

POR UMA SOCIOLOGIA SISTÊMICA DA GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Roberto Dutra*
Mauro Macedo Campos**

Resumo: O artigo é de natureza eminentemente teórica e defende o diálogo entre a sociologia e a análise da gestão de políticas públicas. O argumento central é o de que uma compreensão mais ampla da gestão de políticas públicas exige uma teoria da sociedade capaz de tematizar as relações entre os diferentes subsistemas da sociedade no processo de formulação e implementação de políticas públicas. A teoria da sociedade escolhida é a teoria da diferenciação funcional do sociólogo alemão Niklas Luhmann. A tese principal é a de que os dilemas da gestão pública em face das dificuldades de conduzir o processo de implementação de políticas públicas podem ser melhor compreendidos se se parte de uma teoria da sociedade que postula a multiciência das formas de gestão, em correspondência com a multiplicidade das referências valorativas instauradas pela diferenciação da sociedade. Nesse quadro, a gestão pública aparece como uma forma – entre outras – de estruturar a ação social em organizações e complexos organizacionais dos quais depende diretamente a cadeia formulação-implementação de políticas públicas. Como ilustração empírica da tese teórica, trazemos uma breve análise do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Diferenciação funcional. Gestão de políticas públicas. Sociologia das organizações. Sistema de saúde.

* Doutor em Sociologia pela Humboldt Universität zu Berlin e Professor Associado do Laboratório de Gestão e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (LGPP/UENF).

** Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Professor Associado do Laboratório de Gestão e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (LGPP/UENF).

1 Introdução

Até o início da década de 1970 do século XX, quase não se estudava a implementação de políticas públicas (BIRKLAND, 2001, p. 177). Isso se devia sobretudo à crença de que essa fase não era problemática, dado que refletia apenas a execução simples, por parte do braço administrativo do Estado e de outros atores envolvidos no processo de implementação, da decisão que havia sido previamente formulada pelos governantes. Então, por essa lógica, o processo fluiria quase que por inércia. No entanto, a partir dessa mesma década, como resultado de uma multiplicidade de fatores, o Estado moderno – sobretudo nos países do Atlântico Norte – vai enfrentar uma crise permanente de governabilidade, deparando-se com enormes dificuldades em gerir políticas públicas e controlar os processos sociais em geral. É exatamente nesse contexto que surge aquele que é considerado o trabalho seminal dos estudos da implementação – a obra de Pressman e Wildavsky de 1973, intitulada “Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland”. Esse estudo, tal como o título revela, versava sobre as razões para que um projeto de desenvolvimento econômico decidido centralmente tivesse falhado em Oakland, tendo os autores chegado à conclusão de que a falta de coordenação entre as diversas agências envolvidas era o principal motivo do insucesso da política.

Mesmo se apegando à crença comum de que a implementação é um processo racionalmente controlável por parte dos formuladores de políticas, e, com isso, percebendo a análise dos “déficits de implementação” como meio para se buscar esse controle, o estudo de Pressman e Wildavsky foi, ao mesmo tempo, o ponto de partida para uma profunda revisão crítica deste modelo dominante sobre a gestão de políticas públicas: o modelo do controle decisório por parte dos formuladores, inspirado sobretudo no paradigma weberiano da dominação racional legal embasada na hierarquia e na impessoalidade da organização burocrática (conhecido como modelo *top-down*). O estudo seminal de Pressman e Wildavsky, ao tentar corrigir e aperfeiçoar esse modelo, acaba revelando o caráter “irrealista” da pretensão de controle estatal sobre a implementação de políticas públicas. Os diferentes modelos teóricos criados desde então têm em comum o

desafio de explicar (e não raro propor estratégias de intervenção) os fracassos e dificuldades dos agentes governamentais e da administração pública em conduzir a fase de implementação (HUDSON; LOWE, 2004, p. 205). E a evolução analítica daí decorrente pode ser entendida como um crescente distanciamento (apesar das tentativas de síntese) em relação ao paradigma *top-down*, cuja ênfase está justamente na capacidade dos agentes da administração pública de emanarem diretrizes claras e controlarem a ação dos atores e instituições envolvidos na fase de implementação.

O modelo *top-down*, ao postular o controle racional-burocrático na gestão de políticas públicas, comunga de uma concepção da vida social centrada na ideia de que o sistema político-administrativo é capaz de controlar o funcionamento de determinadas esferas sociais a fim de garantir a obtenção de determinados efeitos em termos de implementação de políticas.

Na formulação de políticas públicas não é incomum o fato de os decisores não saberem exatamente o que querem, nem os possíveis resultados decorrentes das políticas a serem implantadas, mesmo porque as políticas partem, de antemão, do resultado de negociações, que provavelmente modificam a ideia/desenho original do programa a ser implantado (ARRETCHE, 1998). Trata-se de uma noção de gestão pública que negligencia a autonomia operativa das esferas sociais e, conseqüentemente, a capacidade dessas esferas, assim como das organizações envolvidas com a implementação de políticas, de produzirem injunções e estruturas que disputam a direcionalidade da ação implementadora com as diretrizes estabelecidas pelo sistema político-administrativo.

A abordagem sociológica clássica sobre o tema da gestão de organizações, a qual influenciou profundamente o modelo *top-down*, é o modelo weberiano da administração burocrática. Esse modelo é parte de sua teoria geral sobre os tipos de dominação, sendo a organização burocrática o “tipo mais puro” do exercício da dominação racional legal (WEBER, 1976, p. 19). O núcleo desse modelo é o pressuposto de que quanto maior for uma organização, e mais complexas suas atribuições, maior tendência à burocratização. É importante ressaltar que, para Weber, embora sua concepção das ciências sociais estivesse fundada na recusa de qualquer lei causal necessária entre fenômenos, há sim

uma relação de interdependência funcional entre as características que compõem a organização burocrática: entre a formação de um aparato administrativo constituído por técnicos especializados enquanto forma superior de administração dos assuntos e interesses de quase todas as esferas sociais; organização hierárquica dos cargos com limites de autoridade definidos por normas impessoais formalizadas; documentação dos atos e das normas administrativas; estabilidade das carreiras por meio de políticas de promoção orientadas pela antiguidade e pelo mérito capazes de promover a lealdade para com a organização e seus objetivos, neutralizando a interferência de aspectos externos ao ordenamento normativo formal e impessoal.

A principal relação de interdependência funcional é aquela que se estabelece entre *os problemas de cooperação e coordenação* resultantes da crescente complexificação e especialização das tarefas organizacionais – sobretudo em grandes organizações – e a *formação de um aparato administrativo dedicado à função de promover canais de comunicação e coordenação* com base na *hierarquia de autoridade enquanto forma necessária* para efetivar a coordenação das diversas tarefas na consecução dos objetivos organizacionais. Uma vez que uma supervisão minuciosa de todas as decisões por parte dos superiores é ineficaz, normas impessoais destinadas a padronizar o desempenho das tarefas atuam como complemento da hierarquia no enfrentamento do problema da coordenação. Impessoalidade e hierarquia seriam então os meios administrativos mais eficientes para coordenar as atividades de uma organização na busca de seus objetivos, sejam estes econômicos, religiosos, militares ou de qualquer outra natureza.

No entanto, o estudo comparativo das organizações (BLAU, 1976, p. 143) tem contribuído para uma revisão importante do modelo weberiano, uma revisão que não invalida as hipóteses centrais sobre a relação entre as características principais que Weber atribui à organização burocrática, mas que “indicam as condições em que as relações, inicialmente tidas como universais, são contingentes” (BLAU, 1976, p. 143). Uma impessoalidade rigorosa, por exemplo, pode ser eficiente apenas sob determinadas condições e apenas na coordenação de tipos específicos de tarefas (LITWAK, 1962). Em outras, laços comunitários podem ser convenientes. A contingência das relações que Weber havia percebido como necessárias foi também o foco das críticas que autores

como Parsons (1964, p. 58-60), Goudner (1954, p. 22-24) e Stinchcombe (1959, p. 168-187) fizeram ao postulado segundo o qual especialização profissional e autoridade hierárquica são características associadas e complementares na organização burocrática. Os críticos afirmam que os princípios derivados da especialização profissional entram em conflito com os princípios que informam a administração hierárquica, ou seja, que os dois não são complementares, mas sim mecanismos alternativos e concorrentes de controle e coordenação. Princípios profissionais facilitam a coordenação entre setores de atividades idênticos ou afins, enquanto coordenação de setores muito diferentes exige hierarquia.

Nesse contexto, fica claro que a frustração com o modelo *top-down* é, em grande parte, decorrente de expectativas que ignoram o fato da diferenciação da sociedade e, como iremos ver, sua principal consequência para a gestão de políticas públicas: a impossibilidade de um sistema social estabelecer, de forma unívoca e segura, as diretrizes que vão orientar as práticas sociais nos outros sistemas sociais e assim controlar a fase implementação de políticas. O artigo divide-se em três tópicos. No primeiro (2), desenvolvemos uma abordagem sociológica que relaciona a diferenciação funcional da sociedade à pluralização de referências valorativas e à existência de formas variadas de gestão de organizações. No segundo tópico (3), apresentamos as consequências dessa abordagem teórica para a gestão de políticas públicas em organizações situadas em um ambiente societário marcado pela multiplicidade de referências valorativas e orientações funcionais. No terceiro (5), tentamos ilustrar as hipóteses teóricas desenvolvidas com uma breve análise do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 Diferenciação funcional e formas de gestão

Esta revisão do modelo weberiano é o ponto de partida para uma teoria das organizações – incluindo uma teoria da gestão em organizações – baseada não na unidade, mas sim na variedade dos tipos de organização¹. Enquanto o modelo weberiano estava centrado numa concepção de eficiência econômica – embora sua inspiração fosse o

¹ Charles Perrow, seguindo preocupações analíticas diversas das que informam este plano de pesquisa, parte do mesmo pressuposto. Ver Perrow (1991).

entusiasmo prussiano com o tipo militar de organização –, tomando como dada a concepção de que a gestão (supostamente) mais apropriada para objetivos econômicos fosse também a melhor para quase todas as outras esferas sociais, o ponto de partida da variedade dos tipos de organizações está diretamente vinculado a uma teoria da sociedade fundada na diferenciação e na multiplicidade de referências valorativas disputando com os critérios econômicos a prerrogativa de orientar a gestão das organizações.

A teoria da sociedade que adotamos aqui é a teoria da diferenciação funcional de Niklas Luhmann. Para Luhmann (1988; 1997), a partir da segunda metade do século XVIII, um tipo de formação social afirmou-se em toda a Europa em distinção à sociedade estamental da Idade Média, para, já no final do século XIX, expandir-se como formação social primária a nível global: a sociedade diferenciada internamente em subsistemas funcionais. A passagem para o primado da diferenciação funcional implica o seguinte: todos os subsistemas da sociedade são iguais no sentido de que cada um deles preenche apenas uma função socialmente relevante, mas são também distintos por preencherem funções específicas. Embora outras formas de diferenciação como a estratificação social não tenham desaparecido ou perdido sua relevância para a ordem social, a sociedade moderna é marcada pelo primado da diferenciação funcional, pois a ordem social não pode ser concebida sem a existência de instituições incumbidas de preencher funções especializadas.

O caráter funcional da forma primária de diferenciação sistêmica consiste em que as práticas sociais mais importantes da sociedade (ou seja, as práticas econômicas, políticas, jurídicas, pedagógicas, científicas e outras formas funcionais de comunicação) estão voltadas não mais para a confirmação obrigatória de uma hierarquia social que perpassa todas as esferas sociais, mas sim para o tratamento de problemas fundamentais por meio de mecanismos institucionais que não se deixam reduzir à estratificação social. O primado da diferenciação funcional refere-se ao horizonte de problemas fundamentais – assegurar provisão futura em condições presentes de escassez (economia), tomada de decisões coletivamente vinculantes (política), preparação para a vida futura (ensino), assegurar expectativas normativas (direito) – que abarca todas as comunicações possíveis em seu aspecto temático e que constitui

a orientação básica dos subsistemas sociais diferenciados (NASSEHI, 2004).

Na sociedade moderna, a diferenciação funcional tornou-se uma “ordem auto-substitutiva” (LUHMANN, 1997b, p. 158), ou seja, uma ordem no interior da qual todas as concepções de mudança estrutural (incluindo toda crítica social possível) se remetem a uma (re)estruturação dos desempenhos funcionais e/ou do acesso às soluções que os sistemas funcionais ofertam para os problemas fundamentais que eles mesmos produzem e reproduzem. Dito de outro modo: na “ordem auto-substitutiva” da diferenciação funcional só se concebe mudança estrutural como “auto-substituição” dos sistemas funcionais, mas não como dissolução destes sistemas. Cita-se Luhmann (1992, p. 47-48) mais uma vez:

Neste sentido é difícil imaginar nossa sociedade sem Estado, sem direito, sem dinheiro, sem pesquisa e sem comunicação de massas. Funções com este alcance produzem ordens auto-substitutivas. É difícil imaginar uma ordem social sem sistemas funcionais diferenciados, ou seja, encontrar uma alternativa para a diferenciação funcional.

A especialização de um subsistema em preencher de forma monopolizada uma função social, ou seja, em tratar de um problema fundamental, deixando os demais a cargo dos outros subsistemas, leva uma diferenciação desse subsistema em relação a seu entorno (*Umwelt*). Assim, todos os outros subsistemas situados no entorno social (*innergesellschaftliche Umwelt*) são percebidos como incompetentes em relação ao desempenho dessa função. Isso ocorre, sobretudo, porque a especialização de funções assegura um alto nível de desempenho no preenchimento de funções sociais. Esse nível de desempenho decorre do aumento da complexidade interna dos sistemas funcionais, ou seja, das relações possíveis entre os elementos e operações que pertencem à rede de comunicações de um sistema funcional. A atualização seletiva dessas relações deve-se ao surgimento de organizações (tribunais, empresas, bancos, igrejas, Estados nacionais, escolas, hospitais etc.) e “especialistas” (*Leistungsrollen*) que condicionam o desenvolvimento das estruturas sistêmicas (programas) que regulam a redução da complexidade interna e o uso do código sistêmico.

A especialização dos diferentes problemas fundamentais somente se consolida quando os subsistemas funcionais conseguem diferenciar sua forma de comunicação das outras formas de comunicação através de uma codificação binária de suas operações. Códigos binários como lícito/ilícito, ter/não ter, verdadeiro/falso, governo/oposição, doente/curado etc. são, em primeiro lugar, esquematizações altamente abstratas, diferenciadas entre si e que sustentam a reprodução autopoiética de um sistema funcional, desde que as operações desse sistema orientem-se exclusivamente pela diferença binária do código. Trata-se da projeção de uma diferença entre valores dicotômicos a partir da qual cada operação, cada valoração é percebida como contingente em relação à possibilidade de uma operação com o valor oposto. Esses códigos “vinculam cada operação a uma diferença de dois valores – o próprio código – e garantem com isso que uma comunicação marcada pelo valor oposto se dê a partir da comunicação presente” (LUHMANN, 1997b, p. 749). Códigos binários são “formas de dois lados” que, exatamente pelo fato de, sem a mediação de qualquer outra instância, poderem se diferenciar uma das outras enquanto forma, facilitam, em seu contexto de aplicação, a passagem de um lado da forma ao outro, de um valor para o “contravalor”.

Essa extrema redução de possibilidades a somente dois valores permite que o respectivo sistema só considere como informação as seleções feitas a partir de seu código, ou seja, seleções que já pertencem às operações básicas do sistema. A seletividade do código exclui a possibilidade de que informações sejam importadas do entorno. Além disso, os códigos são também “abstrações condicionais” com aplicação universal. Sempre quando se tratar de ganho de conhecimento na ciência (seja na China ou no Paraguai) é incontornável usar o código verdadeiro/falso. A autopoieses de um sistema funcional corresponde ao fato de que seu código se mantém constante e capaz de permitir a reprodução permanente de uma forma de comunicação que pertence somente a este sistema funcional. Um sistema social é sempre o modo como uma forma de comunicação se diferencia de outras formas comunicativas, erigindo assim uma fronteira que o distingue do seu entorno. O que o código na verdade faz é criar uma relação circular entre seus valores positivos e negativos de modo que o valor de conexão de suas operações

seja resultado direito da diferença entre os dois valores. Com isso se produz um contexto de contingência específico do código, no qual as operações são sempre vistas como sendo possíveis de outro modo (contingentes) (LUHMANN, 1997b, p. 750): cada operação é observada à luz da possibilidade de seu correlato negativo. Isso permite que o código seja reproduzido em todas as operações do sistema, seja através da alocação do valor positivo, seja através da alocação do valor negativo. Mas, ao contrário da alocação de seus valores, o próprio código não pode ser tratado como contingente pelo sistema funcional: “Somente a diferença pode dar estabilidade a seus dois lados, e isso porque ela está vinculada a um contexto funcional, porque ela se diferencia junto com este contexto e parece ser necessária para ele” (LUHMANN, 1988, p. 209). Por exemplo, o sistema da medicina (que o senso comum e a política batizaram de sistema de saúde) só existe enquanto existir o código binário “doente/curado” (LUHMANN, 1990), ou seja, uma forma de construir a realidade que permite, indefinidamente, a identificação, o diagnóstico e o tratamento de doenças.

A principal implicação dessa teoria da sociedade para uma teoria das organizações (e consequentemente para uma teoria da gestão em organizações) é a tese de variedade funcional dos tipos de organização (PEETZ; LOHR; HILBRICH, 2011). No que se refere a sua orientação em relação aos subsistemas funcionais da sociedade, as organizações não se limitam a um único sistema funcional e nem são igualmente dominadas pela economia (TACKE, 2001). Ao contrário, deve-se pressupor que a sociedade é povoada por uma variedade dos tipos de organização, ou seja, que estas podem se orientar por distintos subsistemas funcionais e construir estruturas organizacionais e formas de trabalho afinadas com a orientação funcional predominante. Por um lado, toda organização contém uma variedade de orientações funcionais: na medida em que precisam remunerar o trabalho, todas são dependentes da economia; todas estão submetidas a normas jurídicas etc. Por outro lado, toda organização também privilegia uma referência funcional ao selecionar os objetivos organizacionais (o que Luhmann chama de programa de fins, *Zweckprogrammen*): uma Igreja privilegia objetivos religiosos, embora se oriente também por considerações econômicas; uma escola privilegia objetivos pedagógicos, embora se oriente também por considerações jurídicas; um hospital privilegia

objetivos médicos, embora se oriente também por objetivos econômicos, jurídicos e políticos.

Não há dúvida de que os objetivos oficiais de uma organização (sua autodescrição) podem desempenhar meramente um papel de fachada e assim esconder a busca de objetivos socialmente ilegítimos para aquele tipo de organização. É o caso, por exemplo, de uma igreja que privilegia a busca do lucro no “mercado religioso”, tratando o “sagrado” apenas como um meio para seus fins econômicos; o mesmo vale para um hospital que condiciona o ciclo de diagnóstico e tratamento de seus pacientes às perspectivas de lucro que eles apresentam, e para um partido que, a pretexto de participar da produção de decisões coletivamente vinculantes, apenas está interessado no enriquecimento de seus líderes. No entanto, esses casos de “corrupção dos objetivos organizacionais” apenas têm o sentido que têm – ou seja, objeto de crítica social e empreitadas obrigadas a disfarçar os seus motivos – porque a sociedade é povoada por uma variedade funcional dos tipos de organizações e porque se espera que essas organizações se orientem primariamente pelos programas de metas que dão forma à sua identidade oficial.

Tendo em vista essas complexas relações entre sistemas sociais diferenciados, este artigo propõe uma investigação sociológica do conceito de gestão em organizações da saúde tomando como ponto de partida a tese central da teoria da sociedade do sociólogo alemão Niklas Luhmann: a tese de que a sociedade moderna contemporânea é diferenciada em subsistemas funcionais autônomos – como política, economia, ensino, direito, ciência, religião, família e o sistema de saúde. Como se poderá ver com mais detalhes, essa teoria da sociedade tem duas consequências importantes para a relação entre gestão e organização: 1) a sociedade é caracterizada por uma variedade de organizações de acordo com o sistema funcional mais relevante na relação das organizações com seu entorno social: assim, uma escola, uma vez que o sistema de ensino constitui o sistema funcional mais relevante em suas relações com o meio, é uma organização bem diferente de uma empresa para a qual a economia constitui a referência principal; 2) a referência funcional predominante nas relações de uma organização com seu entorno social vai estar presente no predomínio de diferentes formas de gestão das atividades realizadas nessa organização: enquanto

atividade voltada para o problema da coordenação e do controle do desempenho das atividades de uma organização, a gestão tende a ser diferente se o desempenho mais importante dessa organização tem a ver com a busca de eficiência econômica (empresas), com a formação de pessoas (escolas) ou com o diagnóstico e tratamento de doenças (hospitais).

Uma boa gestão escolar empenhada em coordenar o trabalho de formação de pessoas difere substancialmente de uma boa gestão econômica baseada na busca eficiente do lucro. Trata-se de buscar um conceito multidimensional de gestão capaz de dar conta da variedade de possíveis soluções para o problema da coordenação e controle de atividades organizacionais em diferentes subsistemas funcionais. Parte-se, então, de um pressuposto diferente da concepção weberiana segundo a qual a administração burocrática, fundada na coordenação impessoal e hierarquizada de cargos e papéis, seria aplicável a quase todas as esferas sociais (WEBER, 1976, p. 18 e 21). Por exemplo: enquanto a autonomia do trabalho realizado por um operador de *telemarketing* é praticamente anulada pela hierarquia da administração burocrática que consegue impor normas formais à relação entre atendente e consumidor, a autonomia de um professor em sala de aula jamais poderá ser substituída por técnicas administrativas destinadas a criar uma cadeia causal “de cima para baixo” dentro da escola, uma vez que a interação entre professor e aluno (assim como aquela entre médico e paciente) dificilmente se deixa controlar por normas formais. Além de atentar para a variedade das organizações e das formas de gestão, outra possibilidade trazida por uma abordagem multidimensional é analisar a combinação ou a concorrência/conflito entre diferentes formas de gestão em uma mesma organização.

As atividades de uma organização podem ser objeto de uma multiplicidade de injunções destinadas a responder ao problema da coordenação e do controle do desempenho. A atividade de coordenar e controlar o trabalho em organizações de saúde, ou seja, a gestão, pode seguir uma lógica econômica – por meio da administração indiscriminada de medicamentos em consonância com os interesses da indústria farmacêutica –, seguir uma lógica puramente medicinal – com o ciclo diagnóstico/tratamento sendo conduzido exclusivamente por considerações médicas – ou até uma lógica micropolítica de “satisfazer a vontade do usuário” – por exemplo, tentando resolver o caso numa

mesma unidade quando o programa de ação recomenda que o paciente seja encaminhado para unidade de maior complexidade. Nesse sentido, a gestão pública seria apenas um mecanismo entre outros presentes nas organizações de saúde.

3 Gestão de Políticas Públicas em Organizações Multirreferenciais

Ao tomar a variedade das organizações como ponto de partida de nosso artigo queremos evitar duas modalidades de reducionismo economicista. O primeiro reducionismo é o que generaliza a forma empresa para a descrição de todos os tipos de organização (TÜRK; LEMKE; BRUCH, 2006). Assim, a multiplicidade dos tipos de organização acaba sendo percebida como desvio do dever ser econômico das organizações. O segundo reducionismo, constitutivamente vinculado ao primeiro, é o que generaliza a forma econômica de gestão para as organizações não econômicas. Isso leva, por um lado, à negligência da especificidade das formas não econômicas de gestão e, por outro lado, à naturalização de eventuais processos de colonização da gestão em organizações orientadas por funções não econômicas por critérios econômicos: se as práticas de gestão e com isso a coordenação e o controle de atividades organizacionais são pensados como categorias exclusivamente econômicas, o predomínio de tais critérios na gestão das organizações – incluindo as não econômicas – vai ser percebido como uma espécie de reencontro dessas organizações com sua própria natureza.

Portanto, evitar as duas modalidades de reducionismo economicista significa levar em conta que: 1) a variedade da orientação funcional das organizações faz da forma empresa apenas um tipo (econômico) de organização entre muitos outros possíveis, cada um deles com estruturas organizacionais bem distintas; 2) a variedade funcional das organizações implica formas de gestão também distintas, de modo que podemos falar de uma gestão religiosa, uma gestão científica, uma gestão política, uma gestão da medicina etc.

Decisiva na concepção adotada aqui é a noção de que o êxito de cada uma das formas de gestão é determinado por critérios específicos de cada sistema funcional. A “boa gestão” é aquela que melhor cumpre a função de coordenar o tipo de trabalho voltado para reproduzir a referência funcional predominante nessa organização. Em uma escola

(inclusive em uma escola privada), a “boa gestão” é aquela que promove a coordenação do trabalho de ensino (realizado em sala de aula pelos professores) enquanto trabalho definido pela função de preparar pessoas para sua vida social futura, de modo que uma gestão orientada primariamente para garantir o lucro, ao instituir mecanismos de coordenação que avaliam o trabalho de ensino por critérios econômicos (como, por exemplo, deixar a avaliação dos alunos ser influenciada pelo medo de perder mensalidades), vai negligenciar a função especificamente pedagógica da organização escola. A vantagem da concepção aqui adotada, uma vez que parte da variedade das organizações e das formas de realizar as funções de gestão, é precisamente a de não naturalizar processos de colonização econômica de esferas sociais não econômicas, levando em conta possíveis equivalentes funcionais da forma econômica de gestão (PEETZ; LOHR; HILBRICH, 2011, p. 204).

Cabe ressaltar que esta abordagem não precisa adotar um conceito amorfo de gestão, aplicável a tudo e alheio às exigências de precisão conceitual, pois a variedade que queremos levar em conta diz respeito à existência de soluções alternativas para um problema comum a toda organização moderna: o problema da coordenação como efeito da crescente especialização das atividades organizacionais. Ou seja, a base do conceito segue sendo aquela das doutrinas de gestão adotadas pela “sociologia industrial” (BURNHAM, 1951) clássica e por outras correntes sociológicas preocupadas com o tema. Trata-se de estudar o conjunto de tarefas e funções voltadas para a condução do desempenho do trabalho, ou seja, tarefas e funções voltadas para o planejamento, organização, controle e avaliação do trabalho (SCHREYÖGG, 1991). Essa concepção clássica só é corrigida em um aspecto: ao invés de descrever as tarefas de gestão enquanto tarefas de uma classe social ou das pessoas oficialmente incumbidas de administrar, queremos saber, em primeiro lugar, se as expectativas e exigências vinculadas aos papéis e posições que os indivíduos ocupam nas organizações são ou não relacionados ao problema de coordenação do trabalho. Evita, assim, que a investigação sociológica aceite sem questionar a descrição oficial das organizações, a qual prescreve que funções de gestão estejam concentradas unicamente nos cargos e nas mãos de pessoas formalmente designadas para essas funções. Sem desconsiderar que as tarefas de gestão são desigualmente distribuídas nos diferentes cargos de uma organização,

cabe manter aberta a possibilidade de que os papéis oficialmente destituídos de funções administrativas exerçam de fato tais atividades. A unidade do conceito de gestão reside em que o problema de coordenar atividades está presente em todo tipo de organização, e a variedade, em que cada tipo de organização pode encontrar uma solução diferente para este problema.

Para apreender a variedade das possíveis formas de gestão é necessário levar em conta a multiplicidade das dimensões estruturais das organizações, já que a coordenação de atividades em organizações (função constitutiva da gestão) pode envolver todas elas, não se restringindo àquelas formalmente incumbidas de assuntos administrativos. A teoria sociológica das organizações de Luhmann (2000) distingue quatro dimensões estruturais, destacando que o peso relativo de cada uma delas varia com o tipo de organização: *programas, pessoas, canais de comunicação e cargos*. Cada dimensão contribui para estruturar a produção contínua das decisões constitutivas da organização enquanto sistema social fundado na produção e reprodução de decisões, ou seja, na transformação da contingência de alternativas na contingência de uma decisão tomada. Ao tornar-se passado, cada decisão reduz a insegurança da organização em relação a seu entorno, já que a decisão é contingente apenas no sentido de que poderia ter sido outra, tornando-se, na prática, premissa para a construção de novas decisões. As dimensões estruturais podem ser explicitadas da seguinte forma:

- I. *Programas*: descrevem as premissas que orientam as decisões formalmente corretas sobre os processos de coordenação de atividades organizacionais. Ações administrativas, na medida em que estabelecem premissas para decisões no cotidiano do trabalho nas organizações, são constitutivas dos programas. Esses podem ser condicionais (orientados pelo *input*), isto é, voltados para estabelecer condições para que uma determinada ação aconteça (se isto, então aquilo) ou programas de metas (orientados pelo *output*), a saber, metas para cuja consecução as práticas e recursos organizacionais são concebidos como meios. Embora as atividades formalmente concebidas como gestão tenham a tendência de privilegiar programas de metas (DEUTSCHMANN, 1997), o trabalho em algumas organizações – como, por

exemplo, o trabalho dos profissionais na área da saúde – obedece a programas condicionais como o esquema diagnóstico/terapia.

- II. *Pessoa*: esta dimensão não deve ser confundida com o sistema psíquico, mas sim definida como o *feixe de expectativas de conduta socialmente atribuídas aos indivíduos*. A história compartilhada dos indivíduos no ambiente partilhado de uma organização leva à formação tanto de expectativas que o indivíduo atribui a si mesmo quanto daquelas atribuídas pelos outros (colegas, clientes, alunos, pacientes, fiéis, eleitores etc.). As expectativas que estruturam as atividades de um indivíduo (trabalho, gestão) e que formam assim sua *pessoa na organização* não devem ser reduzidas às exigências formais que constam no contrato de trabalho, pois essas atividades também são estruturadas por um conjunto de expectativas informais, relativamente estáveis, formuladas pelos outros membros ou pelo público relevante da organização. Assim, é preciso ir além da distinção entre as pessoas que ocupam cargos de gestão e o resto, já que as expectativas e exigências relacionadas ao problema da coordenação podem ser atribuídas a um conjunto bem mais amplo de cargos e indivíduos. Nesse sentido, a sociologia do trabalho (LOHR; NICKEL, 2005) tem demonstrado como as exigências de autoavaliação e autocoordenação (ou seja, exigências típicas da atividade de gestão) tornam-se relevantes em quase todas as posições organizacionais.
- III. *Canais de Comunicação*: definem como acontece a coordenação da coordenação. Trata-se do modo como a relação entre os cargos é estabelecida. Assim, os processos de coordenação podem acontecer de modo hierárquico (como no modelo de Weber), por meio da concorrência interna entre os trabalhadores/gestores, pela confiança recíproca e do saber profissional ou em função da combinação de várias formas de coordenação. Embora a coordenação seja frequentemente confundida com hierarquia, vemos a hierarquia apenas como uma forma entre outras de lidar com o problema da coordenação.

IV. *Cargos*: trata-se de uma dimensão estrutural que combina as três dimensões mencionadas anteriormente. O cargo representa a seleção de premissas de decisão condensadas num único elemento: se espera do ocupante (pessoa) de um cargo que ele, levando em conta os canais de comunicação apropriados, decida de acordo com os programas da organização. Os aspectos definidores de um cargo definem também o peso relativo das funções de coordenação que lhe cabem: eles determinam quais pessoas com relação a quais programas e por meio de que canais de comunicação podem lidar com problemas de coordenação. É possível identificar cargos com um acesso privilegiado aos problemas de coordenação, ou seja, com grande capacidade de combinar programas, outros cargos e pessoas. Em termos de gestão, não necessariamente são aqueles oficial e formalmente designados para essas tarefas. Em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por exemplo, é comum que o saber profissional ou o prestígio dos médicos contenham muito mais do que as atribuições formais do gestor na hora de decidir sobre a coordenação do trabalho.

O peso relativo e o tipo de combinação entre as quatro dimensões estruturais tendem a variar com o tipo de organização e, portanto, com o sistema funcional que constitui a orientação primária da organização. Assim, enquanto em organizações econômicas os programas de metas em termos de aumento de produtividade e eficiência tendem a ter um peso crescente na definição dos canais de comunicação, das pessoas e dos cargos relevantes para as tarefas de coordenação, subordinando o trabalho a critérios rigorosamente impessoais de avaliação e recompensa, em organizações do sistema de ensino a situação é bem distinta: como o trabalho especificamente pedagógico de formar pessoas não se deixa padronizar por programas condicionais (se isto, então aquilo), sendo constituído por um “*déficit* tecnológico” (LUHMANN; SCHORR, 1982) inarredável, torna-se impossível concentrar a tarefa de gestão em alguns poucos cargos. O “trabalho de sala de aula” não se deixa coordenar hierarquicamente por meio da obediência aos superiores, mas somente por meio da ação desempenhada pelo próprio profissional em seu contexto de trabalho. Como Parsons já havia notado em sua crítica a

Weber, a ação baseada no saber profissional tende, em alguns contextos, a ser uma forma alternativa de coordenação em relação à hierarquia impessoal. Mesmo assim, esforços políticos de “racionalizar” o trabalho em organizações não econômicas a partir de critérios econômicos de eficiência – como no chamado *New Public Management* – fazem parte da realidade, produzindo um quadro de contradição e conflito entre esses critérios econômicos e os critérios específicos da perspectiva funcional privilegiada por organizações de ensino, da saúde etc.

4 Uma ilustração a partir do sistema de saúde no Brasil

Neste tópico, tentaremos ilustrar as hipóteses teóricas sobre a relação entre diferenciação funcional e gestão de políticas públicas com uma breve análise do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Para isso, nos apoiamos em alguns estudos empíricos sobre diversos aspectos da gestão de organizações da saúde no Brasil com o objetivo de demonstrar – de forma preliminar – que, apesar das diferenças, possuem um fio condutor comum: a disputa entre diferentes formas de gestão pela direcionalidade do funcionamento das organizações da saúde.

Porém, antes de tratar da organização e da gestão no SUS, faremos algumas breves considerações sobre o lugar da medicina na teoria da diferenciação funcional da sociedade. O subsistema da medicina – como Luhmann o denomina – monopoliza a função de curar doentes. Nem decisões jurídicas, nem o pagamento de dinheiro podem cumprir esta função (VOGD, 2005, p. 237). E mesmo aqueles que veem a fé como uma alternativa costumam fazê-lo depois que buscarem sem sucesso a medicina. Como prática social diferenciada, a medicina constrói os elementos de que precisa para se reproduzir: diagnosticando doenças e atribuindo um papel social específico a seu público, complementar ao papel de quem diagnostica e trata a enfermidade: o papel do indivíduo doente, que demanda um ciclo de diagnósticos e terapias. Vale notar que o mesmo indivíduo concreto percebido a partir da perspectiva da doença na medicina é, por exemplo, percebido como um dano do ponto de vista econômico. Ou seja, o papel de doente não é um atributo ontológico do indivíduo, mas sim uma realidade construída pela perspectiva funcional da medicina.

Como ressaltado anteriormente, a perspectiva funcional da medicina existe com base no código binário doente/curado. O que diferencia a ação medicinal de todas as outras práticas sociais é precisamente o fato de que ela está sempre orientada por esta diferença entre dois valores autoexcludentes e totalizadores (o código binário) em sua esfera específica de realidade: só existe ação medicinal quando se pode diferenciar entre os estados de doente e curado. No entanto, há um segundo aspecto que distingue a medicina da maioria dos sistemas funcionais da sociedade. Enquanto que para a maioria desses sistemas o valor que induz as operações sistêmicas coincide com o valor socialmente percebido como positivo – a ciência se orienta por hipóteses que prometem buscar a verdade; o direito pretende instaurar a licitude e não a ilicitude –, a medicina produz suas práticas com base no valor socialmente percebido como negativo: apenas a doença é capaz de gerar ação medicinal (LUHMANN, 1990). O que leva à diferenciação desse subsistema funcional é o tratamento de doentes e não o tratamento de saudáveis. O sistema busca as doenças, enquanto a saúde aparece apenas como o valor que indica a inexistência de doenças. Assim, as pretensões, articuladas pela semântica da “salutogênese”, de fazer da prevenção e da promoção da saúde o centro do sistema de saúde são incompatíveis com a função do sistema ou só compatível quando a prevenção permite o diagnóstico e o tratamento precoce de doenças, muitas vezes o *diagnóstico e o tratamento do risco de desenvolvimento de doenças* ainda não instaladas.

A função do sistema da medicina não se deixa determinar por critérios de verdade como a comprovação científica da eficácia dos tratamentos. Como sistema funcional autônomo, a medicina se orienta primariamente pela obrigação/necessidade de oferecer diagnóstico e terapia em caso de doença. A dificuldade de assegurar o êxito da ação medicinal e de controlar cientificamente a cura – caso ocorra a cura – pela manipulação de fatores especificáveis não isenta o profissional da medicina desta obrigação/necessidade. Assim como as verdades científicas – apesar de semântica da “Medicina Baseada em Evidências” – não são capazes de coordenar o trabalho da medicina, também não o são os programas de metas induzidos pelo sistema político e presentes na autodescrição das organizações de saúde dependentes da política. O trabalho da medicina – enquanto prática social definidora desse sistema

funcional – só se deixa coordenar por programas organizacionais construídos especificamente para essa prática. Organizações como hospitais, que privilegiam o código binário da medicina na construção de sua referência valorativa e de seus objetivos organizacionais, se reproduzem por meio do encadeamento recursivo de decisões e utilizam o esquema diagnóstico/terapia como programa organizacional fundamental para estruturar a ação medicinal. Isso significa que coordenam o trabalho medicinal realizado pelos seus integrantes primordialmente através de programas condicionais, negligenciando, no contexto da ação medicinal em si, os programas de metas. Especialmente porque são confrontadas permanentemente com o fracasso de suas práticas terapêuticas, sobretudo em razão de doenças incuráveis e da falta de controle sobre as práticas de outras organizações das quais depende o “produto final” da ação medicinal, essas organizações se voltam para programas condicionais, vinculando os critérios de atribuição de êxito no trabalho às rotinas de diagnóstico e à realização de tratamento e não ao resultado final do tratamento (VOGD, 2005, p. 239). Por exemplo, a questão de se o tratamento quimioterápico realmente trará a cura, ou pelo menos um ganho em qualidade e tempo de vida, é de interesse secundário para as práticas sociais da organização hospital. O mais importante é poder oferecer uma terapia para a doença.

Neste artigo, importa considerar que o problema da gestão do trabalho no sistema da medicina não pode ser investigado sem levar em conta que este tipo de trabalho só se deixa coordenar diretamente por meio de programas condicionais do tipo diagnóstico/terapia. Isso nos remete ao problema da autonomia da ação medicinal diante dos outros programas e premissas de decisão vigentes nas organizações da saúde. No pós-Segunda Guerra, países desenvolvidos do Ocidente testemunharam uma cisão importante na forma de se conceber os programas que coordenam a ação medicinal, sobretudo no que tange a autonomia da ação profissional dentro da organização.

Nos anos de 1950, a medicina era vista por analogia à arte e, mesmo levando em conta o saber científico, a intuição profissional e a autonomia de decisão do médico eram altamente valorizadas, sobretudo quando comparadas com a medicina cientificamente padronizada do Nazismo e do Stalinismo (BERG, 1995, p. 444). No começo dos anos de 1960, surge um discurso de desvalorização da diversidade das formas

de ação medicinal e, na década seguinte, o tema da “unificação científica da medicina” assume grande relevância. Nos anos de 1980, a autonomia do médico é interpretada como “selvageria não científica”, como traço de uma prática destituída de racionalidade científica tanto em sua realização como em sua gestão. E, finalmente, nos anos de 1990, surge a chamada “Evidence Based Medicine” (EBM) com a pretensão de coordenar a prática medicinal a partir de “evidências externas” produzidas em estudos cientificamente controlados e, com isso, racionalizar cientificamente o trabalho em saúde. Este discurso, buscando influenciar tanto a prática clínica como a política de saúde em diversos países, prescreve a substituição da autonomia do médico por procedimentos organizacionais impessoais como forma de coordenação do trabalho em saúde. A competência decisória (e logo de poder coordenador e capacidade de gestão) não é mais atribuída ao médico individual. A insegurança da ação medicinal é, agora, absorvida pela própria organização com seus procedimentos impessoais e padronizados baseados em critérios científicos.

Do ponto de vista de sua função de *coordenação para a organização*, tanto a intuição médica como a medicina cientificamente padronizada se apresentam como soluções alternativas para um mesmo problema: o problema de orientar, coordenar e, portanto, gerir decisões sobre diagnóstico e terapia em organizações da saúde. Esquemáticamente, pode-se afirmar que, no curso evolutivo do subsistema funcional da medicina, o fundamento que coordena a ação medicinal sofreu o seguinte deslocamento: primeiro se deslocou das crenças mágicas para o papel do profissional, e depois do papel do profissional para o papel da própria organização com seus procedimentos de gestão impessoais. Nesse sentido, Rudolf Stichweh (1996, p. 50) afirma que a evolução das organizações na sociedade funcionalmente diferenciada traz consigo a crescente perda de significado das profissões.

No entanto, neste artigo cabe relativizar (sem descartar) essa descrição evolutiva. Para compreender a relação entre gestão e trabalho em organizações do sistema de saúde brasileiro parece ser mais conveniente, ao invés de postular uma sucessão no tempo de formas de gestão, considerar a hipótese de que elas possam coexistir em uma mesma época, eventualmente disputando a hegemonia da coordenação das ações medicinais. Pois se, por um lado, as *organizações da saúde* têm

procurado adotar métodos de gestão oriundos da economia e legitimados por critérios científicos (VOGD, 2005, p. 245), como controle de qualidade, “evidence based medicine” e outras formas de construir a confiabilidade e a “imagem” organizacional, os profissionais da saúde têm, por outro lado, todas as condições de, *na interação com os pacientes*, agir na contramão dos objetivos formais e da gestão oficial da organização. Em geral, o que acontece nessas interações é sempre alguma tentativa de compromisso entre a perspectiva funcional, tal como entendida pelo profissional, e as exigências organizacionais. Assim, mesmo os médicos que acreditam trabalhar com base em evidências científicas parecem não importar os critérios científicos para sua prática clínica (SIERING et al., 2001).

Algo semelhante acontece em relação aos programas estabelecidos pela política. O sistema da medicina distancia-se desses programas, interpretando-os de acordo com seus próprios critérios e programas condicionais, adotando, em geral, uma estratégia de agir *como se* estivesse cumprindo os programas políticos (VOGD, 2002). Enquanto a política, seja diretamente por meio da própria administração pública, seja indiretamente por meio da nova elite de gerentes, com seu discurso de racionalização científica e econômica do trabalho em saúde, retira o controle da avaliação do trabalho medicinal das mãos dos próprios profissionais, a crescente complexidade interna do sistema da medicina, com organizações e disciplinas cada vez mais especializadas, torna a condução política do “produto final” da ação medicinal impraticável.

Desse modo, os programas de metas formulados pela política muito dificilmente conseguem se impor e estruturar as relações de interdependência entre as unidades organizacionais do sistema. O fracasso na cooperação entre essas unidades, como no caso da cooperação entre as unidades dos distintos níveis de complexidade do SUS, torna-se problema recorrente. E cada organização tende a atribuir esse problema a seu entorno, ou seja, às outras organizações do sistema, sobretudo ao próprio Estado, para o qual, no entanto, o problema é sempre uma chance de preparar novos programas de metas e produzir novas decisões coletivamente vinculantes. No entanto, os programas políticos acabam tendo efeitos significativos sobre as condições de funcionamento do sistema da medicina, embora não se possa esperar, como os estudos sobre implementação de políticas públicas

demonstram, que esses efeitos possam ser conduzidos de forma trivial pela ação política.

Assim como a ciência e a política, o direito também produz injunções que disputam a gestão de organizações de saúde, gerando com isso uma direcionalidade para as práticas de diagnóstico e tratamento que entram, ou podem entrar, em conflito com outras formas de gestão que também pretendem estruturar as práticas organizacionais envolvidas com o sistema de saúde. É o que se tem chamado de “judicialização das políticas de saúde” (MENICUCCI, 2010). Em outras palavras, significa que recorrer às instâncias judiciais passou a ser interpretado como uma forma de “garantia dos direitos à saúde”. Contudo, o uso de tal procedimento adiciona outro complicador aos gestores do sistema, que se veem obrigados a responder a essas demandas.

A intervenção do judiciário na política não representa, por si mesma, judicialização. Ao contrário, a relevância do direito para o poder político é fator decisivo no processo de autonomização do sistema político em relação às forças e pressões sociais do seu entorno. É somente na medida em que decisões políticas tornam-se cada vez mais submetidas às exigências de garantir direitos fundamentais e procedimentos consagrados na Constituição que a política vai se desacoplando de injunções particularistas, oriundas de grupos sociais específicos, e abrindo-se à inclusão de interesses e aspirações de um público mais variado de indivíduos.

Esta *constitucionalização do poder* é condição necessária da democracia e da ampliação (para mais setores da sociedade) e aprofundamento (envolvendo mais categorias de direitos) da cidadania. A partir da constituição, e, sobretudo com o desenvolvimento de normas que ampliam o leque de comprometimentos com direitos concretamente definidos, a política fica obrigada a executar políticas públicas com as quais se compromete por meio do processo de legislativo.

O processo de “judicialização das políticas públicas” extrapola o nível do comprometimento jurídico do Estado com decisões políticas formuladas na própria arena política: ao invés de apenas exigir o cumprimento de políticas já formuladas pelos governantes democrática e constitucionalmente constituídos, as decisões jurídicas passam a exigir, na prática, uma efetiva reconfiguração das prioridades orçamentárias, reformulando, assim, as próprias diretrizes da ação do poder público.

O exemplo emblemático é mesmo o da saúde. Como demonstram Menicucci e Machado (2010), para o caso do município de Belo Horizonte (MG), a busca individual pela garantia de financiamento público para determinados tratamentos (medicamentos, equipamentos etc.) que o Sistema Único de Saúde não se compromete a assegurar por meio de suas políticas, gera impactos orçamentários que representam uma efetiva modificação das prioridades do sistema.

O respeito à autonomia do sistema político exigiria, por parte do sistema jurídico, que, no caso de decidir pela criação de uma nova política ou prioridade no setor de saúde, ele se atesse à exigência do mínimo constitucional (BASTOS; SANTO; TERRA, 2013). Mas as decisões têm ido muito além desse mínimo, representando uma efetiva intromissão da justiça na criação de políticas públicas. Desse modo, a “judicialização da saúde” concorre com os imperativos da gestão pública na seleção de premissas que vão orientar o funcionamento de organizações da saúde, por exemplo, reforçando uma lógica de concentração do acesso a serviços de saúde nas mãos dos que já possuem acesso privilegiado à justiça e indo, com isso, na contramão das normas universalistas do SUS.

Outro exemplo ilustrativo de nossa tese teórica – que podemos resumir sempre com a seguinte fórmula: a gestão pública das organizações da saúde está imersa em um contexto de disputa com outras formas de gestão – é o que podemos chamar de “colonização da gestão pública pela gestão privada da saúde”. Trata-se aqui do processo pelo qual as normas universalistas do SUS vão sendo, na prática, substituídas pela assimetria entre “pagante” e “não pagante” (ou “SUS-dependente”), gerada no setor privado. Ainda que, constitucionalmente, o setor privado tenha sido concebido como complementar em relação ao setor público, na prática, ele tem sido identificado e tratado (inclusive pelo Estado) como o mais adequado para garantir o acesso ao que há de mais exigente em termos de diagnóstico e tratamento.

Nesse sentido, a relação com o Estado ocorre por meio de transferência de recursos do setor público para o setor privado, pela renúncia fiscal, uma vez que são concedidos incentivos tributários aos usuários, por meio da isenção de parte do Imposto de Renda quando da contratação de planos privados de prestação de serviços de saúde, quer eles sejam pagos individualmente pelos usuários ou através de empresas

que concedem esse benefício aos seus empregados. Os incentivos tributários para estimular a rede de saúde privada representam uma tentativa de aliviar o papel do Estado como prestador de serviços e respondem a aproximadamente 1/4 do orçamento destinado à saúde pública (OCKÉ-REIS, 2013).

Essa política é amplamente regressiva, posto que tende a beneficiar os segmentos mais privilegiados da população que, na prática, seriam os que pagam, proporcionalmente, mais imposto. O subsídio concedido representa uma redução na arrecadação da União e, conseqüentemente, a perda da capacidade de usar tais recursos com políticas redistributivas (MÉDICI, 1995).

Todas essas formas de relações estabelecidas entre o sistema privado de saúde e o público mostram o caráter desigual dessa convivência, dado o acesso aos recursos públicos ou por isenções tributárias, reforçando o caráter *rent seeking* existente na relação entre o público e o privado. A dualidade do sistema de saúde ressalta a complexidade das relações entre esses dois subsistemas em um cenário no qual as relações intergovernamentais não são transparentes e as instituições de controle e fiscalização dos recursos públicos não dão conta dessa complexidade setorial.

Nesse processo de “colonização da gestão pública pela gestão privada,” o Estado não desempenha um papel meramente passivo; ao contrário, pressionado pela falta de consenso político em favor do fortalecimento do setor público e pela crescente legitimidade do setor privado, o Estado tem atuado como um verdadeiro organizador do mercado de seguros privados,

[...] o que contribui para o enfraquecimento da proposta do SUS, de caráter publicista e universalista, e para o fortalecimento da segmentação de clientela, reforçando a perspectiva de que ao sistema público cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho (MENICUCCI, 2008, p. 1.403).

Também, nesse caso, se verifica que a gestão pública não opera no vazio. Suas diretrizes constitucionais são deslocadas por condicionantes mais particularistas (como a renda, ou o acesso

privilegiado a planos coletivos por meio da inserção no mercado formal de trabalho) em relação à norma de que a condição de cidadão deve ser o principal critério de acesso. A gestão privada, por meio do poder informal de *lobbies*, mas também por meio de consensos construídos na esfera pública, é, talvez, a forma de gestão que mais disputa com as premissas da gestão pública na seleção de estruturas que vão orientar o funcionamento das organizações da saúde, sobretudo no que tange às questões de inclusão e exclusão.

Para analisar as práticas de gestão do SUS é, em resumo, necessário partir do pressuposto de que nem a sociedade nem seu sistema de saúde podem ser administrados a partir de um único centro gestor. Por um lado, a sociedade é diferenciada em subsistemas funcionais que não se deixam gerir unicamente pela política – pensada por muitos, de modo ingênuo, como o centro da sociedade –, embora a gestão política (gestão pública) possa influenciar as organizações de saúde. Por outro lado, o próprio sistema de saúde é “disputado” por uma variedade de formas de gestão – profissional, científica, econômica, política, coordenação por meio de redes de contatos, por cultura organizacional –, ou seja, de soluções alternativas para o problema da coordenação do trabalho medicinal, sendo, portanto, objeto de processos multicêntricos de gestão (VOGD, 2005, p. 247).

Nesse sentido, o problema da não realização dos programas formulados para cumprir as exigências normativas do SUS é um problema que surge nas operações do sistema político em suas decisões visando a (re)estruturar e a (re)organizar o sistema de saúde e não um problema oriundo da própria medicina. O problema só se coloca na medida em que a política cria a expectativa/tenta instituir uma forma de gestão (pública) das organizações de saúde que almeja modificar tanto os critérios de acesso ao sistema como a própria natureza da ação medicinal. Por um lado, trata-se de garantir o acesso de todos os cidadãos às unidades de saúde em todos os níveis (baixa, média e alta) de complexidade, dissolvendo a oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional e assim retirando do “mercado” a primazia de definir os critérios de inclusão (FEUERWERKER, 2005, p. 491). Por outro lado, trata-se também de alterar a concepção hegemônica do trabalho em saúde, fomentando a participação do usuário, valorizando o papel dos profissionais “não

médicos” e priorizando o serviço de atenção primária e prevenção em relação aos serviços de alta complexidade.

A não realização destas duas pretensões normativas ocupa lugar de destaque nos diagnósticos sobre o SUS. Para Feuerwerker (2005, p. 497-498) existem dois fatores principais responsáveis pelo Estado não assegurar o acesso universal ao sistema: 1) a fragilidade político-administrativa dos municípios em formular, financiar, implementar e gerir as políticas de saúde, resultado tanto do centralismo financeiro e político do Ministério da Saúde como da precariedade técnica da gestão pública municipal; e 2) o predomínio do modelo privatista e mercadológico na formação dos profissionais da área, de modo que aqueles que vão desempenhar os papéis organizacionais do SUS incorporam expectativas divergentes daquelas estabelecidas pelas normas constitucionais que oficialmente deveriam reger o sistema. No que se refere às dificuldades de alterar a natureza da ação medicinal, a autora aponta a resistência do “setor” clínico do sistema em responder às injunções por mudanças e a política de alocação de recursos que privilegia o nível de alta complexidade como as principais causas. Por um lado, há uma cisão entre epidemiologia e clínica responsável por restringir o sucesso da reforma das práticas ao campo epidemiológico:

A contraposição entre epidemiologia e clínica está por trás da opção por investir na atenção básica para reorganizar as práticas de saúde. A atenção básica seria o mundo das práticas coletivas, portanto mais favorável às inovações programáticas e paradigmáticas, e os demais segmentos do sistema seriam o mundo da clínica, subjugado por conceitos e práticas hegemônicas de saúde (FEUERWERKER, 2005, p. 496).

Por outro lado,

[...] não se propuseram políticas ou iniciativas significativas para reconfigurar as práticas de saúde na atenção especializada e nos hospitais (no máximo trabalhou-se pela humanização desses serviços, particularmente dos hospitais) que, portanto, continuam efetivamente operando na lógica hegemônica. (FEUERWERKER, 2005, p. 496).

A própria lógica de distribuição de recursos, que privilegia a atenção terciária, de alta complexidade e investimentos tecnológicos, reforçaria essa cisão, contribuindo para que as práticas hegemônicas continuem a dominar o setor clínico. No entanto, visto de uma perspectiva sociológica, o problema se coloca de outro modo. O chamado setor clínico, centrado na concepção biológica e tradicional da doença, é aquele que desempenha a prática social constitutiva do sistema da medicina: o diagnóstico e o tratamento de doenças, para o que a identificação dessas últimas é elemento indispensável.

Já o setor de atenção primária, centrado na prevenção, somente é funcional para a medicina quando serve para identificar prematuramente enfermidades ou algum potencial de enfermidade capaz de demandar diagnóstico e tratamento. O problema decorre da tentativa de alterar politicamente o modo de operação do sistema funcional da medicina, já que esse sistema, centrado na identificação de doenças, opera justamente na contramão das políticas que buscam priorizar a prevenção em detrimento da atividade clínica de diagnosticar e oferecer tratamento. Não é um problema de falta de gestão; é um problema de conflito de gestão: o conflito entre a gestão política e a gestão medicinal no arranjo organizacional da saúde.

Além disso, como Feuerwerker também ressalta, a coordenação do trabalho em saúde não pode ser concebida de modo “trivial”, como se o trabalho em saúde pudesse ser completamente gerido pelas normas e programas oficiais:

O trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática. Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador e cada usuário tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (FEUERWERKER, 2005, p. 501).

O cotidiano do trabalho em saúde seria, por isso, o lugar de encontro (e confronto) entre normas e papéis institucionais e as

expectativas “privadas” e informais de cada trabalhador – o que a sociologia das organizações chama de “cultura organizacional”, “apesar de haver uma direção, os gestores, a quem formalmente cabe governar” (FEUERWERKER, 2005). Todo ator em situação de governo se depara com outros atores que disputam com ele a direcionalidade da ação. Ou seja, a gestão pública não opera no vazio, pois toda tentativa de aumentar a governabilidade do gestor é sempre uma tentativa de ampliar os controles sobre a gestão informal dos profissionais e diminuir seu poder de coordenação sobre o trabalho em saúde.

Um interessante caminho para ilustrar empiricamente os conflitos entre diferentes formas de gestão parece ser o tema da atribuição de resolutividade pelos trabalhadores e gestores das organizações de saúde. A resolutividade é um princípio normativo do SUS que busca coordenar o trabalho em saúde no sentido de realizar as ações medicinais previstas para o nível de complexidade de cada unidade do sistema. As unidades são hierarquizadas em três níveis de complexidade. O nível primário é qualificado para as ações de prevenção comunitária e coletiva. Os casos que não puderem ser resolvidos neste nível são encaminhados para o nível secundário, onde se realizam as atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (MARQUES et al., 2012).

Já os casos mais complexos são destinados ao nível terciário, qualificado para atendimento ambulatorial, internação e urgência. O princípio da resolutividade é a exigência de que, quando um indivíduo busca atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, a unidade correspondente esteja capacitada para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua complexidade. Ou seja, a resolutividade não pode ser entendida fora do modelo hierarquizado por níveis de complexidade que estrutura o SUS. Para ser considerada resolutiva, a unidade de saúde deve ser capaz de atender às demandas e encaminhar os casos que necessitem de atendimento mais especializado para os outros níveis.

No entanto, a definição do que seja, na prática, um atendimento resolutivo parece envolver conflitos de significados e de atribuições das causas dos problemas de não resolutividade. Em estudo qualitativo

realizado em Belo Horizonte (MG) (Marques et al., 2012), verificou-se um conflito entre a perspectiva dos gestores e a perspectiva dos trabalhadores de diferentes unidades de saúde (UBS, UPAs etc.) sobre o tema. Na visão dos trabalhadores, o atendimento é resolutivo mesmo quando se encaminha o usuário para uma unidade de maior complexidade, caso as modalidades de diagnóstico e tratamento previstas para aquela unidade já não sejam suficientes para tratar do caso. O resultado final do caso, incluindo o retorno do paciente à unidade de menor complexidade com diagnósticos realizados em unidades de maior complexidade, é de interesse secundário nessa concepção da resolutividade. A não resolutividade é atribuída ao entorno, seja ao sistema de Referência e Contrarreferência (que deveria reger a interdependência entre os níveis de complexidade), que não funciona, seja aos usuários que não “entendem” ou não “respeitam” o foco da referida unidade.

O Sistema de Referência e Contrarreferência é a relação entre o encaminhamento (Referência) de pacientes de uma unidade de complexidade inferior para uma unidade de complexidade superior e o (re)encaminhamento (Contrarreferência) desses pacientes (uma vez satisfeita a necessidade pelo atendimento de maior complexidade) à unidade menos complexa a fim de dar prosseguimento ao tratamento. Assim, mesmo que o atendimento básico garanta, inicialmente, o acesso ao serviço de saúde, a integralidade desse serviço e, assim, a capacidade da unidade básica em prosseguir com o ciclo de diagnóstico e tratamento (resolutividade) são estruturalmente prejudicadas caso o paciente encaminhado não retorne com os exames necessários para concluir o diagnóstico. O problema decorre, portanto, de uma tensão entre princípios normativos do SUS e a ausência dos pressupostos organizacionais para a concretização desses princípios.

Elemento decisivo neste arranjo organizacional é precisamente o Sistema de Referência e Contrarreferência enquanto mecanismo que estrutura a interdependência entre as organizações dos distintos níveis de complexidade do SUS: dele depende o desempenho de cada unidade do sistema global, ou seja, sua capacidade de concluir ciclos de diagnósticos e terapias (resolutividade).

Só para dar um exemplo recorrente na literatura (FEUERWERKER, 2005), a integralidade no acesso à saúde (o acesso

a todos os níveis de complexidade necessários para iniciar e concluir um ciclo de diagnóstico e terapia) é dificultada frequentemente pela má qualidade do Sistema de Referência e Contrarreferência que deveria fazer funcionar as relações de interdependência entre as diferentes unidades dos três níveis de complexidade do sistema.

Já na visão dos gestores, a resolutividade não pode ser separada da produtividade e, principalmente, da satisfação do usuário que, em geral, quer ver seu caso resolvido em uma única unidade de saúde: “na visão dos gerentes, para ser resolutivo um serviço precisa encaminhar pouco e ser capaz de corresponder às expectativas dos usuários” (MARQUES et al., 2012, p. 825).

De algum modo, ambos, trabalhadores e gestores, parecem tentar dar conta de um mesmo problema: ver o desempenho de “sua” unidade classificado como resolutivo, correspondendo assim às expectativas normativas formuladas pelo SUS. A diferença parece ser a seguinte: enquanto os profissionais se apegam à divisão entre níveis de complexidade para defender a resolutividade de suas competências, colocando a autonomia profissional em primeiro plano como uma categoria de coordenação do trabalho e “devolvendo” o problema da integração das redes de saúde para o entorno, o gestor formal está preocupado em controlar os efeitos que os serviços de saúde podem ter na visão que o público vai construir sobre a organização e seu gestor, ainda que isso represente passar por cima dos procedimentos defendidos pela profissão médica. Temos aqui boas pistas de um conflito entre diferentes formas de gestão em organizações da saúde, vinculadas à diferenciação funcional da sociedade: uma gestão profissional vinculada à própria medicina e outra vinculada ao sistema político. Uma preocupada com os programas condicionais de cada unidade e outra com os programas de metas e com a prestação de contas ao público politicamente relevante.

5 Considerações finais

Neste artigo, tentamos desenvolver uma abordagem teórica sobre a gestão de políticas públicas apoiada na teoria da diferenciação funcional da sociedade. O objetivo principal foi estabelecer um diálogo entre a análise da gestão de políticas públicas e a sociologia das organizações.

Partindo da concepção de que a sociedade moderna é diferenciada em subsistemas funcionais, concebemos a gestão pública como uma forma específica – entre outras – de seleção de estruturas (premissas decisórias) com o objetivo de orientar o funcionamento das organizações responsáveis pela realização de políticas públicas. A questão fundamental é que essa forma específica de seleção de estruturas vincula-se, primariamente, à dinâmica do sistema político e não representa a exportação direta de padrões de conduta para as organizações da saúde. Isto porque estas organizações funcionam como sistemas sociais autopoieticos, sendo autônomas no que tange à seleção interna de estruturas. Sistemas sociais são “máquinas não triviais”: reagem a estímulos do ambiente levando em conta seu estado atual e sua história, gerando assim um grau significativo de imprevisibilidade para toda tentativa de condução externa de suas operações. A rigor, os estímulos externos são selecionados e reconstruídos pelas operações próprias de cada sistema social.

Nesse sentido, a abordagem teórica aqui desenvolvida nos obriga a conceber a gestão pública de forma igualmente “não trivial”. Ou seja, não mais como determinação externa – por parte da política – das premissas decisórias que vão orientar o funcionamento de sistemas sociais. O ensinamento mais importante dos estudos sobre implementação de políticas públicas – os quais buscamos seguir neste nosso trabalho – é justamente o de que os sistemas sociais responsáveis pela implementação não se deixam governar, de forma direta e sem mediações, pelas decisões construídas externamente. Nesse sentido, uma concepção “não trivial” da gestão pública, coerente com nossas hipóteses teóricas e com os achados empíricos dos estudos de implementação, deve partir da imprevisibilidade que é constitutiva de toda tentativa de um sistema social de conduzir o funcionamento de outro sistema social. Portanto, problemas como “déficit de implementação” e outras formas de percepção de consequências não planejadas da ação administrativa não devem ser concebidos como deformações daquilo que seria, por contraste, o funcionamento normal da gestão pública. Em nossa concepção, esses problemas devem ser concebidos como aspectos constitutivos da gestão pública, pois esta é sempre confrontada com fracassos, com a contingência dos casos bem sucedidos e mal-sucedidos, os quais podem ser tomados como

tema de auto-observação (avaliação de políticas). Nesse contexto, é necessário que o sistema político seja observado (inclusive enquanto auto-observação) em suas relações de interdependência com os sistemas sociais de seu entorno, os quais, não raro, disputam com ele a prerrogativa de selecionar premissas para orientar o funcionamento das organizações responsáveis pela realização de políticas públicas. Tentamos ilustrar essa abordagem teórica com uma análise preliminar do SUS.

O caminho para a concretização do acesso universal à saúde é pensado como dependendo de uma série de diretrizes organizacionais referentes à formulação, à implementação e à avaliação de políticas públicas: descentralização, integralidade e participação da comunidade (CF, 1988). Traço comum a todo diagnóstico da não realização desse acesso universal é apontar a insuficiente institucionalização das diretrizes organizacionais estabelecidas pela carta constitucional como uma das principais razões do problema.

Apesar das iniciativas para a implantação de um sistema público de saúde nos moldes estabelecidos pela Constituição de 1988, ainda persistem deformações graves em todo o processo, sendo exemplos: a má utilização dos recursos públicos destinados à saúde, em todas as esferas de governo e níveis de prestação de serviços; centralização das funções governamentais, marcadas por mecanismos clientelistas; um modelo de atenção centrado na medicina curativa e hospitalocêntrica; oferta deficitária dos serviços de saúde; controles precários dos repasses e da distribuição interna dos recursos aos prestadores de serviços, dentre outras deformações que estariam contribuindo para a baixa credibilidade operacional do sistema público de saúde do país, mas, que desembocam na opacidade da gestão desta política e na condução política das ações dos diversos subsistemas de saúde.

Já dizia Weber: (1998, p. 98) “quem faz política busca o poder”. A importância política do valor da saúde decorre então de seu potencial em gerar consenso, decisão coletivamente vinculante e chances de poder. Ou seja, na prática, o problema é o de direcionar politicamente as operações do sistema de saúde (o mais correto talvez fosse o “sistema da doença”) a fim de favorecer a inclusão dos indivíduos nas unidades responsáveis por realizar a prática do diagnóstico e da terapia em todos os níveis de complexidade do sistema. Para isso, a política induz a

criação de relações interorganizacionais formalmente definidas por relações de interdependência entre as operações de cada uma das unidades de atendimento aos cidadãos-usuários.

Em parte, o problema decorre da difícil relação de interdependência entre sistemas sociais envolvidos com suas próprias práticas. De um lado, temos o sistema político, no qual atores individuais e coletivos agem em função de construir decisões coletivamente vinculantes que garantam o acesso ou a manutenção de posições de poder. Nesse sistema, os objetivos programáticos do SUS representam, sobretudo, chances de construir consensos e produzir decisões capazes de assegurar o poder.

O problema torna-se ainda mais complexo quando se leva em conta que as organizações do sistema de saúde não estão vinculadas apenas a esse sistema. Além da política, outros subsistemas funcionais atuam ou podem atuar como elementos relevantes do ambiente das organizações da saúde, produzindo injunções que, ao lado das políticas públicas, também vão influenciar ou buscar influenciar o trabalho de diagnóstico e terapia: a economia por meio do financiamento, da indústria farmacêutica e da prescrição de técnicas de gestão fundadas em critérios de eficiência econômica, o direito por meio de decisões que obrigam o Estado a custear determinados tratamentos, a ciência por meio de “métodos objetivos” destinados a padronizar o trabalho dos profissionais da saúde (“Medicina Baseada em Evidências”), entre outros. Além disso, outro elemento indispensável em uma análise aprofundada sobre as formas de gestão que disputam a direcionalidade das práticas organizacionais do sistema de saúde seriam as agências regulatórias, no caso do Brasil, a Agência Nacional de Saúde (ANS) e Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA). As agências podem, entre outras coisas, ser analisadas como arena decisiva, na qual são travadas as disputas pela gestão da saúde. Para encerrar, cabe ressaltar que as hipóteses teóricas aqui desenvolvidas não se limitam à gestão de políticas públicas na área da saúde, podendo ser adaptadas e aplicadas em outras áreas (como a educação, a política agrícola, a produção cultural, entre outras).

FOR A SYSTEMIC SOCIOLOGY OF MANAGEMENT OF PUBLIC POLICY

Abstract: The article is mainly theoretical nature and advocates dialogue between sociology and analysis of public policy management. The central argument is that a broader understanding of the management of public policies requires a theory of society capable of foregrounding the relations between the different subsystems of society in the formulation and implementation of public policy process. The chosen theory of society is the theory of functional differentiation of the German sociologist Niklas Luhmann. The main thesis is that the dilemmas of public management in the face of the difficulties of conducting the process of implementing public policies can be better understood if one part of a theory of society that posits a large set of forms of management, in accordance with the multiplicity of evaluative references introduced by the differentiation of society. In this context, public management is a means – among others – to structure social action organizations and organizational complexes of which directly depends on the chain formulation – implementation of public policy. As an empirical illustration of the theoretical thesis, we present a brief analysis of the Unified Health System (SUS).

Keywords: Functional differentiation. Management of public policies. Sociology of organizations. Health system.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo, Cortez, 1998.

BASTOS, T.; SANTO, L. C. do E.; TERRA, A. D. G. Judicialização da saúde pública à luz da teoria luhmanniana: meios para balizar a atuação do poder judiciário em políticas públicas da saúde. In: *II Coninter*. Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades. Belo Horizonte, out. 2013.

BERG, Marc. Turning a practice into science: reconceptualizing postwar medical practice. *Social Studies of Science*, v. 25, p. 437-476, 1995.

- BIRKLAND, T. *An Introduction to the policy process: theories, concepts and models of public policy making*. New York: M. E. Sharp, 2001.
- BLAU, P. M. O estudo comparativo das organizações. In: CAMPOS, E (Org.). *Sociologia da Burocracia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976, p. 111-135.
- BURNHAM, J. *Das Regime der Manager*. Stuttgart: Union Deutsche Verlagsgesellschaft. 1959.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-66.
- CONSTITUIÇÃO da república federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 set. 2012.
- DEUTSCHMANN, C. Die mythenspirale. Eine wissenssoziologische interpretation industrieller rationalisierung. In: *Soziale Welt*, v. 47, 1997, p. 55-70.
- DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 4, p. 615-627, 2012.
- FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.
- GADAMER, H. G. Rethorik, hermeneutik und ideologiekritik. Metakritischeeröretungen zu “wahrheit und methode. In: APEL, K. et al”. *Hermeneutik und ideologiekritik*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1971.
- GOUDNER, A. *Patterns of industrial bureaucracy*. Gencloe: Free Press, 1954, p. 22-24.
- HUDSON, J.; LOWE, S. *Understanding the Policy Process: analyzing welfare policy and practice*. Bristol: The Policy Press, 2004.
- LITWAK, E. Models of bureaucracy with permit conflict. In: *American Journal of Sociology*, v. 67, p. 177-184, 1962.
- LOHR, K; NICKEL, H. *Subjetivierung der Arbeit*. Riskante Chancen. Münster: Westfälisches Dampfboot, 2005.
- LUHMANN, N. *Beobachtung der Moderne*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1992.
- _____. Der medizinische Code. In: _____. *Soziologische aufklärung*. 5. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990, p. 183-195.
- _____. *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Band 1 & 2. Suhrkamp: Frankfurt a. M., 1997.

_____. Funktion und kausalität. In: _____. *Soziologische aufklärung aufsätze zur theorie sozialer systeme*. v. 1, Opladen: Westdeutscher Verlag, 1974, p. 9-30.

_____. *Ökologische Kommunikation*. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdung einstellen? Opladen: Westdeutscher Verlag, 1988.

_____. *Organisation und entscheidung*. Westdeutscher Verlag, Opladen, 2000.

_____; SCHORR, K. E. *Zwischen technologie und selbstreferenz*. Fragen an die pädagogik. Frankfurt a, M.: Suhrkamp, 1982.

LUHMANN, N. Selbstorganisation und mikrodiversität: zur wissensoziologie des neuzeitlichen individualismus. In: *Soziale Systeme*, v. 3. n. 1, p. 23-32. 1997b.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família: novos rumos para a política de saúde e de financiamento? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 403-15, 2003.

MARQUES, L. M. F.; PENNA, C. M. M.; TANURRE, M. C.; TORRES, L. M. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, set./out. 2012; v. 65, n. 5, p. 822-828.

MÉDICI, A. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S.; VIANNA, S. (Org.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995.

MENICUCCI, T.; MACHADO, J. Judicialization of health policy in the definition of access to public goods: Individual Rights versus Collective Rights. In: *Revista Brasileira de Ciência Política*, v. 4, n. 1, p. 33-68, 2010.

MENICUCCI, T. Relação Público-privado no sistema de saúde brasileiro. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1400-1403, 2008.

NASSEHI, A. Die theorie funktionaler differenzierung im horizont ihrer kritik. In: *Zeitschrift für Soziologie*, v. 33, h. 2, p. 98-118, 2004.

OCKÉ-REIS, C. *Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde – 2003-2011*. Brasília: Nota Técnica IPEA, n. 5, 2013.

PARSONS, T. "Introduction" a *Theory of Social and Economic Organization (Max Weber)*. New York: Free Press, p. 58-60, 1964.

PERROW, C. A society of organizations. *Theory & Society*, v. 20, p. 725-762, 1991.

PEETZ, T.; LOHR, K.; HILBRICH, R. Management, organisation, struktur. Theoretische überlegungen und empirische ergebnisse zur transformation des managements von bildungsorganisationen. In: *Historical Social Research*, 1, v. 36, p. 199-229, 2011.

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland: or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes. University of California Press. Disponível em: <<http://userwww.sfsu.edu/~ccole/documents/Implementation%20paper.pdf>>. Acesso em: maio 2014.

SCHNEIDER, W. L. Systemtheorie, hermeneutische tradition und die theoriesozialer differenzierung. In: RENÉ, J.; HENKEL, A.; RÜCKERT-JOHN, J. (Org.). *Die Methodologien des Systems*. Wie kommt man zum Fall und wie dahinter? Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, p. 203-224, 2010.

SCHREYÖGG, G. Der Managementprozess – neu gesehen. In: STAEHLE, W.; SYDROW, J. (Org.): *Managementforschung*. v. 1. Berlin: Walter de Gruyter, p. 255-289, 1991.

SIERING, U.; BERGNER, E.; STAENDER, J. Richten sich Ärzte nach Leitlinien? – Eine Analyse der Auswirkungen der Richtlinien der interventionellen Koronartherapie auf den Behandlungsalltag. 2001.

STINCHCOMBE, A. Bureaucracy and Craft Administration of Production. In: *Administrativ Science Quartely*, v. 4, p. 168-187, 1959.

STICHWEH, R. Profissionais in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In: COMBE, A.; HELSPER, W. (Org.). *Pädagogische Professionalität*. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handels. Frankfurt/Main: Suhrkamp, p. 49-69, 1996.

TACKE, V.: Funktionale Differenzierung als Schema der Beobachtung von Organisationen. Zum theoretischen Problem und empirischen Wert von Organisationstypologien. In: TACKE, V. (Org.). *Organisation und gesellschaftliche Differenzierung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, p. 141-169, 2001.

TÜRK, K.; LEMKE, T.; BRUCH, M. *Organisation in der modernen Gesellschaft*. Eine historische Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.

VOGD, W. Die Bedeutung von Rahmen für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem was der Fall ist im gewöhnlichen Krankenhausalltag. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs - Beratungs-und Sozialforschung*, p. 321-346, 2002.

VOGD, W. Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. In: *Soziale Systeme*, v. 11, n. 2, p. 236-270, 2005.

WEBER, M. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, E. (Org.). *Sociologia da Burocracia*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 15-28, 1976.

WEBER, M. *Ciência e Política*. Duas Vocações. São Paulo: Editora Cultrix, 1998.