE) da unidade, que é a qualificação dos servidores (HUCAM, 2015 – online).

O professor da FDC, Ricardo Carvalho, com formação em Psicologia, Psicanálise e pós-doutorado na área de gestão, pela Reims Business School, França, ministrou uma palestra sobre “O Sentido do Trabalho”. Ele concedeu uma entrevista exclusiva à Unidade de Comunicação do Hucam, destacando que um dos grandes desafios para o gestor é “SER ARTISTA NAQUILO QUE FAZ. [...] É importante que essa liderança possa construir um sentido do trabalho, muito mais que ter conhecimento técnico. O líder no contemporâneo tem que ser uma pessoa que seja capaz de abrir a cabeça, fazer com que o time se engaje e saibam o porque eles estão ali (HUCAM, 2015 – online).

Observa-se nos excertos que a capacitação e o investimento educacional, na capacitação, na formação nos sujeitos profissionais da área da saúde e gestores visa garantir a produtividade dos mesmos e também a maximização de seus rendimentos. Muito mais do que a maximização da sua força de trabalho, para a produção continua, busca-se a programação dos comportamentos o controle da forma de agir, pensar, entender-se por meio de processos de subjetivação gerenciais, e, de princípios que estabeleçam, cada vez mais, relações de concorrência estabelecidas pelo mercado.

Sob a perspectiva da Teoria do Capital Humano a educação, escolarizada ou não, é um importante fator para o desenvolvimento econômico, portanto, os investimentos na área da educacional são considerados uma forma de retorno para o trabalho e para o capital. Investe-se no capital humano para crescer, dentro da empresa, na profissão como pessoa (LÓPEZ-RUIZ, 2007).

No entanto é preciso aumentar o capital humano, para que a empresa e o Estado também cresçam e prosperem economicamente, nesse sentido o processo educativo é visto como o agente capaz de desenvolver determinadas

atitudes e conhecimentos como a atitude empreendedora, a liderança, a flexibilidade que capacitarão os sujeitos para trabalho.

Na dinâmica da concorrência, a ênfase recai sobre o investimento, mobilizando as potencialidades de individuação de cada um e incitando relações competitivas assumidas no nível educacional e enredadas nesta normatividade econômico-empresarial (MORGENSTERN, 2012). Tomando por base a economia de mercado, essa nova forma de razão política neoliberal, desloca seu objeto de governo às relações sociais, fazendo com que o próprio mercado funcione e se coloque como a lógica, desde a qual, deveriam se movimentar os fenômenos sociais e a conduta dos indivíduos. Nesse contexto, a economia política “passa a ter como objeto o comportamento humano, ou melhor, a racionalidade interna que o anima” (GADELHA, 2009, p. 176).

Observa-se essa preocupação com o investimento em capital humano em várias iniciativas da EBSEH como a “Política de progressão, estratégia de remuneração e enquadramento funcional”, prevista no documento Plano de cargos, carreiras e salários da EBSEH, cujo objetivo principal do Plano descrito no documento “é estabelecer uma política eficaz para a ascensão profissional dos seus colaboradores, de acordo com suas aptidões e desempenho” (EBSEH, 2014b, p.2).

O documento publicado no ano de 2014 foi elaborado a partir do Plano de Cargos e Salários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e traz uma descrição detalhada da política para a ascensão profissional dos colaboradores da empresa, de acordo com suas aptidões e desempenho. Composto por cinco partes, o documento mostra a estrutura de cargos e carreiras que está organizada da seguinte forma: grupo organizacional, classe e nível salarial.

De acordo com o documento a política salarial da EBSEH tem seus salários administrados por níveis que são posicionados em uma tabela salarial, com critérios definidos de ingresso e com a possibilidade de movimentação e enquadramento em outra classe ou nível. Sendo que a progressão permite aos empregados o crescimento na carreira, em termos salariais e de maturidade que se dá da seguinte forma (EBSEH, 2014, p.5-6).

I - Progressão Horizontal consiste na mudança para o nível salarial superior de enquadramento, podendo ocorrer para 1 (um) ou 2 (dois) níveis, nos anos pares e será obtida em duas situações: Progressão por Mérito – obtida mediante avaliação de desenvolvimento funcional que considera os fatores: Conhecimento técnico, Conhecimento da organização /negócio; Competências sociais/relações humanas; Amplitude de pensamento; Grau de dificuldade; Autonomia para tomada de decisão; Intensidade da Influência e, Assiduidade do empregado no trabalho desenvolvido. II – Progressão por Antiguidade – obtida mediante avaliação do tempo de permanência na Empresa (em anos). Consiste na mudança para o nível salarial imediatamente superior de enquadramento (um nível) e ocorrerá mediante lista de antiguidade.

II - Progressão Vertical: poderá ocorrer, nos anos ímpares, quando o empregado obtiver crescimento decorrente da complexidade das tarefas desempenhadas por ele, ou por maturidade, definida pela sua qualificação profissional. Consiste na mudança da classe ocupada para a imediatamente superior e para o nível salarial correspondente ao acréscimo mínimo de 3% do nível salarial do emprego público ocupado.

Observa-se no documento que a empresa na sua política de progressão, política que permite o indivíduo “crescer” a valorização de uma série de competências que ele precisa desenvolver que vão além do conhecimento técnico, como o conhecimento da organização /negócio que significa conhecer o planejamento estratégico da empresa, a missão, visão, planejamento financeiro, custo dos serviços oferecidos, controle de estoques etc., todo o funcionamento da empresa, a fim de poder planejar e tomar decisões. Observa-se a valorização de ações que tem como foco a autonomia, a autogestão, estimulando que ele aprenda a gerir primeiro a empresa, o hospital e depois a própria vida. Autonomia é um dos pilares da “gestão”, um dos esteios da empresa bem sucedida é a autonomia. As empresas não podem depender muito de um fornecedor, de um cliente ou até de um colaborador específico, que também precisam desenvolver sua autonomia (PRÁ MARTENS, 2006). A empresa, por sua vez não só estimula o desenvolvimento da autonomia, mas passa a premiar com a progressão aqueles que a desenvolvem.

Outro fator considerado para a progressão funcional é a complexidade das tarefas desempenhadas pelo trabalhador, ou por maturidade, definida pela sua

qualificação profissional. Essas também são duas das condições avaliadas para que ele seja promovido, progreda dentro da empresa. A complexidade das tarefas desempenhadas refere-se a atividades que envolvem alta perícia técnica, portanto maior investimento em formação para executar tais atividades, essa formação em parte é fornecida pela empresa que determina como realizar tal formação, que aspectos são necessários abordar, quanto tempo será dispendido, etc. Para tanto a empresa realiza treinamentos obrigatórios onde todos são convocados a participar.

A maturidade diz respeito à formação profissional, respectivamente a autoformação que diz respeito à busca por conhecimentos que são considerados indispensáveis para que os trabalhadores, colaboradores exerçam determinadas funções nesse caso a empresa oferece uma série de cursos na modalidade autoformação que são atualizados periodicamente e ficam à disposição dos colaboradores, que tem “autonomia” para escolher os que têm interesse em realizar, conforme o interesse de cada um. Por fim premiasse, promovendo aqueles que mais participam dos treinamentos, das capacitações, dos programas de formação continuada. Dessa forma “o discurso da autonomia, apresentado nesse documento, vincula-se a um movimento de convocação e convencimento para que cada sujeito realize investimentos em si mesmo, na sua formação, nas suas habilidades e competências” (LOCKMANN, 2013, p.137).

Pode-se dizer que essa é uma nova ética do indivíduo pautada pela autonomia, responsabilização e liberdade que insurgiu com o neoliberalismo, onde se tem como foco não somente o governo da sociedade, passando ao governos dos sujeitos de forma que cada passe a se responsabilizar sobre o gerenciamento das suas condições de vida (MILLER e ROSE, 2012).

Observa-se tanto nos textos das mídias digitais, como nos documentos governamentais, uma série de investimentos nos sujeitos trabalhadores da área da saúde e gestores dos hospitais universitários federais cujo propósito é torna-los aptos para fazer escolhas coerentes com suas necessidades e com a seguridade coletiva, assim como aptos e capazes de governar suas próprias vidas, um processo de desestatização do governo, e a emergência de novas formas de governo, como o governo de si.

A mídia por sua vez configura-se como um dispositivo produtivo para o agenciamento da governamentalidade neoliberal, na medida em que produz e faz circular discursos sobre os hospitais universitários federais que reforçam a crise na saúde, a crise nos hospitais e a precarização dos hospitais universitários federais, propondo estratégias para revitalização dos hospitais alinhadas a perspectiva neoliberal.

Algumas considerações finais

Enfim, é preciso encerrar a escrita e finalizar essa etapa...

Ao interromper a escrita desta tese, percebo que muitos outros caminhos poderiam ter sido percorridos, outras abordagens poderiam ter sido feitas, mas a partir do lugar onde me encontro, da perspectiva teórica que assumi, compreendo que nunca é possível esgotar todas as possibilidades, assim como não é possível encontrar todas as respostas.

Ao finalizar esse trabalho de escrita que mescla: minhas experiências de vida, os estudos que realizei, as leituras que empreendi, as análises que construí, penso que não cheguei a um fim, mas ao início de muitas outras viagens de outras propostas.

Neste trabalho, construído a partir da perspectiva pós-estruturalista, que inscreve-se no campo dos Estudos Culturais mostro como gestão dos hospitais universitários federais, a partir da problematização do contexto do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) utiliza os saberes da gestão como lugar privilegiado para sua realização, faz uso de racionalidades e práticas neoliberais como forma de posicionar os profissionais da área da saúde dentro de uma rede de saberes que constrói formas de vida.

Incorporando os estudos de Michel Foucault acerca de discurso, relações de poder, práticas de governo e, principalmente, os que remetem à noção de governamentalidade. Coloco em destaque como a mídia, sobretudo a mídia digital configura-se como um dispositivo produtivo para o agenciamento da governamentalidade neoliberal e que os discursos produzidos e reproduzidos por ela sobre os hospitais universitários federais operam na circulação e articulação das relações de poder que se estabelecem na política econômica neoliberal. Meu olhar volta-se para as reportagens em formato de texto veiculadas sobre a gestão dos hospitais universitários federais veiculadas nas mídias digitais: Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online nas

quais mostro como foram sendo produzidos os discursos sobre a “crise na saúde” e a “crise nos hospitais”, assim como os enunciados que os sustentam. Discuto como o discurso da “crise na saúde” tomou grandes proporções, entrando na ordem do discurso dito verdadeiro. A problematização dos ditos, os textos publicados na mídia mostram a produção de regimes de verdade sobre a crise na saúde e os fazem funcionar como verdades na sociedade contemporânea.

Portanto, considero a partir da problematização de tais ditos que discursos do Portal G1, site Exame.com e a Revista Época online não são apenas como discursos de transmissão e divulgação de informações sobre os hospitais universitários federais, sobre sua gestão e financiamento, mas como tramas discursivas nos interpelam e produzem os significados e os sentidos das concepções da política econômica neoliberal e a filiação dos trabalhadores da área da saúde e dessa forma, as coloca como natural, portanto necessárias, normalizando tanto as concepções como a adesão dos trabalhadores a elas, como também, regulam sua execução.

A partir da análise dos materiais compreendo a *reestruturação dos hospitais universitários federais* proposta pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) como uma estratégia para conhecer e identificar as instituições hospitalares, assim como os sujeitos trabalhadores da área da saúde. Que é sustentado pela crise da saúde, discurso produzido e reproduzido pela mídia digital como estratégia de construção de um modo de governar gerenciar os hospitais. Considero a partir dessa análise a reestruturação dos hospitais universitários federais como uma estratégia de governamentalidade que visa não apenas o governo das coisas e dos homens, mas das almas ou mentes, na medida em que se ocupa com a produção de subjetividades alinhada a perspectiva neoliberal.

Quanto às contribuições para a área da saúde e para o campo da enfermagem, considero que esta tese contribui com uma nova forma de olhar para os temas e problemas, a partir da desnaturalização e desconstrução de verdades que se naturalizam no campo vem sendo aceitas por nós profissionais da saúde e enfermeiros, sem serem questionadas. Considero ainda que a perspectiva teórico-metodológica que escolhi apresenta um

caminho diferente, não um caminho melhor, ou o melhor caminho, mas, um outro caminho para colocar em suspensão discursos contemporâneos e hegemônicos em relação a saúde, ao trabalho e aos trabalhadores.

Referências

- ABEL, M. C. O Insight na Psicanálise. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, n. 23, p. 22-31, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a05.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2015.
- ADIZES, I. **Gerenciando as Mudanças**. São Paulo: Pioneira, 1991. 134 p.
- ABRANCHES, S. H. Questão da Empresa Estatal: Economia, Política e Interesse Público. **Rev. adm. empres**, São Paulo, v.19, n.4, p.95-105, 1979. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901979000400009&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 22 abr. 2015.
- AGAMBEN, G. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. 2.ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010, 197 p.
- AIDAR, M. M. Da qualidade à infra-estrutura. **GV-executivo**, v.4, n.3, p.41-45, 2005. Disponível em: <<http://rae.fgv.br/gv-executivo/vol4-num3-2005/qualidade-infra-estrutura>> Acesso em: 10 set. 2014.
- ALBUQUERQUE, J. A. G. Michel Foucault e a teoria do poder. **Tempo Social. Rev. Sociol.** São Paulo, v. 7, n. 1-2, p.105-110, 1995. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ts/article/download/85209/88048>>. Acesso em: 05 out. 2014.
- ALMEIDA, T. de. Evolução hospitalar no Brasil: ontem e hoje. In: CAMPOS, E. de. S. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1944. p.64-103. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf> Acesso em: 20 mai. 2015.
- AMBRÓZIO, A. Governamentalidade neoliberal: disciplina, biopolítica e empresariamento da vida. **Kínesis**, v.4, n.8, p. 40-60, 2012. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/Kinesis/aldoambrosio_4.pdf> Acesso em: 28 mai. 2016.
- ANTUNES, M. T. P. Contribuição ao entendimento e mensuração do capital intelectual. São Paulo: USP, 1999. Dissertação (Mestrado) FEA/USP, Universidade de São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/ftp/denor/maria-thereza-usp.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- ALEXANDRINO, M.; PAULO, V. **Direito Administrativo descomplicado**. 24.ed. Rio de Janeiro: Editora Método, 2016. 1376 p.
- AQUINO, J. G. A escrita como modo de vida: conexões e desdobramentos. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 641-656, set./dez. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022011000300013>. Acesso em: 20 set. 2014.

ARAÚJO, I. L. Foucault, para além de vigiar e punir. **Rev. Filos., Aurora**, Curitiba, v. 21, n. 28, p. 39-58, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/rf?dd99=pdf&dd1=3229>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

ARAUJO, K. M. de.; LETA, J. Os hospitais Universitários Federais e Suas Missões Institucionais sem Passado e Presente nenhuma. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, out./dez. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000401261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2016.

ARRUDA, F. dos. S. A Dimensão Pastoral do IV Concílio de Latrão. In: V Congresso Internacional de História, 2011, Maringá. **Anais...** Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2011. p. 2369- 2376. Disponível em: <<http://www.cih.uem.br/>> Acesso em: 26 jun. 2016.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EDITORES DE REVISTAS. Disponível em: <<http://aner.org.br/>>. Acesso em: 10 out. 2015.

AUGEL, M. P. **O Desafio do Escombro**: Nação, identidades e pós-colonialismo na literatura da Guiné-Bissau. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. 422 p.

AUGUSTO, A. Política e Polícia. In: CASTELO, G. B.; VEIGA, A. N. (Org.). **Foucault: filosofia & política**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2011, 408 p.

AVELINO, N. Estudos anarquistas e teoria política: entre Proudhon e Foucault. **Política & Trabalho Revista de Ciências Sociais**, n. 36, p. 187-206, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/download/12870/7425>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

AQUINO, L. F. **Uma História que não é Contada**. 7.ed. São Paulo: Cléofas, 2010. 268 p.

BALL, S. J. Performatividade, privatização e o pós-estado de bem-estar. Dossiê: Globalização e educação: precarização do trabalho docente – II, **Educação & Sociedade**, v. 25, n. 89, p. 1105-1126, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n89/22613.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2015.

_____. Profissionalismo, gerencialismo e performatividade. **Cadernos de pesquisa**, v. 35, n. 126, p. 539-564, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n126/a02n126.pdf>> Acesso em: 25 abr. 2015.

BARATTO, S. S.; CRESPO, L. F. Cultura digital ou cibercultura: definições e elementos constituintes da cultura digital, a relação com aspectos históricos e

educacionais. **Revista Científica Eletrônica UNISEB**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 16-25, 2013.

BARRETO, P. H. História - Bretton Woods. **IPEA: desafios do desenvolvimento**, 2009. 50.ed. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2247:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 03 mai. 2016.

BARRICHELO, E. M. M. da. R.; MOREIRA, E. H. A análise da vigilância de Foucault e sua aplicação na sociedade contemporânea: estudo de aspectos da vigilância e sua relação com as novas tecnologias de comunicação. **Intexto**, Porto Alegre, n. 33, p. 64-75, mai./ago. 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/intexto/article/viewFile/50075/34203>>. Acesso em: 28 mai. 2016.

BERNARDO, M. H. Flexibilização do discurso de gestão como estratégia para legitimar o poder empresarial na era do toyotismo: uma discussão a partir da vivência de trabalhadores. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 12, n. 1, p. 93-109, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25769/27502>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BELLO, S. E. L; TRAVERSINI, C. Saber Estatístico e sua Curricularização para o Governo de Todos e de Cada Um. **Bolema**, Rio Claro, v. 24, n. 40, p. 855-871, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2912/291222113012.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

BENEDICTO, S. C. de.; JÚNIOR, E. S. G. de.; PEREIRA, J, R.; ANDRADE, G. H. N. de. Governança corporativa: uma análise da aplicabilidade dos seus conceitos na administração pública. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v. 15, n. 2, p. 286-300, 2013. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/download/14412>>. Acesso em: 10 set. 2014.

BENITES, L. F. R. A governamentalização do Estado contemporâneo: uma cartografia dos mecanismos estatais de controle. **Sociologias**, Porto Alegre, v.6, n.12, p. 274-303, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n12/22263.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

BILLOUER, P. **Figuras do Saber: Foucault**. São Paulo: Estação Liberdade, 2003, 228 p.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Promulgada em 5 de outubro de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 29 jun. 2016.

_____. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Plano%20Diretor%20da%20Reforma%20do%20Aparelho%20do%20Estado.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde**. Portaria Ministerial nº3 de 04/01/96 e publicado na D.O.U de 08/01/96.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Cadernos MARE da Reforma do Estado, n.4. **Programa da qualidade e participação na administração pública**. Brasília: MARE, 1997, 59p. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB_Seges_Mare_caderno04.PDF>. Acesso em: 12 out. 2014.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Cadernos MARE da Reforma do Estado, n.13. **A Reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília: MARE, 1998a, 33p. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/CadernosMare/caderno13.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Cadernos MARE da Reforma do Estado, n.12. **Programa de reestruturação e qualidade dos Ministérios**. Brasília: MARE, 1998b, 47p. Disponível em: <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Ministerio_do_Planejamento/MARE/Programa_de_Reestruturacao_e_Qualidade_dos_Ministerios.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde. 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562**, de 12 de maio de 2003.

_____. DECRETO Nº 5.378 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2005. **Institui o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - GESPÚBLICA** e o Comitê Gestor do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Decreto/D5378.htm>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. **Relatório REHUF** - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://www.adufrj.org.br/observatorio/?p=196>>. Acesso em: 20 set. 2013.

_____. **Lei n.º 12.101 de 27 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de

11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. **Decreto n.º 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Brasília, 2010a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15639&Itemid=1082>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. **Medida Provisória n.º 520, de 31 de dezembro de 2010**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. **Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências., Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ Pense SUS. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

_____. 2012a. Disponível em: <http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/20150617/AC_1442_21_15_P.doc>. Acesso em: 04 jan. 2016.

_____. **Portaria n.º 34, de 21 de agosto de 2012**. Trata do regimento interno da EBSEH, que dispõe dentre outros aspectos das instâncias de governança, da estrutura organizacional, das competências dos órgãos de administração e fiscalização e do contrato de adesão. Brasília, 2012b. Disponível em: <www.ebseh.mec.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. **Portaria n.º 442, de 25 de abril de 2012**. Delega à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH o exercício de algumas competências descritas no

Decreto no 7.690, de 02 de março de 2012, bem como no Decreto no 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Brasília, 2012c. Disponível em:

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.abr.12/leis80/U_PT-MEC-GM-442_250412.pdf>. Acesso em: 10 de set. 2013.

_____. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. **Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira**. Brasília: Secom, 2015. 153p.

Disponível em: <<http://www.secom.gov.br/atuacao/pesquisa/lista-de-pesquisas-quantitativas-e-qualitativas-de-contratos-atuais/pesquisa-brasileira-de-midia-pbm-2015.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BENNETT, T. **Culture: a Reformer's Science**. St Leonards, NSW: Allen & Unwin, 1998.

BERNARDO, M. H. Flexibilização do discurso de gestão como estratégia para legitimar o poder empresarial na era do toyotismo: uma discussão a partir da vivência de trabalhadores. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 93-109, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172009000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2016.

BORBA, W. R. A importância da avaliação e controle na administração hospitalar. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 22, p. 79-85, 1982.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado**. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. Orgs. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, p. 21-38, 1998. Disponível em <http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/7562_Cached.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. B. A reforma Administrativa do sistema de saúde. In: **Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD**, ed.25, 1995, Buenos Aires. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1995/97.ReformaSistemaSaude.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. 34. Ed. São Paulo: editora 34, 2002. 368 p.

_____. Desenvolvimento como Missão. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 90-96, 2005.

BUJES, M. I. E. Descaminhos. In: COSTA, M. V. **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. 2.ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007. p. 13-34.

CAMPOS, V. F. **TQC: Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**. 5.ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni. 1994. 256 p.

CAMPOS, E. de. S. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, 1944 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf> Acesso em: 20 mai. 2015.

CANDIOTTO, C. Ética e Política em Michel Foucault. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 157-176, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/trans/v33n2/v33n2a10>>. Acesso em: 15 out. 2014.

CARPINETTI, L. C. R. **Gestão da qualidade: conceitos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2016. 248 p.

CARVALHO, D. M. T. de. Financiamento da Assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2016.

CARVALHO, R. T. Estudos culturais: convergências entre os estudos pós-colonialistas e a análise do discurso na pesquisa social. **Revista Latino Americana de Metodología de La Investigación Social**, Argentina, v. 4, n. 7, 2014. Disponível em: <<http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/89>>. Acesso em: 01 set. 2015.

CASANOVA, J. **Public Religions in the Modern World**. Chicago and London: The University Chicago Press, 1994. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=roJ4ipuAAFEC&pg=PA255&lpg=PA255&dq=CASANOVA,+J.+Public+Religions+in+the+Modern+World.&source=bl&ots=KVp00_aTCZ&sig=yF9DRPeUdLqV9OpEh4F-NY8smCo&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjpsuzxqdDOAhWEjJAKHa-kBKUQ6AEITjAG#v=onepage&q=CASANOVA%2C%20J.%20Public%20Religions%20in%20the%20Modern%20World.&f=false> Acesso em: 24 jun. 2016.

CASTANHEIRA, M. A. de A. F.; CORREIA, A. **A constituição do sujeito em Michel Foucault: práticas de sujeição e práticas de subjetivação**. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia.UFG. Disponível em: <<http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/conpeex/mestrado/trabalhos-mestrado/mestrado-marcela-alves.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2016.

CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Encanto e desencanto no reino da experiência na medicina baseada em evidências. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 205-214, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4076.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2014.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009, 490 p.

_____. O governo da vida. **ecopolítica**, v.3, p. 69-98, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/viewFile/11391/8300>> Acesso em: 27 jun. 2016.

COELHO, D. M. Elementos essenciais ao conceito de administração gerencial. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 37, n. 147, p. 257-262, jul./set. 2000. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/622/r147-20.pdf?sequence=10>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

COMEGNO, M. C.; PAULINO, L. A. Tendências de Investimentos no Estado de São Paulo, **São Paulo Perspec.** São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 168-176, dez. 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2016.

CORAZZA, S. M. Labirintos da pesquisa, diante dos ferrolhos. In: COSTA, M. V. (org.) **Caminhos Investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 105-132.

COSTA, M. V. Pesquisa em educação: concepções de ciência paradigmas teóricos e produção do conhecimento. **Cad. Pesq.**, São Paulo, n. 90, p. 15-20, 1994. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28659/000094887.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Novos olhares na pesquisa em educação. In: COSTA, M.V. (Org). **Caminhos Investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, 164 p.

COSTA, M. V. Estudos Culturais – para além das fronteiras disciplinares. In: COSTA, M. V. (Org). **Estudos culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004a, p. 13-36.

COSTA, M. V. Estudos Culturais – para além das fronteiras disciplinares. In: COSTA, M. V. (Org). **Estudos culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004b, p. 13-36.

COSTA, M. V. Velhos temas, novos problemas – a arte de perguntar em tempos pós-modernos. In: COSTA, M. V.; BUJES, M. I. E. (Org). **Caminhos investigativos III**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005a, p. 199-214.

COSTA, J. R. M. Redesenhando uma pesquisa a partir dos Estudos Culturais. In: COSTA, M. V.; BUJES, M. I. E. (Org). **Caminhos Investigativos III: Riscos e possibilidades de pesquisar na fronteira**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005b, p. 85-116.

COSTA, J. H. Os estudos culturais em debate: um convite às obras de Richard Hoggart, Raymond Williams & E. P. Thompson. **Acta Scientiarum Human and Social Sciences**, Maringá, v. 34, n. 2, p. 159-168, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/17706>>. Acesso em: 27 mai. 2015.

COSTA, L. A.; FONSECA, T. M. G. Do contemporâneo: o tempo na história do presente. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 110-119, 2007. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v59n2/v59n2a02.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2015.

COSTA, M. V; SILVEIRA, R. H da; SOMMER, L. H. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, v. 2, n. 23, p. 36-61, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n23/n23a03>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v6n2/7005>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

COSTA NETO, P. L. O.; GNIDARXIC, P. J. A qualidade e o conhecimento como fatores para a melhoria de processo. **Congresso Nacional de Excelência em Gestão**. Rio de Janeiro: Niterói, 2008. Disponível em: <http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg4/anais/T7_0105_0108.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2014.

COSTEIRA, E. M. A Arquitetura hospitalar: história, evolução e novas visões. **Sustinere Revista de Saúde e Educação**, v. 2, n. 2, p. 57-64, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/14127/10717>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

CUNHA, A. Z. S. da. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2016.

CUNHA, J. A. C. DA.; HAMILTON, L. C. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 485-499, set./out. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155128126006>>. Acesso em: 29 out. 2014.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. SIHSUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

DELLAGNEZZE, R. **Empresas públicas federais - foro para a solução dos conflitos**. Âmbito Jurídico. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2399>. Acesso em: 22 abr. 2015.

DELEUZE, G. **Conversações**. 2ed. São Paulo: Editora 34, 2008, 239 p.

DELEUZE, G. **Conversações**. 3ed. São Paulo: Editora 34, 2013.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Lisboa: Portugal, 2004, 185 p.

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA. **A História da Autópsia**. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.patologia.medicina.ufrj.br/graduacao/index.php/historia-da-patologia/331-historia-da-autopsia/104-historia-da-autopsia>> Acesso: 24 jun. 2016.

DIAS, E. Conceitos de Gestão e Administração: uma revisão crítica. **Revista Eletrônica de Administração**. v. 1, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/rea/article/view/160/16>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

DIAS, A. F. Dos estudos culturais ao novo conceito de identidade. **Revista Fórum Identidades**. Itabaiana: GEPIADDE, ano 5, v. 9, p. 151-166, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://200.17.141.110/periodicos/revista_forum_identidades/revistas/ARQ_FORUM_IND_9/FORUM_V9_13.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2015.

EBSERH. Ministério da Educação. Governo Federal. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/historia>>. Acesso: 09 jun. 2013.

EBSERH. Ministério da Educação. Governo Federal. **Regimento Interno**. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/legislacao/regimento_interno_dou_02_04_2014_aprovado_ca_26_03_2014.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

EBSERH. Ministério da Educação. Governo Federal. **Plano de cargos, carreiras e salários**. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15792/106349/Plano_de_Cargos_Carreiras_e_Salarios_EBSERH_04122014_Subst.pdf/ace265c6-d984-466e-9a2b-2c88642412ec>. Acesso em: 15 de março de 2015.

EBSERH. Programa Crescer com Competência. Diretoria de Gestão de Pessoas. **Coordenação de desenvolvimento de Pessoas**. Serviço de Capacitação e Avaliação de desempenho. Brasília, 2015.

EIZIRIK, M. F. **Michel Foucault**: um pensador do presente. 2.ed. Ijuí: Unijuí, 2005, 160 p.

EGUIARTE, E. A. **Ordem dos agostinianos recoletos**. A Regra de santo Agostinho, um texto imprescindível para entender a história monástica. Disponível em: <http://www.agustinosrecoletos.com/news/view/4-noticias-actualidad/330-la-regla-de-san-agustin-un-texto-imprescindible-para-entender-la-historia-monastica?lang=pt_PT> Acesso em: 20 jun. 2016.

ESCOSTEGUY, A. C. D. Uma introdução aos Estudos Culturais. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre. n. 9, p. 87-97, dez. 1998. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/viewFile/3014/2292>>. Acesso em: 30 mai. 2015.

ESCOSTEGUY, A. C. D. Estudos culturais: as margens de um programa de pesquisa. **Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação**, p 1-16, 2006. Disponível em: <<http://compos.org.br/seer/index.php/e-compos/article/viewFile/77/77>> Acesso em: 03 jul. 2015.

_____. **Cartografias dos estudos culturais** – Uma versão latino americana. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. 240 p.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora UNB, 2001, 320 p.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 2, p. 213-9, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v18n2/a15v18n2.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

FERAZ, C. L. Crise do Fordismo, neoliberalismo e educação brasileira. **Hist. Ensino**, Londrina, v. 5, p. 87-102, out. 1999. Disponível em: <https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/847838/mod_resource/content/1/crise%20do%20fordismo%20e%20neoliberalismo%20e%20educa%3a7%3a3o%20brasileira.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2015.

FERREIRA, A. B. O. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 7.ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FERREIRA, M. dos. S.; TRAVERSINI, C. S. A Análise Foucaultiana do Discurso como Ferramenta Metodológica de Pesquisa. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 207-226, jan./mar., 2013. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>. Acesso em: 20 set. 2015

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de Informação em Saúde Conceitos Fundamentais e Organização**. Oficina de Capacitação Para Docentes do Curso De Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde – NESCON/FM/UFGM, p. 02-19, 1998. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

FIALHO, F. A. P.; SANTOS, N. dos.; MACEDO, M.; MITIDIERI, T. da. COSTA. **Gestão do conhecimento e aprendizagem**: as estratégias competitivas da sociedade pós-industrial. Florianópolis: Visual Books, 2006. 196 p.

FISCHER, R. M. B. **Televisão & Educação-fruir e pensar a TV**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2001. 176 p.

_____. O estatuto pedagógico da mídia: questões de análise. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 59-80, dez. 1997.

_____. O Dispositivo pedagógico da Mídia: Modos de educar na (e Pela) TV. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 151-162, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022002000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2016.

_____. Foucault revoluciona a pesquisa em educação? Perspectiva, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 371-389, jul./dez. 2003. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/9717/8984>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

_____. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a09n114.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

FISCHER, R. M. B. Escrita acadêmica: arte de assinar o que se lê. In: COSTA, M. V.; BUJES, M. I. E. (Org). **Caminhos investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p.117-140.

FISCHER, R. M. B. Verdades em suspenso: Foucault e os perigos a enfrentar. In: COSTA, M. V. **Caminhos investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2007.

FLORENZANO, M. Sobre as origens e desenvolvimento do estado moderno no ocidente. **Lua Nova**, São Paulo, v. 71, p. 11-39, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ln/n71/01.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 20ed. São Paulo: Graal, 2004a, 295p.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. 7ed. São Paulo: Perspectiva, 2004b, 551 p.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. São Paulo: Graal, 2006b, 174 p.

_____. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres**. São Paulo: Graal, 2006a, 232 p.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 9ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007, 541 p.

_____. **A ordem do discurso**. 15ed. São Paulo: Edições Loyola. 2007. 79 p.

_____. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a, 474 p.

_____. **Segurança, território, população: curso no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b. 572 p.

_____. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). 3ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010, 269 p.

_____. Obrigação de escrever. In: MOTTA, M. B. (Org). **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina.** Michel Foucault. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. **Ditos & Escritos:** VII Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina. (Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011, 493 p.

_____. **A arqueologia do saber.** 8ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012, 254 p.

_____. **O filósofo mascarado.** In **Ditos e escritos II:** Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. 3ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013a, 402 p.

_____. O Sujeito e o Poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. M. **Foucault: Uma Trajetória Filosófica para Além do Estruturalismo e a Hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013b, 348 p.

_____. **Os anormais.** Curso no College de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. O que é um autor? In: FOUCAULT, M. **Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema.** Ditos e Escritos III. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. p. 269-302.

_____. **Vigiar e punir:** Nascimento da prisão. 27.ed. Rio de Janeiro: Petrópolis Vozes, 2003. 328 p.

FREITAS, J. A. G. de. **O Estado em Portugal** (Séculos XII- XVI): modernidades medievais. Lisboa: Aletheia Editores, 2011, 227 p

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Primeiros passos para a excelência:** Avaliação e diagnóstico da gestão organizacional. São Paulo, 2014, 84 p. Disponível em: <<http://www.fnq.org.br/informe-se/publicacoes/criterios-de-avaliacao-da-gestao/primeiros-passos-para-a-excelencia>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

G1. O portal de notícias da globo. Disponível em: <<http://g1.globo.com/index.html>> Acesso em: 02 ago. 2014.

GABRIEL, C. T. Discurso, demandas e fronteira: articulações teórico-metodológicas na análise de textos curriculares. **Revista da FAEBA:** Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 22, n. 40, p. 55-67, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/750>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

GADELHA, S. de S. Governamentalidade Neoliberal, Teoria do Capital Humano e Empreendedorismo. In: **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 34,

n. 2, p. 171- 186, 2009. Disponível em:
<<http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/8299/5537>>.
Acesso em: 09 jan. 2016.

GALLO, S. Governamentalidade Democrática e Ensino de Filosofia no Brasil Contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 42, n. 145, p. 48-65, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-1574201200010000>. Acesso em: 17 mai. 2016.

GARCIA, F. A. Filosofia e a verdade. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 23, n.1, p. 251-255, 2001. Disponível em:
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/2799/1906>>. Acesso em: 30 mai. 2016.

GATTI, B. A. Pesquisa, educação e pós-modernidade: confrontos e dilemas. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 35, n. 126, p. 595-608, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n126/a04n126.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

GERE, C. **Digital Culture**. British Library. 2.ed. Reaktion Books Ltd: London, 2008. 248 p.

GERZON, V. R. S. **A mídia como dispositivo da governamentalidade neoliberal: os discursos sobre educação nas revistas Veja, Época e Istoé**. 2007. 164 f. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

GONÇALVES, A. O conceito de governança. In: **Anais do XIV Congresso Nacional do CONPEDI**. Fortaleza, 2005. Disponível em:<<http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/Anais/Alcindo%20Goncalves.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

GONCALVES, E. L. O Hospital-Empresa e o composto mercadológico. **Rev.adm. empres.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 23-30, 1978. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901978000100003>> Acesso em: 29 ago. 2016.

GREGOLIN, M. R. Discursos e imagens do corpo: heterotopias da (in)visibilidade na WEB. In: FLORES, G. G.; NECKEL, N. R. F.; GALLO, S. M. L. (Org). **Análise de discurso em rede: cultura e mídia**. Campinas: Pontes, 2015, p. 191-213.

GREGOLIN, M. do R. Análise do discurso e mídia: a (re)produção de identidades. **Comunicação, Mídia e consumo**, São Paulo, v. 4, n. 11, p. 11-25, nov. 2007. Disponível em:
<<http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/comunicacaomidiaconsumo/article/viewFile/6865/6201>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

GRUPO ESTADO. **Resumo histórico**. Disponível em:
<<http://www.estadao.com.br/historico/index.htm>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____. **Demonstrações financeiras**. Disponível em:
<goo.gl/HuIWWhr>. Acesso em: 19 mai. 2016.

HALL, S. Identidade cultural e diáspora. **Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional**, Rio de Janeiro, IPHAN, p.68-75, 1996.

_____. A Centralidade da Cultura: notas sobre as revoluções de nosso tempo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 15-46, jul./dez. 1997.

Disponível em: <http://www.gpof.fe.usp.br/teses/agenda_2011_02.pdf>. Acesso em 29 jun. 2016.

_____. **A identidade Cultural na pós-modernidade**. 11.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005,102 p.

_____. **Da Diáspora: Identidades e Mediações Culturais**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

HAMANN, T. H. Neoliberalismo, governamentalidade e ética. **Ecopolítica**, n. 3, p. 99-133, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.pucsp.br/ecopolitica>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

HARRISON, P. Post-Structuralist Theories. In.: AITKEN, S.; VALENTINE, G. **Approaches to Human Geography**, London, 2006, p. 122-135.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008, 249 p.

_____. **Condição pós-moderna**. 18.ed. São Paulo: Loyola, 2009. 126 p.

HAFSI, T.; MARTINET, A. Estratégia e Gestão Estratégica das Empresas: Estratégia e Gestão Estratégica das Empresas: um Olhar Histórico e Crítico. **RAC**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 1131-1158, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v12n4/11.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

HENNING, C. C.; GARRÉ, B. H.; HENNING, P. C. Discursos da educação ambiental na mídia: uma estratégia de Controle social em Operação. **Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient**, v. 25, p. 244-252, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.furg.br/remea/article/view/3512/2089>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

HYPOLITO, A. M.; GRISHCKE, P. E. Trabalho imaterial e trabalho docente. **Educação**, Santa Maria, v. 8, n. 3, p. 507-52, 2013. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reveducao/article/view/8998>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Sírio Libanês: conhecer para cuidar**. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 25 de maio de 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em Desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, 2010, p. 3. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3740/1/Livro-Brasil_em_desenvolvimento_2010_v_1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

ISHIKA, W. A. K. **Total Quality Control**: estratégia e administração da qualidade. São Paulo: IMC Internacional Sistemas Educativos, 1986, 220 p. JAGUARIBE, H. Brasil, Século XXI. **Estud. av.**, São Paulo, v. 14, n. 38, p. 215-221, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142000000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2016.

IVAMOTO, I. A Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica. **Acta Medica Misericordiae**, v. 1, n. 1, p. 07-10, 1998. Disponível em: <http://www.actamedica.org.br/datafiles/documentos/A_Santa_Casa_da_Misericordia_de_Santos_-_sinopse_historica.pdf> Acesso em: 28 jun. 2016.

JOANILHO, A. L.; JOANILHO, M. P. G. Enunciado e sentido em Michel Foucault. **Revista línguas e instrumentos linguísticos**, Campinas, n. 28, p. 27-42, 2011.

JOHNSON, R. O que é, afinal, estudos culturais. In: JOHNSON, R.; ESCOSTEGUY, A. C.; SCHULMAN, N. **O que é afinal Estudos Culturais?** 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 9-131.

JORNAL DIÁRIO POPULAR. Disponível em: <<http://www.diariopopular.com.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

JORNAL ESTADÃO. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

JORNAL GAZETA SP. Disponível em: <<http://www.gazetasp.com.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

JORNAL O GLOBO. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

JORNAL PARANÁ ON LINE. Disponível em: <<http://www.parana-online.com.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

JORNAL TRIBUNA DO NORTE. Disponível em: <<http://tribunadonorte.com.br/>> Acesso em: 30 ago. 2014.

KLAUS, V. **Desenvolvimento e Governamentalidade (Neo) Liberal: da administração à gestão educacional**. 2011. 226 f. Tese (Doutorado em Educação Programa de Pós-Graduação em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32163/000785804.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

KELLNER, D. **A cultura da mídia – estudos culturais**: identidade e política entre o moderno e o pós-moderno. São Paulo: EDUSC, 2001. 454 p.

KISIL, M. A Fundação WK Kellogg e o desenvolvimento da enfermagem na América Latina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem de Ribeirão Preto**, v. 1, n. 1, p. 37-42, 1993. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691993000100005>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

KLEIN, C. R. de M. Origens do pensamento Ordoliberal: Uma pequena leitura da liberdade. **Revista Convergência Crítica**, n. 4, 2014. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/convergenciacritica/article/view/934/945>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

KLINGUER, D. **Escrita de si, escritas do outro**: o retorno do autor e a virada etnográfica. Rio de Janeiro: 7 letras, 2007. 171 p.

KOHL, A.; OLIVEIRA, J. N. de. **Gestão da qualidade na administração pública brasileira**. 1º Fórum Internacional Ecoinovar, Santa Maria, 2012. Disponível em: <<http://ecoinovar.com.br/cd/artigos/ECO093.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. de 2015.

KOHN, K.; MORAES, C. H. de. O impacto das novas tecnologias na sociedade: conceitos e características da Sociedade da Informação e da Sociedade Digital. In: XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 29., 2007, Santos. **Anais...** Santos: Intercom, 2007, p. 01-13. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2007/resumos/R1533-1.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

KUCINSKI, B. **O que São Multinacionais**. Col. Prim. Passos. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981. 43 p.

KRUSE, M. H. L. **Os poderes dos corpos frios – das coisas que se ensinam as enfermeiras**. 2003. 158f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3436/000400505.pdf?>>. Acesso em: 28 mai. 2015.

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. 243 p.

LALANDE, A. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 1336 p.

LAMPERT, J. B.; NETO, F. B.; STREIT, D. S.; MORAES, V. A. de.; BRENELLI, S. I.

Hospitais de ensino: a trama da crise. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 155-156, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2015.

LANA, R. L. Medicina hipocrática e a semiótica da linguagem na Grécia Antiga. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 48, n. 4, p. 271-274, out./dez. 2004.

Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/48-04/CREMERS.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2016.

LANNI, A. M. Z. O campo temático das ciências sociais em saúde no Brasil. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 13-32, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00013.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2016.

LARROSA, J. Os paradoxos da autoconsciência. In: LARROSA, J. **Pedagogia Profana** – danças, piruetas e mascaradas. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 21-43.

_____. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n.19, p. 20-28, jan./ abr. 2002.

Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27501903>> Acesso: 8 nov. 2014.

_____. **Pedagogia Profana**: danças, piruetas e mascaradas. 5.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013. 208 p.

LAZZARATO, M. **As revoluções do capitalismo**: a política no império. Rio de Janeiro: Editora Record, 2006, 269 p.

LEMO, F. C. S.; CARDOSO, H. R. J. A Genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 353-357, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a08v21n3.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

LIMA, L. P. **O desafio gerencial da mult institucionalidade dos hospitais universitários: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. 2004. 325 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

LIMA, R. S. O conceito de cultura em Raymond Williams e Edward P. Thompson: breve apresentação das ideias de materialismo cultural e experiência. **Revista Cantadeira**, v. 8, 2005. Disponível em: <http://www.historia.uff.br/cantareira/edic_passadas/V8/artigo02.htm>. Acesso em: 26 mai. 2015.

LIMA, J. C. F. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: PONTE, C. F. (Org). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 279-310. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/parte_inicial.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2014.

LIMA-GONÇALVES, E.; ACHÉ, C. A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. ERA. **Revista de Administração de Empresas**, v. 39, nº 1, p. 84-97, 1999. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/37888/36638>> Acesso em: 18 de julho de 2015.

LISTER, M.; DOVEY, J.; GIDDINGS, S.; GRANT, I.; KELLY, K. **New Media: a critical introduction**. 2.ed. New York: Routledge.Taylor& Francis Group, 2009. 464 p. Disponível em: <http://www.philol.msu.ru/~discours/images/stories/speckurs/New_media.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

LOCKMANN, K. **A proliferação das políticas de assistência social na educação escolarizada: estratégias da governamentalidade neoliberal**. 2013, 317 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/79669>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

LOPES, N. **Enciclopédia brasileira da diáspora africana**. São Paulo: Selo Negro, 2004. 715 p.

LÓPEZ-RUIZ, O. J. **Os executivos das transnacionais e o espírito do capitalismo**. Capital humano e empreendedorismo como valores sociais. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2007, 319 p.

LOSEKANN, C. Teorias e métodos a partir do pós-estruturalismo – uma introdução ao tema da ciência e do discurso. GETPOL - **ANAIS DO COLÓQUIO DO GRUPO DE ESTUDOS DE TEORIA POLÍTICA**. v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/getpol/article/view/3646/2892>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

LOURO, G. L. Conhecer, pesquisar, escrever... **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 25, p. 235-245, 2007. Disponível em: <<http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC25/Arquivo.pdf>> Acesso em: 05 jul. 2014.

MACIEL, R. M. T. Os estigmas religiosos lançados à lepra e aos Leprosos. **Revista Plurais Virtual**, v. 3, n. 1, p. 07-31, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ueg.br/index.php/revistapluraisvirtual/article/view/1506>>. Acesso em: 26 mai. 2016.

MAIA, A. C. Sobre a analítica do poder de Foucault. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 83-103, out. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v7n1-2/0103-2070-ts-07-02-0083.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

MAIA, A. Do biopoder à governamentalidade: sobre a trajetória da genealogia do poder. **Currículo sem Fronteiras**, v. 11, n. 1, p. 54-71, 2011. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol11iss1articles/maia.pdf>>. [Acesso em: 29 jun. 2016.](#)

MAIA, A. DO BIOPODER À GOVERNAMENTALIDADE: sobre a trajetória da genealogia do poder. **Currículo sem Fronteiras**, v. 11, n. 1, p. 54-71, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol11iss1articles/maia.pdf>> Acesso em: 27 jun. 2016.

MANÇO, J. C. Exame clínico - um ensaio a partir de Foucault. **Medicina, Ribeirão Preto**, v.37, p. 117-134, jan./jun. 2004. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2004/vol37n1e2/9ponto_vista.pdf> Acesso em: 29 jun. 2016.

MAIA, T.P.; ROQUETE, F.F. Um Olhar sobre a Acreditação Hospitalar no

Brasil: a Experiência da Joint Commission International (jci). XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. SGet. 22 a 24 de outubro de 2014. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/44420507.pdf>>. Acesso em: 17 de maio de 2015.

MARCONDES, R. C. O administrador hospitalar: sua formação e perspectivas profissionais. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 23-28, abr. 1977.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901977000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2016.

MARSHALL, J. D. Michel Foucault: pesquisa educacional como problematização. In: PETERS, M. A.; BESLEY, T. **Por que Foucault?** Novas diretrizes para a pesquisa educacional. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 25-39.

MARTINS, V. F. Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O Primeiro Olhar, Uma Análise de Um Hospital Universitário.

Revista de Administração e Contabilidade, Santana, v. 3, n. 2, p. 04-22, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.reacfat.com.br/index.php/reac/article/view/33/53>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

MARTINS, N. V. M.; ALMEIDA NETO, J. L. de A. Gestão de Pessoas como Modelo de Excelência para MPE Brasil Prêmio de Competitividade. **Revista de Psicologia**, n. 21, nov. 2013.

MARTINS, L. A. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a02.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2016.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor e os dias atuais, Influências no Setor Saúde e na enfermagem. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2015.

MATTELART, A.; NEVEU, E. Os anos de Birmingham (1964-1980): a primavera dos Estudos Culturais. In: MATTELART, A.; NEVEU, E. **Introdução aos Estudos Culturais**. São Paulo: Parábola Editorial, 2004, p. 55-93.

MEDEIROS, E. S. **A Gestão de pessoas como ferramenta estratégica para o desenvolvimento dos talentos organizacionais**, 2011. Disponível em: <http://www.sato.adm.br/artigos/a_gestao_de_pessoas_como_ferramenta.htm>. Acesso em: 14 jan. 2016.

MEDEIROS, C. S. de. Mídia e sociedade no espaço digital. In.: DIAS, C. **Formas de mobilidade no espaço e-urbano: sentido e materialidade digital**, 2013. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/livroEurbano/volumell/arquivos/pdf/eurbanoVol2_CacianeMedeiros.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2016.

MEDICI, A.; MURRAY, R. Desempenho de hospitais e melhorias na qualidade de saúde em São Paulo (Brasil) e Maryland (EUA). **en breve**, n. 156, p. 01-05, 2010. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/257803-1269390034020/EnBreve_156_Web_Port.pdf> Acesso em: 29 jun. 2015.

MEMÓRIA GLOBO. Fantástico. Disponível em: <<http://memoriaglobo.globo.com/programas/jornalismo/programas-jornalisticos/fantastico/fantastico-show-da-vida.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

MEYER, D. E.; PARAÍSO, M. A. (Orgs). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

MIRANDA, M.B. A Empresa, o Empresário e o Empreendedor no Contexto do Moderno Direito Empresarial. **Revista Virtual Direito Brasil**. v. 3, n. 1, p. 1-15, 2009. Disponível em: <http://www.direitobrasil.adv.br/artigos/eee.pdf>>. Acesso em: 12 de abr. 2016.

MÔNACO, F. F. de; GUIMARAES, V. N. Gestão da qualidade total e qualidade de vida no trabalho: o caso da gerência de administração dos correios.

Rev. adm. contemp, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 67-88, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552000000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2016.

MORAES, R. Neoliberalismo: de onde vem, para onde vai? São Paulo: SENAC, 2001, 154 p.

MUSEO FRANZ MAYER. **Historia del edificio Antiguo Hospital de San Juan de Dios. México**. Disponível em:

<http://www.franzmayer.org.mx/historia_edificio.php> Acesso em: 28 jun. 2016.

NELSON, C.; TREICHELER, P.; GROSSBERG, L. Estudos Culturais: uma introdução. In.: SILVA, T. T. (Org). **Alienígenas na sala de aula**. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 37-8.

NIETZSCHE, F. W. Escritos sobre educação. In.: NIETZSCHE, F.W.

Considerações Intempestivas: Schopenhauer como educador. 2ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012, p.161-260.

NIETSCHE, E. A. O micropoder no processo de trabalho dentro da Estrutura hospitalar: vivenciando uma história. **R. Bras. Enform.** Brasília. v. 49, n. 3, p. 373-390, jul./set. 1996. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v49n3/v49n3a06.pdf>> Acesso em: 27 jul. 2016.

NUNES, N. A. Uma genealogia do liberalismo contemporâneo: a crítica foucaultiana do ordoliberalismo alemão. **Rev. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 322-343, 2013. Disponível em:

<<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5175579.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

NUSDEO, F. **Curso de Economia: Introdução ao Direito econômico**. São Paulo: RT, 1997.

OLIVEIRA, M. A. M. Qualidade Total: autonomia e garantia de sucesso escolar na escola básica? **Pro-Posições**, v. 8, n. 3, p. 119-127, 1997. Disponível em:

<<http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/proposicoes/textos/24-artigos-oliveiramam.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

OLIVEIRA, R. S.; PASSOS, E. S. O papel do gestor na motivação dos seus colaboradores. **Cairu em Revista**, v. 2, n. 2, p. 33-41, jan. 2013. Disponível em:

<http://www.cairu.br/revista/arquivos/artigos/2013_1/03_PAPEL_GEST_MOT_COL_33_41.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Agência da ONU elogia Brasil por avanços na promoção do acesso à tecnologia e à internet**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/agencia-da-onu-elogia-brasil->

[por-avancos-na-promocao-do-acesso-a-tecnologia-e-a-internet/](#)>. Acesso em: 28 dez. 2015.

ORLANDI, E. P. **Discurso e Leitura**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2006, 119 p.

ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **R. Bras. Enferm. Brasília**, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr./jun. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v51n2/v51n2a07.pdf>> Acesso em: 26 jun. 2016.

PALUDO, A. **Administração Pública**: Teoria e mais de 700 questões. 3.ed. São Paulo: Elsevier, 2013, 608 p.

PARAÍSO, M. A. Metodologias da pesquisa em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In.: MEIYER, D. E.; PARAÍSO, M. A. (Org). **Metodologias de Pesquisa Pós-críticas em Educação**. 2.ed. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2014, 310 p.

PEREIRA, M. F. **A Inserção do Psicólogo no Hospital Geral**: A construção de uma nova especialidade. 2003. 104f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

PEREIRA, R. S.; DINIS, N. F. Itinerários da pesquisa pós-estruturalista em educação. **Itinerarius Reflectiones**, v. 11, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/index.php?journal=ritref&page=article&op=view&path%5B%5D=36291&path%5B%5D=19722>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

PERNISA, J. C. Mídia Digital. **Lumina**, Juiz de Fora, v. 5, n. 1, p. 175-186, jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/facom/files/2013/03/R8-Junito-HP.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2015.

PETERS, M. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença**: uma introdução. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, 93 p.

PINTO, P. G. H. da. R. O estigma do pecado: a lepra durante a idade média. **Phisys** - Revista de Saúde Coletiva, v. 5, n.1, p. 131-144, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v5n1/07.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2016.

PICCININI, W. J. História da Psiquiatria. Notas para uma história da psiquiatria na América Latina. **Psychiatry on line Brasil**. v.15, n. 4, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano10/wal0410.php>> Acesso em: 25 jun. 2016.

PONTES, S. K.; ZANOTTI, V. R. C. Sistema De Produção Flexível E Intensificação Do Trabalho: Um Ensaio Teórico. **R. Eletr. de Eng. de Produção e Correlatas**, v. 7, n. 1, 2007. Disponível em: <<https://producaoonline.org.br/rpo/article/view/100/115>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

PORTAL DA PROPAGANDA. **Ação em agências marca lançamento de novo site da Veja**. 2015. Disponível em:

<<http://www.portaldapropaganda.com.br/portal/component/content/article/16-capa/45834-acao-em-agencias-marca-lancamento-de-novo-site-da-veja>>. Acesso em: 24 jan. 2016.

PORTAL NOTÍCIAS G1. Disponível em: <<http://g1.globo.com/index.html>>. Acesso em: 05 set. 2014.

PORTER, R. **Cambridge - História da Medicina**. Revinter: Rio de Janeiro, 2008, 407 p.

_____. **Das tripas coração: uma breve história da medicina**. Rio de Janeiro: Record, 2004. 236 p.

PUZIO, M.; ROSA, P. O. Governamentalizando o empreendedorismo de si: Como as “psico-ciências” fomentam a produção do homo oeconomicus. In: XVI Congresso Brasileiro de Sociologia. A Sociologia como artesanato intelectual. 2013, Salvador. **Anais...** Salvador: UFBA, 2013. Disponível em: <http://www.sbs2013.sinteseeventos.com.br/texto.php?id_texto=32>. Acesso em: 17 ago. 2016.

RAMOS, F. P. **Teoria Contemporânea do Cinema: Pós-estruturalismo e filosofia analítica**. São Paulo: SENAC, 2005.

RATTNER, H. As empresas estatais brasileiras e o desenvolvimento tecnológico nacional. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v.24, n.2, p.5-12, 1984. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901984000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abri. 2016.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Modelos De Gestão Flexíveis A Partir De Mudanças Na Cultura Organizacional Alicerçada No Empreendedorismo. **Revista de Ciências da Administração**, v. 5, n. 10, jul./dez. 2003. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/viewFile/1782/4954>>. Acesso em: 30 mai. 2016.

RAVAGNANI, A. C. **História da enfermagem**. Rio de Janeiro: SESES, 2015. 160 p.

REVISTA VEJA. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/>>. Acesso em: 10 set. 2014.

REVISTA GESTÃO UNIVERSITÁRIA. Disponível em: <<http://www.gestaouniversitaria.com.br/>>. Acesso em: 01 set. 2014.

RIBEIRO, P. R. C. **Inscrevendo a sexualidade: discursos e práticas de professoras das séries iniciais do ensino fundamental**. 2002. 125f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1855/000360201.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

RIBEIRO, H. P. **O Hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993, 135 p.

RAVITCH, D. **Vida e Morte do Grande Sistema Escolar Americano Como os testes padronizados e o modelo de mercado ameaçam a educação**. Porto Alegre: Sulina, 2011, 318 p.

ROCHA, C. F. O espaço escolar em revista. In: COSTA, M. V.; VEIGA-NETO, A. (org.). **Estudos culturais em educação**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

ROCHA, C. M. F. **A Escola na mídia: nada fora do controle**. 2005. 164f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Educação Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROCHA, S. P. V. "Seja você mesmo": mídia, consumo e subjetividade. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 1619-1638, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 set. 2015.

ROONEY, A. **A História da Medicina: das primeiras curas aos milagres da medicina moderna**. M. Books do Brasil Editora: São Paulo, 2013. 2015 p.

ROSEN, G. **The Specialization of Medicine: With Particular Reference to Ophthalmology**. Arno 1944. 94 p.

SÁ, I. dos. G; LOPES, M. A. **História Breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000**. Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2008. 159 p.

SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHWEITZER, M. C.; MAEDA, T. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto contexto enferm.**, v.22, n.1, p.175-183, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_21.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2013.

SANGLARD, G. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Revista esboços**, n. 16, p. 11-33, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/viewFile/119/166>> Acesso em: 28 jun. 2016.

SANTAELLA, L. Da cultura das mídias à cibercultura: o advento do pós-humano. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, n. 22, p. 23-32, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/famecos/article/viewFile/229/174>>. Acesso em: 10 set. 2015.

SANTOS, A. A. Discurso e Poder na Contemporaneidade: o Caso do Príncipe Eletrônico. **Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais**, n. 18, 2014. Disponível em: < <http://seer.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/7378/5209>>. Acesso em: 10 de mai. 2016.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, Governança e Democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituente. **Dados**, v. 40, n. 3, 1997. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52581997000300003>>. Acesso em: 01 out. 2014.

SANTOS, L. H. S dos. Um olhar caleidoscópico sobre as representações culturais de corpo. 2008. 207 f. **Dissertação** (Programa de Pós-Graduação em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SANTOS, M. F. C. A ontologia do presente e as artes da existência em Foucault. **SABERES**, Natal, v. 3, 2010. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/saberes/Numero%20Especial/Maria%20Fernanda%20Cardoso%20Santos_p_88-100.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

SANTOS, N. de. Q. A Resistência bacteriana no contexto da infecção hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. esp., p. 64-70, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13nspe/v13nspea07.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2015.

SANTOS, Q. G.; AZEVEDO, D. D. de.; COSTA, R. K. S. de; MEDEIROS, F. P. de. A crise de paradigmas: Na Ciência e como Novas Perspectivas Para a enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 833-837, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400024>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

SANT'ANNA, D. B de. Guerra e paz: alguns cenários da vida hospitalar. In: MOTT, M. L.; SANGLARDT, G. org. **História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. São Paulo: Minha Editora, 2011, 219 p.

SARAIVA, K; VEIGA-NETO. Modernidade Líquida, Capitalismo Cognitivo e Educação Contemporânea. **Educação e Realidade**, v. 34, n. 2, p. 187-201, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/8300/5538>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

SAUL, R. P. As raízes renegadas da teoria do capital humano. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 6, n. 12, p. 230-273, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n12/22262.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

SCHIESARI, L. M. C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos Hospitais brasileiros. **RAS**, v. 5, n.18, p 01-17, Jan./Mar. 2003. Disponível em:

<http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=237&p_nanexo=41>. Acesso em: 25 jul. 2016.

SCORE. NASDAQ: SCOR. **Precisão de audiências, marcas e comportamento do consumidor no Brasil em 2015**. Disponível em: <<http://www.comscore.com/por/>>. Acesso em: 15 out. 2015.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Rev. adm. pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2016.

SÉRVIO, P. Estudos culturais e labirintos epistemológicos: consequências para concepções de educação. **Artifícios**, v. 3, n. 5, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.artificios.ufpa.br/Artigos/Dossi%C3%AA%20Pablo.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

SEQUEIRA, D. **Os presbíteros diocesanos e o seu envolvimento na política**: proibição e exceção. Estudo histórico-canônico-teológico. Roma: Pontifícia Università Gregoriana, 2004. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=tLS6y8t4W8kC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=saecularia+negotia+o+que+significa&source=bl&ots=QHg0WCSDKn&sig=f_KdjjPqpQVv6AvPvA1HkJ_fryU&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjEzJ-L4tLOAhXGi5AKHbbBAvYQ6AEIHjAA#v=onepage&q=saecularia%20negotia%20o%20que%20significa&f=false>. Acesso em: 24 jun. 2016.

SILVA, E. M.; LIMA, R. A. G de.; MISHIMA, S. M. A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do hospital e a institucionalização da enfermagem. **R. Bras. Enferm. Brasília**, v. 46, n. 3/4, 301-308, jul./dez. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v46n3-4/v46n3-4a14.pdf>> Acesso em: 26 jun. 2016.

SILVA, G. R.; HENNING, P. C. Entre leis, decretos e resoluções... A inclusão escolar no jogo neoliberal. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 43, p. 843-864, set./dez., 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189132834011>>. Acesso em: 12 set. 2015.

SILVA, P. O da; VIEIRA, V. T.; HENNING, P. C. Educação Ambiental e Discursos Midiáticos: Gerenciando Modos De Vida Contemporâneos. In: IX ANPED Sul. Seminário de Educação em Pesquisa da Região Sul, 2012, Caxias do Sul, **Anais...** Caxias do Sul: UCS, 2012. Disponível em: <http://www.ucs.br/ucs/eventos/anped_sul_2012/apresentacao>. Acesso em: 26 jul. 2016.

SILVA, T. T. da. **Teoria cultural e educação**: um vocabulário crítico. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

_____. (Org). **O sujeito e a educação**: estudos Foucaultianos. 8.ed. Rio de Janeiro, 2011, 260 p.

_____. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, 154 p.

_____. (Org.). **O Panóptico**: Jeremy Bentham. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. 202 p.

SOARES, R. F. R.; MEYER, D. E. E. O que se pode aprender com a “MTV de papel” sobre juventude e sexualidade contemporâneas? **Revista Brasileira de Educação**, Porto Alegre, n. 23, p. 136-148, 2003.

SODRÉ, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B.; PERIM, M. C. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de Gestão? **Serv. Soe. Soc.**, São Paulo, n.114, p. 365-380, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2015.

SÓLIO, M. B. Colaborador: conceito e preconceito. V Congresso Científico Brasileiro de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas, São Paulo. **Anais V**. Congresso Científico Brasileiro de Comunicação Organizacional e de Relações Públicas, p. 01-13, 2011. Disponível em: <http://www.abrapcorp.org.br/anais2011/trabalhos/trabalho_marlene.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SOUZA, R. F. B de. Foucault: o nascimento do liberalismo. **Revista Opinião Filosófica**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 191-201, 2012. Disponível em: <<http://abavaresco.com.br/wp/wp-content/uploads/3370.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

SOUZA, S. P. Governamentalidade Empresarial e saberes ADM. **Rev. adm. empres.**, v. 53, n. 4, p. 400-407, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v53n4/v53n4a07.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

SOVIK, L. Para ler Stuart Hall. In.: HALL, S. **Da Diáspora**: Identidades e Mediações Culturais. Belo Horizonte: UFMG, 2006, p. 09-21.

SPERRHAKE, R.; TRAVERSINI, C. S. O uso do saber estatístico nos discursos acadêmicos da alfabetização. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 20, n. 2, p. 67-87, 2012. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/3054>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

STROBEL, K. **As imagens do outro sobre a cultura surda**. Florianópolis: Editora UFSC, 2008.

TAVARES, H. M. Raymond Williams: pensador da cultura. **Revista Ágora**, Vitória, n. 8, p. 01-27, 2008. Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/agora/article/download/1927/1439>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

THIOLLENT, M. Maio de 1968 em Paris: testemunho de um estudante. **Tempo soc**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 63-100, 1998. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20701998000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2016.

THOMPSON, K. Estudos Culturais e Educação no Mundo Contemporâneo. In.: SILVEIRA, R. M. H. **Cultura Poder e Educação**: um debate sobre estudos culturais em Educação. Canoas: Editora ULBRA, 2005, p. 30-53.

TORRES, N. R. Governamentalidade Urbana: Revisitando a prática do planejamento. In.: PEIXOTO, E. R.; DERNTL, M. F.; PALAZZO, P. P.; TREVISAN, R. (Orgs). Tempos e escalas da cidade e do urbanismo: **Anais do XIII Seminário de História da Cidade e do Urbanismo**. Universidade Brasília - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.shcu2014.com.br/content/governamentalidade-urbana-revisitando-pratica-do-planejamento>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

UBERTI, L. Estudos Pós-estruturalistas: entre aporias e contra sentidos? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 95-115, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3172/317227044007.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

VASCONCELOS, J. A. O que é a desconstrução? **Revista de Filosofia**, Curitiba, v. 15, n. 17, p. 73-78, 2003. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RF?dd1=117&dd99=pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

VEIGA-NETO, A. Na oficina de Foucault. In: GONDRA, J.; KOHAN, W. (Orgs)

Foucault 80 anos. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 79-82.

VEIGA-NETO, A.; LOPES, M. C. Inclusão e Governamentalidade. **Revista Educação e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 100, p. 947-963, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v28n100/a1528100.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

VEIGA-NETO, A. **A ordem das disciplinas**. Porto Alegre: UFRGS, 1996.

_____. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In.: PORTOCARRERO, V.; CASTELO BRANCO, G. (Org). **Retratos de Foucault**, Rio de Janeiro: NAU, 2000, p. 179-217.

_____. Olhares. In: COSTA, M. V. (Org.). **Caminhos investigativos**: novos olhares na pesquisa em educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p 14-23.

_____. **Foucault e a educação**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

_____. Michel Foucault e os Estudos Culturais. In: COSTA, M. V. **Estudos culturais em educação**: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema. 2.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 37-72.

_____. Governo ou Governoamento. **Currículo sem Fronteiras**, v. 5, n. 2, p. 79-85, jul./dez. 2005a. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol5iss2articles/veiga-neto.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. **Foucault & a Educação**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005b, 192 p.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na Assistência Hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2016.

VERRI, L. B. A. **Evolução Real da Qualidade**: E sua hipocrisia administrativa. Joinville: Clube de Autores Publicações, 2013, 112 p.

VIANA, G.; LIMA, J. F. de. Capital humano e Crescimento Econômico. **Interações**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 137-148, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2015.

VIEIRA, P. S. V. O trabalho em saúde nos hospitais de gestão terceirizada: o caso do Estado de Goiás. 2013. 222f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2013. Disponível em: <https://pos-sociologia.cienciassociais.ufg.br/up/109/o/disserta%C3%A7%C3%A3o_-_Patr%C3%ADcia.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

WILLIAMS, J. **Pós-estruturalismo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012, 255 p.

WORTMANN, M. L. C.; COSTA, M. V.; SILVEIRA, R. M. H. Sobre a emergência e a expansão dos Estudos Culturais em educação no Brasil. **Educação**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 32-48, 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/18441/12751>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V.; HADDAD, N. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J/Public Health**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 311-316, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v4n5/4n5a4.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

Apêndices

Apêndice A – Quadro avaliação das pesquisas encontradas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)							
	Título	Autor	Área	Programa	Universidade	Ano de publicação	Tema central
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							

Apêndice B – Quadro de palavras e termos colocados em destaque nas reportagens publicadas sobre a gestão dos hospitais universitários federais em revistas impressas e na mídia digital online desde o ingresso no doutorado.

	Palavra ou termo	Numero de vezes	Tipo	Onde	Gênero textual	Destaque
1.			() I ()online			
2.			() I ()online			
3.			() I ()online			
4.			() I ()online			
5.			() I ()online			
6.			() I ()online			
7.			() I ()online			
8.			() I ()online			
9.			() I ()online			
10			() I ()online			
11			() I ()online			
12			() I ()online			
13			() I ()online			
14			() I ()online			
15			() I ()online			

Legenda

- ✓ Palavra ou Termo: Palavra = unidade linguística formal com valor semântico. Termo = menor unidade de representação do conceito. constituído por uma palavra ou por um grupo de palavras.
- ✓ Número de vezes que apareceu: frequência
- ✓ Tipo de revista: I = revista impressa, online=revista ou portal online;
- ✓ Onde: Cadernos - política, saúde, economia, ciência e tecnologia, cultura.
- ✓ Gênero textual: N = Notícia, E = editorial, R= reportagem, A= artigo de opinião, AC = artigo de divulgação científica, Ent = entrevista.
- ✓ Destaque: C = cabeçalho, M = manchete, C = chamada, F = fotografia, L = legenda, RI = recursos infográficos, V = vídeos.

Apêndice C: Ficha de leitura das reportagens selecionadas para análise.

Ficha de leitura

1. **Local:** () portal de notícias (site G1)
 () site de revista (Revista Época)
 () site de revista (site Exame.com)
2. **Localização:**
3. **Imagem/fotos** () Sim () Não Quantas?

1. **Vídeo** () Sim () Não É possível visualisá-lo? () Sim () Não
2. **Formatos textuais:** () nota () reportagem () entrevista
 () publicidade/propaganda () outro:.....
3. **Escrito por:** () jornalista () colaborador () especialista
 () leitor () outro:.....
4. **Apresentado na forma de:** () editorial () comentário
 () artigo () resenha () coluna
 () crônica () carta () outro:.....
5. **Construção do título, do texto:**
6. **Primeira infor. vista pelo leitor:** () imagem/foto () título () vídeo
7. **Tema central:**
8. () Gestão
9. () Saúde no neoliberalismo
10. () Sujeito do neoliberalismo
11. () Reestruturação e revitalização dos HUFs
12. **Observações:**.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

