

Enfermagem e Análise Institucional: Entrelaçamentos no Cuidado, Gestão e Formação

Organizadoras:
Ana Lúcia Abrahão
Cinira Magali Fortuna

editora

redeunida

SÉRIE | Interlocuções Práticas,
Experiências e
Pesquisa em Saúde



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORAS
Ana Lúcia Abrahão
Cinira Magali Fortuna

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde

Enfermagem e Análise Institucional: Entrelaçamentos no Cuidado, Gestão e Formação

1ª Edição
Porto Alegre
2023

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Célia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Arte Capa
Carla Cristina Barizza

E56

Enfermagem e análise institucional: entrelaçamentos no cuidado, gestão e formação/
Organizadoras: Ana Lúcia Abrahão e Cinira Magali Fortuna – 1. ed. – Porto Alegre, RS:
Editora Rede Unida, 2023.

350 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 37).

E-book: 5.15 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-038-3

DOI: 10.18310/9786554620383

1. Enfermagem. 2. Análise Institucional. 3. Cuidado em Enfermagem. 4. Gestão em Saúde
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 540

CDU 614.2

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Agradecimentos

Agradecemos a leitura criteriosa do material, realizada pela Prof^a Heliana Conde; Prof^a Solange L` Abbate, Prof^a Luciane Pezzato, Prof. Daniel Dóbies e Prof. Núncio Sol.

Agradecemos a parceria e apoio da Prof^a Heliana Conde com quem aprendemos muito com sua generosa provocação sobre a potência do coletivo.

Agradecemos a generosidade do Prof. Emerson Elias Merhy na escrita do segundo prefácio e amorosidade com que participa das produções da Saúde Coletiva.

Agradecemos o apoio e parceria do Prof. Gilles Monceau que inspira análises coletivas de nossas implicações.

Agradecemos a Editora Rede Unida pelo cuidado com os textos e divulgação do material.

Agradecemos aos professores, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde que aceitaram o convite para compor esta obra.

Agradecemos a Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação da Universidade Federal Fluminense, pelo apoio financeiro para a produção desta obra.

Agradecemos à Seção de Comunicação e Multimeios da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelo trabalho de criação da capa feito pela Produtora de Comunicação Visual Carla Cristina Barizza.

Agradecemos a Prof^a Solange L` Abbate pela capacidade de construir coletivos com afeto e sabedoria, elementos que atravessam este livro.

PREFÁCIO INSURRETO

Ao final do século XVIII, um filósofo tão afeito ao instituído que se podia saber as horas observando suas saídas a passeio, teve uma ideia perturbadora e genial: associou a revolução ao entusiasmo vivido no presente, independentemente de seu desenrolar futuro.

No século passado, por sua vez, outro filósofo, que entre muitos caracteres instituintes portava unhas longuíssimas, ofertou uma nova alegria ao pensamento ao valorizar, em seu campo de estudos, o “personagem conceitual” – companheiro(a) indispensável para que qualquer um(a) seja forçado(a) a pensar, visto não constituir tal atividade uma faculdade espontânea.

Contemporaneamente, os povos originários, com todos os seus filósofos, quer nativos quer por afinidades eletivas, passaram a diferenciar os *humanos* – alienígenas que meramente usam a terra com vistas a interesses e paixões privados – e os *terrano*s – indígenas, parte da própria terra, dela inseparáveis, em que pese a ação repetida dos alienígenas para destruí-la, tanto do ponto de vista material quanto do ético-político.

Porém o que tem tudo isso a ver com um livro que porta o título *Enfermagem e Análise Institucional?* – indagam, ao menos assim supomos, aqueles que se aproximam deste não tão “pequeno paralelepípedo”, como apelidou o “objeto-livro” um outro filósofo, também companheiro discursivo no presente prefácio.

Inspiradas neste último, recusamos a soberania autoral, que se vê talvez elevada ao quadrado nos prefácios – estes advertem sobre um “como ler” e procuram prevenir eventuais flexibilidades e fugas –, para, acompanhando *Bela de saia*, personagem conceitual que encara tragicamente a morte de *Filho da mãe*, simplesmente partilhar o entusiasmo de um grupo de estudiosos/as pelas conexões entre Análise Institucional (AI) e Enfermagem.

Embora mencionada em um só artigo ao longo do livro, *Bela de saia* é “vulcão instituinte” e, a cada passo, mostra como *tornar-se terrano(a)*, contrariando tantas instituições e tantos dispositivos portadores de “linhas duras” – inclusive

no sentido figurado, não-conceitual, com que se utiliza tal expressão – no campo da saúde, eventualmente seguida pelo qualificativo “coletiva”.

Para tanto, inúmeros(as) *Belas de saia* jamais se esquecem de estar em grupo, pois o cuidado ético característico dos vulcões instituintes reivindica ressonâncias, e não majestáticas solidões doutrinárias e/ou metodológico-técnicas.

Para tanto, além do mais, prezam ferramentas delicadas – a instituição (noção polissêmica, equívoca, problemática), os analisadores, as implicações em análise, as sobre implicações eventualmente não-analisadas, as restituições, a escritura –, que sabem provir da Europa e, mais especificamente, da França; porém as temperam – interseccionam e/ou transversalizam, sejam esses dois termos sinônimos ou não – com saberes e práticas dos povos originários (os que aqui habitavam à época de chegada dos humanos) e dos povos africanos escravizados, dos quais provém, com efeito, *Bela de saia*, a que não se cala na luta pela vida e por *uma vida*, em face dos poderes instituídos da mídia e dos estabelecimento “de ponta” no campo da saúde.

Como ela, o grupo de companheiros e companheiras aqui reunido para compor uma escritura coletiva sabe que as profissões nos implicam de múltiplas formas, com suas redes e linhas envolventes. Tal grupo conhece bem a gênese social da dama que, a princípio pelas mãos de Florence Nightingale, foi separada da infâmia, mas que, ao ganhar fama de científica e, em movimento associado, de gerenciadora, recebeu o encargo de vigiar executantes, meros/as auxiliares – mediante algumas teorias da administração, inevitavelmente capitalísticas, veiculadas nas universidades –, bem como o de educar o populacho carente de higienização, presumidamente por sua própria inépcia (e não pela evidente exploração sofrida).

Foi para desprender-se de tal encargo de “guardiães da ordem” – expressão aplicada por uma nova companheira discursiva, esta brasileira, a um outro campo profissional afetado por problemas análogos aos enfrentados pela enfermagem – que os/as trabalhadores/as aqui presentes se aproximaram da AI francesa. Essa aproximação é um *acontecimento*, não uma fidelidade religiosa. Tanto que se combina com aproximações a novos campos epistemológicos e culturais, desde que estes também sejam incrementadores de potências resistenciais a governar os(as) demais. Pois governar os(as) demais liga-se a ser uma subjetivação governada por outrem, sabendo-o ou não.

A AI, nesse sentido, impulsiona a desobedecer, a praticar uma indocilidade refletida que, desorganizando o instituído, faculta o exercício renovado de uma *vontade de saber do poder*, recusando-se a adotar uma heterônoma e triste *vontade de verdade*. Talvez seja esse, por sinal, o sentido do convite a “transformar para conhecer” que habita as inúmeras intervenções institucionais focalizadas no presente livro: pois somente suspendendo as mortíferas certezas cotidianas se faz viável inventar outra coisa – transformar –, facultando, com isso, conhecer as instituições que, como se essências eternas fossem, alojam-se em nosso ventre e, mais ainda, escrevem por nossa mão, como o fazem o capitalismo neoliberal, o gerenciamento-controle, o tempo capitalizado e a mais valia cognoscente, para citar apenas as mais contemporâneas.

Um grupalista e analista institucional mexicano, em livro recente, lembra que em espanhol se prefere o termo *Interveniente* ao termo *interventor*, mais utilizado em português, pois o primeiro evitaria as conotações governamentalizantes associadas ao último, tendente a evocar ações de cima para baixo, como as intervenções nos sindicatos, por exemplo, que nossa triste memória da ditadura civil-militar brasileira costuma trazer à cena. Nesse sentido, os modos de ação – intervenções institucionais – e os modos de escritura – diários de campo – privilegiados nos artigos aqui presentes exibem *pesquisas intervenientes*; melhor dizendo, apresentam investigações que, para usar a expressão de um poeta-resistente, desenvolvem nossa “estranheza legítima”; ou, para privilegiar a expressão de um filósofo terrano, exibem aquelas que tentam “adiar o fim do mundo”.

Ainda sobre a escritura, cumpre lembrar o quanto a enfermeira brasileira, hegemonicamente mulher e negra – talvez mesmo quando, aparentemente, é homem e branco – tem sido instada a uma grafia asséptica. Para tanto, as lacunas a preencher em formulários e prontuários, relativas a problemas cada vez mais restritos e progressivamente dotadas de dimensões mais enxutas, procuram limitar, agindo do futuro em direção ao passado, a atenção e a observação do(a) trabalhador(a) e/ou pesquisador(a). Uma espécie de racionalidade gráfica induz a que não se veja, ao trabalhar e/ou pesquisar, a não ser o que se poderá escrever posteriormente. Essa profecia auto-realizadora, no entanto, desejavelmente fracassa por estas bandas – as da conexão entre AI e Enfermagem. Até mesmo certas ilegalidades silenciadoras ganham espaço na escrita, menos por um *legalismo cidadão*, quase

sempre politicamente acéfalo, do que pela possibilidade que possuem, uma vez mencionadas, escritas e analisadas, de ampliar coeficientes libertários e de fomentar a construção, sempre instável e arriscada, de um mundo comum.

O livro nos chega em um *momento quente*: aquele em que acabamos de correr o risco de optar, eleitoralmente, pelos fascismos, em suas variadas faces. A simples evocação hipotética de que isso pudesse ter ocorrido no nível presidencial – “a vida inteira que poderia ter sido e que não foi”, para citar o verso famoso do poeta brasileiro, desviando-o (alegremente) de seu sentido primeiro – ainda nos assedia como fantasmagoria recorrente, não obstante tenha sido evitada ou momentaneamente derrotada. É também por isso que muitos fazem Análise Institucional. Por que a fazemos? Simplesmente para fazê-la, retrucamos. Sim, porque ela, a AI, pode nos auxiliar a mudar algumas coisas, no tempo próprio da mudança das coisas ou, quem sabe, acelerando-o um pouquinho. Porém ela é nossa companheira ético-conceitual muito mais em razão do cuidado que promove com nós mesmos(as) e com os(as) demais do que por qualquer instrumentalidade eventual. A AI nos faz “ficar com o problema” do momento, em lugar de promover uma mortífera invectiva às soluções finais. Esse é seu escândalo e sua arte, sua sedução e sua tarefa contemporânea. E isso seja associada à enfermagem ou a outros campos profissionais; mediante a Socioclínica, mais duradoura, ou por intermédio de interveniências-relâmpago ao estilo das gerações antigas; praticada por/com agentes ligados à universidade – graduação e pós-graduação – ou inseridos nas ações cotidianas no campo da saúde; entendida como campo de coerência ou via a eventual incoerência da prática de liberdades parciais, que fazem com que o tempo tome a forma não de um fixismo ou de uma evolução, mas de uma história efetiva.

Para concluir, pois este prefácio que relutávamos em escrever já se estende em demasia, concedemos agora algum espaço às autorias – situadas ao final do escrito, talvez funcionem de forma menos limitadora/ordenadora do que caso citadas progressivamente. Até o momento não mencionamos nomes de autor(a), com exceção daquele de Florence Nightingale, não por mistério ou sovínice intelectual, mas por prudência estratégica. Se o leitor assim o desejar, no entanto, qual em um jogo, poderá associar, na ordem de aparecimento, nossos ditos/escritos prefaciadores a Kant, Deleuze, Kopenawa, Viveiros de Castro, Foucault,

René Lourau e Georges Lapassade, Guattari, Kimberlé Crenshaw, Carla Akotirene, Gilles Monceau, Cecília Coimbra, Etienne de La Boétie, Frédéric Gros, Roberto Manero Brito, René Char, Ailton Krenak, Jack Goody, Dominique Samson, Gregorio Baremlitt, Donna Haraway... Já os ditos/escritos dos artigos, com as práticas instituintes-intervenientes que evocam, provêm da USP, da UNICAMP, da UFMG, da UFF, da UERJ, da UNIFESP, da UFRJ, da UESB, da UFSCAR, da UFG, da Université de Cergy-Pontoise, de variados núcleos ligados à saúde e à saúde coletiva e, vale frisar, e muito frisar, do sus, em tempos de tentativas (ainda vigentes) de destruição. Os nomes dos(as) autores(as) específicos(as) estão no sumário. E nós, aqui, ficamos repetindo, aliados(as) ao poeta-resistente, e igualmente junto com eles e elas: “aquilo que vem ao mundo para nada perturbar não merece respeito nem paciência”.

Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro, novembro de 2022

Tempos de pandemia, de necropolítica, de necrogovernamentalidades

Tempos, também, de esperança equilibrista reinventada

Solange L'Abbate

Heliana Conde

PREFÁCIO AI E A DOBRA AGENTE/ATO

Agente, aqui, tenta expressar aquela/le que agencia o ato, em ato, sem deixar de ser agenciado no ato, pelo ato, e com isso traz para a cena dos encontros, onde a ação se materializa, a tensão entre autonomia e heteronomia. Aliás, tema muito presente em vários pensadores, porém em especial na narrativa sartriana sobre o humanismo, onde a essência do ser é precedida pela existência.

Sartre não deixa de nomear que a experiência existencial é sempre situada, é sempre dada sob certas condições da mesma, e não ocorre como algo que não esteja já de antemão cravada de forças que a instituem, mesmo que ao final a liberdade seja a condição universal, deste ser específico, a ser cumprida, pois no campo de possíveis sempre haverá uma decisão humana para gerar certos sentidos para caminhos a serem feitos, sejam quais forem.

Nunca uma liberdade liberal, na qual a essência humana precede a experiência existencial, mas uma liberdade já engravidada das complexas relações intrínsecas de cada um/uma em si e as condições determinadas para a experiência ser vivenciada e ocorrer.

Assim, debruçar-se sobre qualquer situação que traga para a superfície o que ocorre no campo relacional dos encontros, que são constitutivos das ações no âmbito das organizações, em geral, implica em construir trajetos e estratégias que possam dar visibilidade e sentido, por parte dos próprios agentes que constituem as experiências coletivamente vividas.

Devolver, ali no encontro, o lugar do agente no ato, através de si mesmo, torna-se uma questão central para qualquer tentativa de produção de conhecimento sobre questões que nascem a partir de experimentos ocorridos neste âmbito das relações entre coletivos sujeitos e assujeitados, campo de problemática própria dos interesses do mundo de saberes e fazeres da Análise Institucional.

Nesta, a transversalização que o/a agente opera, em si e nxs outrxs, é condição de possibilidade desta aposta em produzir novos conhecimentos com.

E, nesta direção, as estratégias de operar nestes territórios pedem caminhos que se alimentam de propostas de variadas naturezas, mas que se posicionam a partir de um campo comum: pode o protagonista e constituidor

da ação falar e pensar por si, agenciado pela presença de outrxs, ou é prisioneiro da possibilidade de ser falado pelx outrx.

Caminhos pela psicanálise e pelos projetos emancipatórios e libertários são radicais nestas construções. Não só pode, como só ele, o protagonista, de fato tem condições de falar e pensar por si, porém nunca de modo imediato, pois há sempre um invisível a emergir, mas sob certas condições de elegibilidade que cada construção situacional suporta, que coloca o exercício da liberdade sob certas condições existenciais, considerando que este exercício é plenamente dependente pela antecedência e centralidade da experiência.

Só caminhos que tomam isso como essencial, abrem estas situações para a dimensão pública que lhes habitam, sendo antes de tudo elemento chave para todxs que aí se inserem. Por isso, vemos neste livro a presença de narrativas que trazem a questão da experiência socioclínica, bem como de outras que se centram no pilar da análise da implicação, e por aí vai, pois é neste modo de agir no encontro, campo aberto a ricas interferências de forças instituídas e instituintes, que se abre e se facilita a presença dx outrx em sua tensão constitutiva como agente autônomo e heterônimo.

É isso que a emergência da psicanálise tão bem nos ensina, bem como vários movimentos libertários como o da esquizoanálise, e disso também a AI se alimenta, permitindo dar sentido para a própria construção da experiência.

Facilitar experimentações com o agente em situação, no âmbito de uma organização de qualquer tipo, faz as forças se movimentarem e se desacomodarem do seu estabelecido, e pegar o instituído de surpresa abre o encontro para aventuras relacionais só controláveis em parte, pois não há domínio absoluto do ser sobre as próprias forças que o constituem, e neste movimento a AI também dobra para ação interventora, carregando este sentido como seu pertencimento constitutivo.

Fazer vibrar os corpos em si e entre si, co-responsabiliza as experiências existenciais a aconteceres não enquadráveis, que nos levam instituintemente para territórios não conhecidos, mas sempre nos apresenta a possibilidade de termos que fazer escolhas e exercer o que nos cabe no nosso exercício de si.

Ampliar as conexões existenciais engrandece a potência de criarmos novas forças desejanter em nós e, assim, desconstruirmo-nos com a própria desconstrução das forças que nos instituem, criando mundos outros, ainda não dados e vividos. O campo das organizações torna-se matéria-prima privilegiada para estas intencionalidades interventoras, por carregarem psicossocialmente

estes agitates de forças-mundos em seus fluxos contínuos de existirem e não existirem, portanto, podendo ser inventadas a todo instante-acontecimento. O Ser-Em-Situação na vivência em organizações específicas está a todo momento se instituindo e instituindo.

Esta potência que todxs temos é um dos elementos chaves e constituintes dos vários relatos que habitam este livro, que procura expressar em condições situacionais específicas, ao falar da enfermagem e das instituições que a compõe e se compõem a partir dela.

Vamos inclusive como leitor, ser também possíveis construtores dos muitos livros que este livro pode potencializar, pois posso afirmar com muita firmeza que o livro que se apresenta é só um dos possíveis que aqui podem ser compostos.

Fazer emergir, novos instituintes deste livro-platô abre a composição, pela força ativa e produtiva do leitor, de novos caminhos de autorias.

E de novo voltamos ao cerne da questão. O leitor como agente, na sua leitura em ato, vai abrindo-se para ir autorando sua leitura e extraíndo um livro outro, deste que aqui está, e colocar-se em análise de suas implicações e sobreimplicações nesta produção, pode lhe trazer visíveis de si chaves para construir-se em outros modos de viver e apostar em mundos-outro. Mas, sempre vale o alerta, isso só se faz com x outrx e não como um exercício egóico, autocentrado; pois, repetindo, não somos seres antes de vivermos existencialmente.

Vejo que esta possibilidade perceptiva gera a ilusão de um movimento mágico que a AI faz girar, e quem se der conta disso, nunca se sentirá dominado e nem desejará ser dominador.

Apostar no agir com-posição passará a ser seu modo de ser e estar em um mundo onde caibam muitos mundos, como advogam os Zapatistas em suas lutas libertárias.

Se aproximar deste livro por este percurso perceptivo, dará a real dimensão da capacidade que a AI vem construindo como campo de implicação com a produção de um mundo onde x outrx é a força que me empurra para a construção de vidas cooperativas e não em competições.

Por isso, estes ricos materiais que aqui são expostos trazem, cada um, algum segredo que pode ser vivenciado por quem por eles navegar.

Peguem seus botes e entrem nestes fluxos, que aqui se oferta.

Emerson Elias Merhy

APRESENTAÇÃO

Os estudos produzidos no campo da enfermagem em saúde coletiva, que tomam a Análise Institucional como fonte teórica e metodológica, têm crescido ao longo dos últimos anos, avançando na direção de fortalecer o cuidado, a pesquisa, a gestão e a formação em enfermagem.

Neste livro, os textos são frutos de investigações que problematizam a prática de profissionais em unidades de saúde, hospitais, grupos educativos, equipes de saúde, grupo de gestão em enfermagem, diferentes cenários que compõem o campo da saúde no Brasil. Os autores são enfermeiras (os), professoras (es), mestrandas (os) e doutorandas (os) que utilizaram o referencial da Análise Institucional em seus estudos. Há ainda a participação de professoras (es) em Ciência da Educação, professoras (es) da Odontologia, Sociologia e Psicologia na autoria dos textos.

Para as organizadoras da presente proposta, a Enfermagem se constitui como uma Instituição com valores, ditos e não ditos, que se expressam em movimentos instituídos, instituintes e no processo de institucionalização. Esse conceito de instituição originário da Análise Institucional, linha francesa, é um referencial teórico-metodológico que pode auxiliar a lançar novos olhares sobre as práticas profissionais de enfermagem. De origem francesa, o referencial foi relido no Brasil e nos países da América do Sul, tendo por referências Lourau (1975), Lapassade (1983), Monceau (2013), Hess (1975), Bauleo (1977), Pichon-Rivière (2005), Barembllit (1992), L' Abbate, Mourão e Pezzato (2013), Rodrigues (2006), entre outros.

Na enfermagem brasileira, a Análise Institucional se entrecruza com a Saúde Coletiva em trabalhos de Abrahão (2004), Fortuna et al. (2016), Matumoto et al. (2011), Mourão et al. (2016), Spagnol et al. (2015), por exemplo.

Nesse sentido, questionamos a noção de enfermagem: não apenas como profissão estabelecida pela legislação e pela deliberada ação de quem a exerce, mas questionamos igualmente as noções de arte e ciência, bem como os modos pelos quais os discursos sobre as práticas de enfermagem vão se incorporando e conseqüentemente se reificam. Desejamos indagar esses aspectos no contexto dos textos compilados para o livro.

Apostamos que os manuscritos possam contextualizar a obra no âmbito dos debates científicos do campo da Enfermagem e realizar uma análise sobre o tema objeto do livro. A produção está vinculada a projetos do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Saúde (NUPGES), e ao Grupo de Pesquisa Análise Institucional e Formação em Saúde, ambos vinculados à Universidade Federal Fluminense, e ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva Prof^a Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (Nupesco), vinculado à Universidade de São Paulo e o Grupo de Pesquisa Análise Institucional e Saúde Coletiva, vinculado à Universidade Estadual de Campinas.

O livro está organizado segundo eixos: cuidado; formação; e gestão. A produção dos capítulos foi acompanhada pela leitura criteriosa de avaliadores: Prof^a Heliana Conde; Prof^a Solange L` Abbate, Prof^a Luciane Pezzato, Prof. Daniel Dóbies e Prof. Núncio Sol, que agradecemos mais uma vez!

Referências

- Lourau, R. **A Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1974.
- Lapassade, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- Monceau, G. Effets d'une pratique clinique de recherche. In: Kohn, R. C. (Coord.). **Pour une démarche clinique engagée**. Paris: L'Harmattan. 2013, p. 91-104.
- Hess, R. **La Socianalyse**. Paris: éditions universitaires, 1975.
- Bauleo, A. **Contrainstitución y grupos**. Buenos Aires: Fundamentos, 1977.
- Pichon-Rivière, E. **O Processo Grupal**. São Paulo: Martins fontes, 2005.
- Baremblyt, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- L'Abbat, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (Org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- Rodrigues, H. de B. C. **As subjetividades em revolta** – Institucionalismo francês e novas análises. Dissertação de mestrado - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.
- Abrahão, A. L. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas Campinas, São Paulo, 2004.
- Fortuna, C. M. et al. A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cadernos de Saúde Pública** v. 32, n. 9. 2016.

doi.org/10.1590/0102-311X00117615. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00117615>. Acesso em: 19 dez. 2022.

Fortuna, C. M. et al. A pesquisa e a articulação ensino-serviço na consolidação do Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. spe2. 2011. doi.org/10.1590/S0080-62342011000800010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800010>. Acesso em: 19 dez. 2022.

Mourão, L. C.; Sampaio, T. B.; Almeida, A. C. O corpo na formação pedagógica: análise socioclínica institucional das práticas profissionais dos docentes de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**. Pernambuco, v. 10, p. 3716-3719, 2016.

Spagnol, C. A.; Lorence, B.; Dufournet-Coestier, V.; Silva, A. A. Reflections on a methodology for analyzing professional practice and its possible use in nursing. **Rev Esc Enferm USP**. V.53: e03434. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018004803434> 2019.

Sumário

CUIDADO EM SAÚDE	21
ENFERMAGEM: UM DISCURSO INSTITUÍDO/INSTITUINTE PARA O CUIDADO EM SAÚDE	22
ANÁLISE INSTITUCIONAL E A ENFERMAGEM NO BRASIL: ENTRELACAMENTOS E REFLEXÕES.....	31
O CUIDADO, A VIDA ATÉ A MORTE E A ANÁLISE INSTITUCIONAL.....	44
A CONDIÇÃO FEMININA, O PARTO E AS TENSÕES ENTRE PROFISSIONAIS DA MEDICINA E DA ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES DA SÓCIO-CLÍNICA INSTITUCIONAL	56
A IMPLICAÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS COM A SUA PRÁTICA PROFISSIONAL: CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE INSTITUCIONAL	70
IMPLICAÇÕES DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS	86
O INSTITUÍDO E O INSTITUINTE NO CUIDADO ENVOLVENDO O BANHO E A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: ROTINA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL PARA AS SINGULARIDADES	101
A ANÁLISE INSTITUCIONAL DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS: UMA INTERVENÇÃO EM UMA EQUIPE DE IMUNIZAÇÃO.....	111
GESTÃO EM SAÚDE	125
O CONFLITO ORGANIZACIONAL COMO ANALISADOR NA GERÊNCIA EM ENFERMAGEM.....	126
ANÁLISE INSTITUCIONAL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE SAÚDE.....	147
DAS PRÁTICAS GERENCIAIS E DE GESTÃO ÀS PRÁTICAS CONTRA GERENCIAIS E NÃO GERENCIAIS EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM.....	163

O ENFERMEIRO APOIADOR E AS PRÁTICAS DE GESTÃO	177
OS ATRAVESSAMENTOS E ENTRELAÇAMENTOS DA GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA: UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM	192
INFLUÊNCIA DA TEORIA DA ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA E CLÁSSICA NA PRÁTICA DO GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM: UM OLHAR PELA ANÁLISE INSTITUCIONAL.....	201
A ESCRITA NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA E O EFEITO GOODY	227
FORMAÇÃO EM SAÚDE	242
DIÁLOGOS ENTRE OS SISTEMAS DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO BRASIL E NA FRANÇA - UMA PESQUISA SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL.....	243
EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO DISPOSITIVO DE PESQUISA, INTERVENÇÃO E FORMAÇÃO: O QUE A ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES TEM A DIZER?	256
ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES DOCENTES NA FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DE UMA ESCOLA TÉCNICA DO SUS.....	273
ATRAVESSAMENTOS DO NEOLIBERALISMO NA DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM: REPERCUSSÕES NA FORMAÇÃO PARA O SUS	286
MAPEAMENTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ENFERMAGEM NO USO DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA ANÁLISE INSTITUCIONAL.....	304
A ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO PROFISSIONAL E A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	321
POSFÁCIO	341
SOBRE OS AUTORES	345

CUIDADO EM SAÚDE

ENFERMAGEM: UM DISCURSO INSTITUÍDO/ INSTITUINTE PARA O CUIDADO EM SAÚDE

Ana Lúcia Abrahão

Introdução

A prática da enfermagem, independentemente de onde ela aconteça, seja no ambiente hospitalar, em unidades ambulatoriais, unidades básicas, coordenação de programas, na gestão em saúde ou em pesquisa, envolve o emprego e o uso de diferentes saberes que se expressam em estratégias, ferramentas tecnológicas e técnicas. Como uma Instituição que opera no campo da saúde, a Enfermagem é atravessada por diferentes fluxos processuais que movimentam o Instituído e o Instituinte desse saber/fazer que é parte estruturante do cuidado em saúde.

Os atravessamentos combinados geram fluxos sociais, políticos, étnicos, de gênero, culturais, científicos, libidinais, subjetivos que ora seguem para uma direção que avança na elaboração de processos autogestionários, autônomos, dos coletivos, abrindo espaços para a criatividade, ora para direções que constroem resistências, fortalecendo o formato atual de funcionamento, marcando os princípios fundadores da Instituição e, por vezes, os falseando, ou seja, disfarçando-se de algo provocador de novas direções. Quando, trata-se da constituição de fluxos mais resistentes que reforça a mesma direção que se quer questionar. Independe da leitura que possamos elaborar sobre os atravessamentos e seus fluxos. O importante é compreender que esse é um movimento presente em todas as Instituições.

As experiências e experimentações presentes na Instituição Enfermagem são diversas e se conformam de acordo com a relação que se estabelece no coletivo, no grupo, e que, no nosso caso, se encontram na equipe de saúde, incluindo aqui o usuário e sua família. Uma experimentação mediada pela prática discursiva. Prática estruturada em um discurso instituído. Um discurso que, durante a minha formação, aprendi a entender e a introjetar na minha prática como enfermeira.

Como enfermeira, o discurso que introjetei como ato de falar, manter, transmitir, articular ideias em qualquer campo que seja orientado pela palavra,

pela escrita, pelo olhar, pelo gesto, foi sendo aos poucos lapidado, polido, com o passar do tempo. Por vezes, percebo um certo movimento instituinte nessa minha prática discursiva, quando, junto com outras colegas, interrogamos a ciência da enfermagem como uma ciência que questiona o Instituído por dentro da ciência hegemônica, com a intenção de produzir o efeito pororoca¹. Por vezes, me percebo fortalecendo o coro de uma prática discursiva tecnocrática e centralizadora. Mas o que me anima é perceber que estamos construindo a todo instante práticas discursivas no interior das Instituições às quais pertencemos e que há sempre uma possibilidade de mudança, de construir práticas que estejam alinhadas a um modo inclusivo em que todas as vidas são importantes.

A prática discursiva que aprendi neste período no cerne da Instituição Enfermagem tem elementos do âmbito familiar, privado, doméstico, uma marca bem delimitada, que se insere na esfera pública como um discurso do Estado, marcando o seu cunho político no controle dos corpos. Institucionalizando uma prática discursiva, a qual aprendi com muita propriedade durante a minha formação, marcada por uma vontade de verdade, de produção discursiva que orienta os corpos, mediada pelo discursivo de uma dada “verdade” universal sobre o que seja “saúde”, impondo hábitos e modos de andar a vida.

Enfim, fui me constituindo implicada e, embora sustentada por todo um sistema instituído, buscando também produzir furos discursivos que pudessem deixar entrar fluxos de menor densidade, potentes na produção de mudanças de tais discursos. Ora sustentando práticas discursivas contrárias à exclusão instaurada, na prática e no fazer na Enfermagem, ora produzindo silêncios como forma de sobrevivência na Instituição.

Este texto tem a intenção de se aproximar desse movimento vivo e dinâmico que é a Instituição, buscando o seu contorno e margeando, mesmo que superficialmente, a prática discursiva do saber/fazer em Enfermagem, provocando, assim, um repensar, uma reflexão sobre o modo como sustentamos nossas práticas discursivas no interior das Instituições.

1 Pororoca, como o processo de subjetivação que se estabelece a partir das forças intensas e extensas dos diferentes elementos heterogêneos que transitam durante o encontro entre corpos em relação, pelos novos territórios existenciais produzidos. Nesse sentido, a autora adota o efeito pororoca como uma dobra que se forma na contramão das forças, produzindo em si mesma uma outra dobra. Um movimento de voltar para si, provocando deslocamento e reflexão sobre as ações (Abrahão, 2004).

Sobre aquilo que funda uma Instituição

A enfermagem como uma Instituição, sob a ótica da Análise Institucional, nasce de uma necessidade social e se estrutura ao longo dos anos no campo da saúde, tendo o cuidado como centralidade de sua prática. René Lourau aponta que toda Instituição nasce a partir de uma “profecia”, como um presságio, e se estrutura nos movimentos que questionam a mesma “profecia” que a fundou (Lourau, 1996; Hess; Savoye, 1993). Na perspectiva da Sócio-História (Savoye, 2007), a institucionalização fundadora compreende o momento inicial de criação da Instituição; melhor dizendo, o instante fundador em que se almeja algo que ainda não pode ser alcançado naquele momento da história.

Momento fundador, com sua profecia, não como algo profético, mas como algo que se materializa no real, fundando regras, formas e modos de existência em sociedade. Nesse caso, podemos pensar o momento fundador da Instituição Enfermagem no interior da sociedade inglesa vitoriana do século XIX, com Lady Nightingale e toda a construção disciplinar, higienista, religiosa presentes e que são amalgamadas nos alicerces da Enfermagem. Mas, se ficássemos somente com essa conjuntura, estaríamos olhando para apenas uma parte da profecia, uma parte importante que se constituiu como universal e hegemônica para as sociedades ocidentais colonizadas. Entretanto, há uma outra parte que gostaria de incluir, aqui neste texto, que diz respeito à parte que resiste a colonização, que produz resistência a uma certa domesticação europeia e que se materializa na nossa ancestralidade, em uma outra possibilidade que “implica escutar, sentir, cheirar, inspirar, expirar aquelas camadas do que ficou fora da gente como “natureza”, mas que por alguma razão ainda se confunde com ela” (Krenak, 2019, p. 33). Trata-se de um pedaço importante de elementos de uma profecia mais antiga, pautada em uma não cisão com a natureza, que às vezes esquecemos ou permanece em um discurso subsumido, mas que também compõe a institucionalização fundadora da Enfermagem.

Entretanto, o discurso hegemônico para grande parte da Instituição Enfermagem guarda a sua profecia nascida na sociedade vitoriana e fundamenta-se, a partir daí, no conhecimento científico. Adquire, assim, o mesmo caráter de racionalidade e tecnologia que domina toda a esfera produtiva da sociedade do capital. Porém, pelo fato de sua essência ser o cuidado, a Instituição Enfermagem não pode prescindir de seus aspectos

afetivos, da sensibilidade e da intersubjetividade que se realiza na prática cotidiana. Varia também de acordo com a cultura, incorporando, junto com a racionalidade científica, as questões étnicas, de gênero, religiosas e éticas, entre outras (Rocha; Almeida, 2000).

Como toda profecia, essa também é questionada permanentemente no seu processo de existência. São inúmeros os pontos em que podemos identificar elementos que colocam em questão aquilo que funda a Instituição Enfermagem. Como exemplo, destaco o que apontam Machado, Colvero, Rolim e Helene (2009) sobre a crise paradigmática presente nas sociedades pós-modernas como uma possibilidade concreta de identificar os limites que sustentam a ideia de um único paradigma na composição das ciências modernas. Aqui incluo a Enfermagem. No sentido de colocar em análise o paradigma cartesiano que sustenta a ciência moderna, as autoras chamam atenção para os “(...) processos de subjetivação que permeiam a relação de cuidado ou a relação no cuidado”, em que “temos que nos ater à energia que circula, que move esta relação.” (Machado; Colvero; Rolim; Helene, 2009, p. 1035). Há aqui um elemento que agrega um novo movimento à Instituição ou simplesmente aquilo que seria uma profecia esquecida que funda a Instituição, trazido sob outra perspectiva?

O que funda uma Instituição, penso que guarde em si uma perspectiva, no sentido do que é defendido por Viveiro de Castro na discussão sobre perspectivismo ameríndio. Um “(...) conceito formulado a partir de uma base etnográfica, que sintetiza as visões indígenas sobre as interações entre seres humanos” (Gomes, 2012, p. 135).

Ainda sobre esse conceito, vale dizer que a perspectiva encontra vários pontos e, a cada ponto, um sujeito que se faz presente e interessado. No nosso caso, ampliando a profecia que funda a Instituição Enfermagem e alargando tal profecia mediante o perspectivismo dos povos ameríndios, em que

Cantar, dançar e viver a experiência mágica de suspender o céu é comum em muitas tradições. Suspender o céu é ampliar o nosso horizonte; não o horizonte prospectivo, mas um existencial. É enriquecer as nossas subjetividades, que é a matéria que este tempo que nós vivemos quer consumir. Se existe uma ânsia por consumir a natureza, existe também uma por consumir subjetividades — as nossas subjetividades. Então vamos vivê-las com a liberdade que formos capazes de inventar, não botar ela no mercado (Krenak, 2019, p. 15).

Ao alargar os elementos que fundam a Instituição Enfermagem, entramos em contato com os movimentos que estão presentes na nossa relação com o usuário, na perspectiva de que estamos em uma relação entre dois sujeitos. Saberes e sabores se enriquecem na construção de uma ciência inventiva, criativa, com valores que não entram na lógica mercadológica. Será possível tal construção no campo do cuidado em saúde?

Sobre movimentos e discursos

Uma das possibilidades presentes no estudo da Análise Institucional é acompanhar de forma interessada o movimento da Instituição, o processo, aquilo que está em movimento e que conforma os modos de vida em sociedade. Os elementos que estruturam a ideia de Instituição, na visão de Lourau (1996), nos colocam frente a um conceito polissêmico, complexo, que nos permite analisar a dinâmica de funcionamento de uma profissão como a Enfermagem.

Como uma Instituição, a Enfermagem segue no jogo das forças entre o Instituído e o Instituinte na busca pela institucionalização. Com efeito, trata-se de um constante movimentar-se pelas ondas da dialética.

Mais esta lógica dialética pode se analisar como a vontade e a força da verdade em relação ao fundamento que deve ser negado, falsificado permanentemente, para evitar o risco de dissolução dentro do social (Hess, 1975).

A Instituição Enfermagem, como as demais Instituições, fábrica pequenas falsificações instituídas, desviando o foco de questões que, por vezes, estariam abalando sua sobrevivência, ou busca, em um movimento de reinstitucionalização e por meio de um falso discurso, manter, sem abalos, a missão e os objetivos de sua fundação. Como falsificação do instituído, durante a minha experiência na Instituição Enfermagem, reconheço alguns discursos que fortalecem a força de vontade de uma prática higienista, centralizadora e disciplinar de um poder exercido justamente mediante uma prática discursiva.

Um dos primeiros procedimentos incorporados por mim, de uma dada prática discursiva, ainda nos primeiros anos de faculdade, é aquele que Foucault

(2001) apreende como o mais evidente e familiar em uma sociedade e que diz da construção de exclusão, a interdição. A partir de uma prática discursiva que interdita, excluem-se certas práticas e saberes. Aquilo que deve ser deixado de lado se constitui como discurso interditado. “(...) as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente sua ligação com o desejo e com o poder” (Foucault, 2001, p. 10). Poder esse que, aos poucos, passei a incorporar no meu discurso de enfermeira: um discurso centrado e justificado a partir de um saber. Um poder-saber, em suma, operado pela via da técnica e do conhecimento científico. Ressalto que não é o único, mas é o que trago aqui para reflexão.

O poder do saber técnico/científico que identifico no discurso da Instituição Enfermagem e reconheço presente na minha própria prática discursiva é aquele que se produz em decorrência dos critérios de verdade erguidos pela ciência moderna. Lembra Testa (1992, p. 118) que o poder técnico se apresenta sob vários aspectos e em âmbitos distintos. Um desses aspectos é a informação. A informação como aquela que com muita frequência está presente na relação da enfermeira com o usuário, fundamentalmente alicerçada no discurso de um saber presente na clínica da enfermagem. Um saber-poder técnico que se insere em um campo de disputa com outros saberes que operam no campo da saúde.

Aqui entramos em um campo de disputa, de produção de conhecimento, de exercício de poder e de construção de um discurso de vontade de verdade. De desejo de discurso verdadeiro. Foucault (2001) diz que esse elemento do discurso representa o poder expresso na sociedade, produzindo a exclusão de outras formas discursivas.

O discurso verdadeiro, que a necessidade de sua forma liberta do desejo e libera do poder, não pode reconhecer a vontade de verdade que o atravessa; e a vontade de verdade, essa que se impõe a nós há bastante tempo, é tal que a verdade que ela quer não pode deixar de mascarar-la (Foucault, 2001, p. 20).

A vontade de verdade na prática discursiva, podemos dizer, produz marcas e delimita um dado território em que acontecem os atos da Enfermagem - verdades que circulam e que, quando combinadas, institucionalizam efeitos sobre o campo do cuidado em saúde. Um discurso que marca a construção da profissão,

mediada pelo saber técnico que delimita a conduta profissional, uma prática presente no meu discurso de enfermeira vinculada a um conselho profissional.

Como enfermeira, a minha prática discursiva segue alinhada e combinada ao movimento dessa entidade de classe profissional, cuja vontade de verdade se faz presente na arena de disputa no campo da saúde. Sua função “é conservar ou produzir discursos, mas para fazê-los circular em um espaço fechado (...)” (Foucault 2001, p. 39). Trata-se de uma lógica presente no discurso dos conselhos profissionais que atravessa e provoca ondas que impactam sobremaneira o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Um discurso com lugar próprio de circulação, cumpre ressaltar, com regras próprias para esse modo de circular, que penetra na lógica da vontade de saber, construindo formas discursivas que separam o que é “verdadeiro” do que é “falso”. A Instituição Enfermagem passa a validar pela vontade de saber, segundo Foucault (2001), a separação entre o que é verdade - algo centrado no saber científico - e o que não é. Uma construção do que é profissão e do que é falso. Nesse movimento, a prática da enfermagem, vai se constituindo e sendo validada como ciência e passa a fazer parte da sociedade do discurso. Nesse sentido, está apoiada em movimentos dominados por uma racionalidade específica, por elementos que marcam um caminho hegemônico de construção de uma verdade única.

O discurso que institui a verdade na ciência da enfermagem subsume o movimento sutil da construção do saber sensível. Um saber fazer que não segue a lógica da ciência hegemônica, objetiva, mas transita entre a combinação de forças dos movimentos discursivos presentes na Instituição. Nesse universo de oscilações de fluxos de ordem social e no ambiente institucional, incluo o conceito de transversalidade, estruturado por Guattari (1987), para me auxiliar nesta construção de pensamento. Transversalidade como um oposto à lógica horizontal e vertical com que na maior parte das vezes tratamos os movimentos. “O ‘coeficiente de transversalidade’ é o grau de cegueira de cada membro do pessoal” (Guattari, 1987, p. 96). Pessoas centradas em si mesmas possuem grau de transversalidade menor e, conseqüentemente, a cegueira é maior sobre as intencionalidades presentes na Instituição.

Reduzir o grau de cegueira em que estamos imersos nas nossas Instituições nos impõe um exercício de produção coletiva de ampliação do coeficiente de

transversalidade. Percebo que esse movimento nos grupos possibilita o acesso a práticas discursivas presentes na Instituição que são geralmente excluídas e à construção de novas práticas discursivas que dão contorno a práticas de saber de outras subjetividades.

Nesse sentido, a minha prática discursiva tem a possibilidade de combinar outras lógicas no fazer coletivo que ampliem o grau de transversalidade sobre as práticas instituídas do cuidado em saúde - o que reforça a minha ideia de que precisamos estar em coletivo para produzir vida.

Produzindo um encerramento/abertura

Os elementos deste material são alguns apontamentos que não têm a pretensão de encerrar o debate sobre como vivemos e nos reproduzimos no campo da Enfermagem. Ao articular o momento fundador de uma Instituição e a prática discursiva acerca da experiência de uma enfermeira, no caso eu mesma, busquei no texto ampliar tal perspectiva. Melhor dizendo, busquei construir um sujeito de um outro ponto de vista, distinto daquele hegemônico no qual fui talhada, moldada, como mulher, colonizada.

Busquei refletir, como um movimento brincante de pensar livremente, com os elementos da Análise Institucional, uma outra história, um outro discurso, buscando fugir dos discursos únicos hegemônicos e das históricas únicas, sem a pretensão de esgotar o assunto, mas com a aspiração de tangenciar, de me aproximar, para quem sabe mais tarde, elaborar melhor o pensamento.

Ao mesmo tempo, agora terminado este texto, convido a leitora ou o leitor a fazer o mesmo movimento. Que tal construir um outro sujeito a partir de uma outra perspectiva das múltiplas histórias que sustentam a Instituição Enfermagem? Um convite a ampliar o coeficiente de transversalidade e, assim, enxergar a perspectiva que nos escapa à razão, mas nos afeta os sentidos.

Referências

Abrahão, A. L. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência.** Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas Campinas, São Paulo, 2004.

Foucault, M. **A ordem do discurso.** São Paulo: Edições Loyola, 2001.

Gomes, D. M. C. O perspectivismo ameríndio e a ideia de uma estética americana. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas.** Belém, v. 7, n. 1, p. 133-159, jan.-abr. 2012.

Guillier, D. **Petite histoire de l'analyseur argent**. Les Cahiers de l'implication, Paris 8 Université Vincennes – Saint-Denis, n° 05 hiver ½, p. 9-27, 2002.

Hess, R.; Savoye, A. **L'analyse Institutionnelle**. 2 ed. Paris: PUF, 1993.

Hess, R. **La Socianalyse**. Paris: Éditions Universitaires, 1975.

Krenak, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

Labbate, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital Universitário em Campinas/São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: Rodrigues, H. de B. C.; Altoó, S. (orgs.) **Saúde Loucura 8. Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, p. 79-99, 2004.

Lourau, R. **A Análise Institucional**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

Lourau, R. **Lourau na UERJ. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

Machado, A. L. et al. Subjetividade e pós-modernidade na enfermagem. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 1031-6, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33260>. Acesso em: 17 set. 2023.

Rocha, S. M. M.; Almeida, M. C. P. de. O Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e a Interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto, v. 8. n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

Savoye, A. Análise institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. **Mnemosine**, v. 3, n. 2, p. 181-19, 2007.

Testa, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ANÁLISE INSTITUCIONAL E A ENFERMAGEM NO BRASIL: ENTRELAÇAMENTOS E REFLEXÕES

Cinira Magali Fortuna
Felipe Lima dos Santos
Priscila Norié de Araujo

Introdução

O presente capítulo pretende apresentar reflexões sobre as contribuições da Análise Institucional (AI) para a Enfermagem no Brasil, especialmente em sua linha denominada de sócio-clínica institucional proposta por Monceau (2003).

Considerar a enfermagem como uma instituição significa entendê-la como conjunto distinto de trabalhadores que vendem sua força de trabalho e que participam de práticas profissionais partilhando valores, normas e regras ditas e não ditas. Esses valores e as regras vão se modificando ao longo da história e do contexto em que essas práticas profissionais vão sendo realizadas. Assim, a instituição enfermagem é atravessada e modelada pelos contextos sociais, políticos, econômicos, epistemológicos, ontológicos, históricos, filosóficos e culturais.

Embora seja costume nos referirmos à enfermagem como uma profissão com escopo profissional único em todos os países e que tenhamos organismos internacionais que realizam uma homogeneização da profissão, segundo Santana (2016), a enfermagem compõe profissões muito distintas segundo a cultura, o país e o contexto sócio-histórico em que essas práticas profissionais são executadas. Isso não significa que não haja características comuns dessa instituição nos diversos países em que elas estejam inseridas.

Desde o reconhecimento social da fundação da enfermagem moderna na Inglaterra por Florence Nightingale, os valores da cientificidade e da divisão técnica e social do trabalho passaram a integrar a enfermagem (Almeida, 1997). Mulheres de classes sociais diferentes (nurses e lady nurses) e com acesso a conhecimentos diferentes passam a exercer o cuidado de enfermagem guiadas por saberes advindos da ciência daquele período de revolução industrial. Nem por isso deixa expressar valores de caridade e da religiosidade presentes no

contexto histórico anterior em que a enfermagem era exercida por religiosas e em estabelecimentos hospitalares cujo a principal tarefa não era a cura de doenças e sim o exílio e a morte.

Desse modo, no processo de institucionalização, os aspectos anteriores (valores, regras e leis) de uma instituição podem continuar a conviver com os novos aspectos trazidos pelos movimentos instituintes. No caso da enfermagem, o instituído do processo do cuidado motivado por valores cristãos, caritativos em confronto com forças instituintes que traziam a cientificidade, a necessidade de adequação ao modo de produção capitalista em expansão e da divisão técnica e social entre trabalho manual e trabalho intelectual, redefinem uma enfermagem com características que demarcam as práticas profissionais que ainda hoje.

Pode-se afirmar que as instituições dão lugares e pertencimentos aos participantes das mesmas que se identificam à partir daquele grupo: pertencemos a enfermagem, mas os modos de pertencimento são diversos, assim como os graus de pertencimento que é chamado pelos analistas institucionais de implicação profissional.

O referencial teórico-metodológico da AI francesa de Lourau e Lapassade chega ao Brasil entre os anos de 1970 e 1980 e foi especialmente desenvolvido no campo da Psicologia Social (Souza; Rodrigues, 2022; Cunha; Dorna; Rodrigues, 2006).

Nos anos 2000, em sua vertente socioanalítica e sociohistórica, foi articulado com o campo da Saúde Coletiva especialmente pela Prof^a Dra. Solange L'Abbate (2003), socióloga e professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) que conduziu e orientou estudos em nível de mestrado e doutorado de diversos profissionais, dentre os quais também enfermeiros.

Enfermeiras como Silva (2004), Mourão (2006) e Spagnol (2006) deram continuidade às pesquisas utilizando o referencial em outras universidades brasileiras como a Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), o Núcleo de Estudos e Pesquisas e em Saúde Coletiva Prof^a Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (NUPESCO) criado em 1988 pelas Professoras Doutoras Maria Cecília Puntel de Almeida, Semíramis Melani Rocha e Silvana Martins Mishima do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde

Pública da EERP-USP, produziu estudos que problematizavam a enfermagem enquanto uma prática social e dialogava com referenciais marxistas, advindos da Saúde Coletiva como Mendes Gonçalves (1992), Merhy (2002), entre outros e outras. A enfermagem como trabalho e situada em uma divisão técnica e social, apontava as contradições e subalternização da profissão, articulando os aspectos sócio-políticos das práticas e dos saberes da enfermagem (Almeida, 1997).

Os referenciais norte-americanos das teorias da enfermagem, a teoria de Wanda Horta das necessidades humanas básicas em consonância com o processo de enfermagem, foram tensionados por alguns autores como Almeida (1997) e Silva (1986) com a perspectiva de que seria preciso entender essa profissão em seu contexto sócio-histórico e cultural e as disputas nas quais esta profissão se insere e problematizar a que tipo de ciência se pretendia desenvolver.

No final dos anos 90 e início dos anos 2000, Fortuna (1999) e Matumoto (1998), enfermeiras, e à época pós-graduandas, sob orientação da Prof^a Dra. Silvana Martins Mishima e integrantes do NUPESCO, indagavam-se sobre a necessidade de se articular referenciais que considerassem além dos aspectos contextuais, históricos, sociais e políticos, os aspectos subjetivos e de produção de subjetividade no cuidado em saúde e nas reflexões sobre a enfermagem.

Autores da Saúde Coletiva como Merhy (2002), Campos (2000) e Oliveira (1994) que assessoravam o NUPESCO apresentavam discussões importantes que envolviam conceitos advindos do movimento institucionalista como analisadores, transversalidade, instituído, instituinte, dentre outros.

É preciso ressaltar que no Brasil, a leitura dos conceitos e propostas advindas do movimento institucionalista faz referência a correntes socialanalítica, esquizoanalítica, psicossocial, dentre outras (Baremlitt, 1994). A filosofia da diferença de Deleuze e Guattari e a corrente lourraudiana se entrecruzam em uma mestiçagem singular, diferentemente do modo como essas correntes se desenvolveram na França e em outros países.

As professoras e pesquisadoras enfermeiras, através de pesquisas próprias e de pesquisas orientadas, vão entrelaçar conceitos da análise institucional para a iluminação de problemáticas referentes aos saberes e práticas da enfermagem.

Cabe então indagar: em que aspectos a análise institucional contribui para compreender as práticas profissionais da enfermagem e seus saberes?

Dividimos o capítulo em 3 partes para fins didáticos: na primeira apresentamos contribuições metodológicas da AI e da Socio-clínica Institucional para o campo da enfermagem no Brasil, na segunda apresentamos algumas reflexões advindas de pesquisas realizadas e por fim apresentamos desafios da articulação de referenciais críticos para uma ciência em busca de reconhecimento e de suas especificidades.

Contribuições metodológicas da AI e da Socio-clínica Institucional para o campo da enfermagem no Brasil: Implicações e Práticas Profissionais

Para Lourau (2014) a pesquisa atende a encomendas a demandas sociais, isso significa compreender que os pesquisadores vão propor pesquisas e temas de investigações pautados por “pedidos” nem sempre explícitos, mas veiculados no contexto. É o caso das propostas de investigação submetidas a chamadas para financiamento com temas determinados. Neles o formato do projeto, a problemática e o processo de avaliação vão “conduzir” a escrita, o método, as expectativas de resultados.

Muitos editais atualmente têm um de seus itens de discriminação os resultados e produtos esperados em que os pesquisadores devem antecipar a previsão de onde as pesquisas devem chegar antes mesmo de seu início. Podemos citar ainda a perspectiva mundial de que os resultados incluam as tecnologias. Nesse caso, debates sobre o que vem a ser tecnologia se impõem especialmente para as pesquisas das ciências sociais e humanas.

Os campos de conhecimento que almejam reconhecimento e status de ciência vão rapidamente se inspirar nos métodos e alicerces das ciências reconhecidas sendo essa a perspectiva da crítica de Lourau para a sociologia francesa que buscava compreender os aspectos sociais à partir de elementos estatísticos, pouco se interessando aos processos vivenciados no cotidiano.

O autor propõe intervenções breves para que coletivos analisem suas vivências e problemáticas nas instituições com a presença de um analista ou de uma equipe de analistas externos. Gilles Monceau, que fez sua tese de doutorado orientada por Lourau, propôs a socio-clínica institucional que pode ser entendida como uma atualização das características das intervenções, agora com uma duração no tempo e acompanhamento clínico que permita a análise coletiva.

Uma das perspectivas da pesquisa sócio-clínica e da AI é a atenção ao lugar das pessoas envolvidas com a problemática na investigação, indagando-se o modo tradicional de se produzir conhecimento em que o participante é ouvido ou observado a partir de hipóteses e variáveis definidas à priori por um pesquisador.

Para a sócio-clínica institucional, a característica do envolvimento dos participantes nas definições dos caminhos da investigação aporta outros conhecimentos como por exemplo, a diferença na formulação do problema conforme o lugar, o contexto dos participantes e ainda a iluminação de outras preocupações que as pessoas que vivenciam dadas problemáticas podem apresentar para além daquelas identificadas pelo pesquisador (Monceau; Soulière, 2017).

Esse princípio da participação das pessoas envolvidas na problemática da pesquisa traz para aos pesquisadores da enfermagem a possibilidade da relativização do valor de suas hipóteses e pressupostos e ainda ilumina os diversos tipos de conhecimento, reconhecendo que os participantes não possuem somente algo a dizer sobre a problemática estudada, mas sobretudo analisam a situação por ângulos nem sempre acessíveis aos pesquisadores.

Outra importante contribuição do referencial da AI para as pesquisas da enfermagem é a desnaturalização das leis e regras que compõem as práticas profissionais. Isso significa considerar a fabricação constante dos valores ideológicos, libidinais e organizacionais da profissão.

Nos cursos universitários e técnicos, nos espaços profissionais educativos, nas pesquisas, na gestão de serviços há uma constante reiteração dos aspectos instituídos da profissão. São os valores por exemplo do cuidado, da precisão dos gestos procedimentais, da forma de anotar, das vestimentas consideradas adequadas, dos modos de se relacionar com outros profissionais, todos esses aspectos são códigos construídos e reiterados nas práticas profissionais.

A atenção a esses aspectos nas pesquisas da enfermagem e ainda atenção às forças instituintes que buscam modificar esses valores e regras permitem desnaturalizar e compreender as formas instituídas e os motivos para a fabricação dessas lógicas.

Desse modo, é possível considerar a pluralidade de práticas e de “enfermagens” que se manifestam no cotidiano dos serviços de saúde e em outros espaços. Com isso, abre-se a possibilidade de produção de forças de mudanças.

Os métodos criados conforme a problemática experienciada é também uma contribuição da AI para as pesquisas da enfermagem. Isso significa que o pesquisador esteja atento às transformações que ocorrem no transcorrer da investigação e que os métodos de produção dos dados se façam com a concomitante análise do que se está experienciando.

Notem que a perspectiva sujeito pesquisador e objeto a ser investigado se embaralha na perspectiva de sujeitos em relação produzindo objetos e perspectivas de conhecimento que são provisórios e relativos.

Algumas reflexões advindas de pesquisas em enfermagem realizadas com o referencial da AI

Os temas e objetos de pesquisas do campo da enfermagem se interessam pelas formas de cuidar quando uma doença está instalada, os procedimentos e técnicas de enfermagem mais adequados, as formas de prevenção de agravos e moléstias, formas de promoção da saúde, educação na saúde, modos de formar profissionais da área, modos de gerenciar e organizar serviços de saúde e sistemas de saúde, os ciclos da vida desde a gestação, nascimento, infância, adolescência, adultos, idosos e processo de morte e luto. São temas diversos que implicam em relações com usuários, familiares, gestores, outros profissionais intra e extra enfermagem, outras disciplinas, outros setores para além da saúde.

Para a AI todos esses temas estão sendo produzidos em instituições e na interferência entre elas. Tomamos aqui o conceito de interferência como sendo uma espécie de “entrada” de ondas de rádio em outra frequência, são valores, normas e regras que se embaralham no encontro e desencontro de instituições.

A pesquisa de Santana (2016) se interessou pela formação de enfermeiros no Brasil e na França quanto aos aspectos referentes à promoção da saúde. Sua pesquisa mostra que há diferentes e semelhantes práticas de formação dos enfermeiros, com o forte instituído da formação voltada para dentro dos hospitais, quando as pessoas já estão doentes. Sobre a promoção da saúde, nos dois países, mas especialmente na França há ainda muito a ser trabalhado nesse tema durante a formação.

A pesquisa foi realizada entre 2013 e 2016, momento sócio-histórico em que a enfermagem francesa vivia o desafio da “universitarização”, ou seja, de

vir a ser uma profissão universitária com possibilidades do desenvolvimento da graduação, mestrado e doutorado após o decreto de 2009 (Santana, 2016).

Essa pesquisa de tese em cotutela com a França e o Brasil, foi a primeira cotutela da enfermagem brasileira, inaugurando um processo de produção de saber que hibridava a enfermagem, a saúde coletiva brasileira e o campo das Ciências da Educação e da Formação na França com o referencial da socio-clínica institucional.

Uma das novidades da tese foi a criação de um dispositivo posteriormente aprimorado em outras teses que desenvolveremos a seguir, que é o da análise cruzada. Nele a realidade vivida em um país ou localidade, é apresentada a um outro grupo e promove-se a discussão.

Nesse caso, os dados produzidos aqui no Brasil com professoras de universidades foram apresentados para formadoras de enfermagem na França. Os estranhamentos, as diferenças e semelhanças fazem com que as pessoas diretamente envolvidas na problemática estudada tomem uma certa distância de sua realidade e assim se autorizem a dizer de aspectos não necessariamente percebidos em observação ou verbalizado em entrevistas.

A tese de Silva (2019) também foi uma cotutela entre Brasil e França orientada por Gilles Monceau e Cinira Magali Fortuna e tratou do tema do nascimento e da condição feminina nos dois países.

O nascimento é tratado como um fenômeno universal vivido singularmente, condicionado pelos modos de produção e objeto de disputa de mercado dos profissionais de saúde. Diferenças entre a relação com o corpo, com a dor, com inclusão do pai nesse processo foram aspectos evidenciados.

A enfermagem na França participa do processo do nascer em uma posição menos evidenciada uma vez que esse fenômeno é considerado como objeto de trabalho dos médicos e das “sages-femmes” ou obstetrias.

No Brasil, a enfermagem participa diretamente do planejamento familiar, do pré-natal com consultas e do parto (enfermeiras obstetrias).

A centralidade médica é posta em análise pelo analisador cesariana com forte cultura de que seja a melhor forma de se parir. Movimentos instituintes nos dois países mostram uma procura pelo parto não medicalizado, preferencialmente em domicílio, sem, no entanto, deixar de ser objeto de consumo.

Outra tese defendida por Gatto Junior (2018) tratou da formação universitária de enfermeiros aqui no Brasil. Com o método de pesquisa-ação, o autor construiu dispositivos para abordar as diferentes maneiras de se colocar em ação um currículo anunciado como sendo de metodologia ativa e com o objetivo de formar enfermeiros crítico-reflexivos.

Muitos aspectos instituídos da formação como a avaliação com provas de expressão cognitiva, aulas magistrais reiteravam-se nas práticas docentes. Outro importante achado foi a manifestação da nova gestão pública nas práticas docentes com cobranças de itens mensuráveis como artigos, pesquisas financiadas, autoavaliação, competição entre pares, intervindo para o abandono de métodos de ensino que exigem um acompanhamento mais atento dos estudantes em seu processo de formação.

A contribuição dos conceitos da AI, se deu nas análises e na produção do método de escuta e análise documental dos planos de aula, além de entrevistas individuais e coletivas. A enfermagem na sua busca de reconhecimento enquanto ciência, adere aos critérios de cientificidade balizados para todas as áreas de conhecimento sem distinção no país e ditadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A tríplice jornada de trabalho das docentes (majoritariamente mulheres), a maternidade, o cuidado dos pais, idosos e familiares, além da especificidade do objeto de estudo da profissão, não são levados em conta.

Há assim uma sobreimplicação das docentes e pesquisadoras com a dificuldade de análise da lógica imposta e prontamente aceita e adotada, especialmente em universidades que figuram nos rankings de competição mundial que também segue uma lógica produtivista.

Outra tese em cotutela foi a de Kasper (2021) que tratou do trabalho de enfermeiros nos cuidados primários na França e da atenção primária à saúde no Brasil, constatando o atravessamento da nova gestão pública nos modos de produzir cuidados e descuidos.

No Brasil, programas de financiamento como Previner Brasil (2019), proposto no governo Bolsonaro (de 2019 a 2022), previa o repasse financeiro através de metas e indicadores. Essas passam a ser a razão do trabalho e dirigir ações a serem realizadas independentemente das necessidades de saúde dos territórios ao qual as equipes de saúde são adscritas.

Na França, com os governos neoliberais e o sucateamento dos serviços públicos, há também repasse financeiro por procedimentos e as práticas de cuidados primários são igualmente dirigidos pelo que se determina à priori. Soma-se a isso o modelo assistencial francês ainda mais centrado que no Brasil em hospitais e no saber-fazer dos médicos. A autonomia das enfermeiras francesas é ainda mais restrita dependendo da prescrição médica.

Outra investigação que iluminou as contradições vividas pela enfermagem no Brasil e no México, foi financiada pela Agência Universitária da Francofonia e tratou do tema da violência vivida por profissionais de saúde, especialmente da enfermagem durante o período da pandemia de covid -19.

Muitas situações vividas nos anos de 2020 e 2021 foram colocadas em um certo esquecimento no ano de 2022 quando se deu a pesquisa. Esse “esquecimento” pode ser interpretado como “negação” coletiva do sofrimento e das dificuldades vivenciadas.

Na pesquisa utilizou-se o dispositivo das narrativas e da autoria para produção dos dados. As profissionais de enfermagem foram as pessoas mais expostas ao vírus, ao adoecimento e também a violência de todas as ordens: institucional, física, psicológica.

No Brasil ainda, além da crise sanitária, vivemos a crise política com um governo de extrema direita e que propagava *fake news*, atacava a ciência, as vacinas e propunha imunidade de rebanho e tratamento comprovadamente ineficaz através da hidroxocloroquina. A pesquisa mostra que muitos profissionais da enfermagem não possuem uma leitura crítica do período com a interferência político partidária na saúde resultando em violência e mortes evitáveis. Muitas atribuem a fatalidade ao vírus somente. Contaram que foram vítimas de preconceito em suas vizinhanças, contaram casos de agressões no momento da vacina, contaram de filmagens montadas para dizer que não haviam aplicado as doses de vacina corretamente.

Também foram convidadas a refletir sobre a produção de violência para com os usuários dos serviços de saúde. Na pesquisa, a pandemia se mostrou como um analisador histórico que fez “falar” muitos instituídos como, por exemplo, a divisão técnica e social do trabalho em saúde em que as auxiliares, técnicas de enfermagem e enfermeiras foram “tocadas” diferentemente pela pandemia (Santana *et al.*, 2021).

Desafios da articulação da Análise Institucional com outros referenciais críticos para a produção de uma enfermagem que se vê em movimento e se propõe ao compromisso da produção de uma sociedade mais justa

Certamente o referencial da AI vem contribuindo para olhares críticos em relação às práticas profissionais de enfermagem, à pesquisa e para as práticas na saúde.

O contexto planetário de aquecimento global, de mudanças climáticas, conflitos armados e ameaça nuclear, radicalismo religioso, recrudescimento e propagação de valores conservadores como xenofobia e machismo, relações de trabalho desregulamentadas (uberização do trabalho), fome, desigualdades raciais e sociais, dizimação de povos originários, da fauna e flora, entre tantos outros aspectos, vão compondo desafios para o cuidado em saúde e para a enfermagem. Consideramos a saúde como resultante das condições materiais de existência e, portanto, diretamente produzida nas relações sociais e no modo de produção em curso.

Desse modo, o referencial teórico-metodológico da análise institucional precisa de questionar-se em seu processo de institucionalização e cabe aos estudiosos das instituições incluindo os da enfermagem, a atenção por exemplo, ao valor dado aos pesquisadores homens e brancos na produção científica, com especial atenção ao machismo, racismo e ao colonialismo dos países ditos desenvolvidos como é o caso da França, berço da AI.

Reconhecemos a importância de que esse referencial seja articulado com outros como, por exemplo, aqueles que tratam da interseccionalidade, racialidade, gênero e decolonialidade, interculturalidade, entre outros (Akotirene, 2019; Fernandes, 2016; Fleuri, 2003; Bernardino-Costa; Grosfoguel, 2016; Carneiro, 2023).

Indicamos a importância de que os pesquisadores da enfermagem se autorizem a mediar uma produção de conhecimento com criticidade tendo por norte a produção do direito à vida e a saúde, que produza menos prescrições de modos de viver e mais desejos e projetos de vida. Isso é a implicação ideológica dos autores deste capítulo e precisamos colocá-la também em análise.

Pensamos que através de processos inventivos e coletivos possamos produzir outros saberes e fazeres e ainda, através da miscigenação de conceitos e de práticas e de desnaturalizações, outras perspectivas podem se abrir para a

compreensão das práticas profissionais da enfermagem em seu devir sócio-histórico, econômico, político e cultural.

Monceau e Fortuna (2020) apontam que um dos principais desafios para a Análise Institucional é a de identificar, reconhecer e mobilizar o poder que todos possuímos. Ainda os autores afirmam que:

Para a maior parte dos profissionais, as situações de trabalho são essencialmente constituídas por problemas técnicos a resolver e por pessoas a educar ou a cuidar segundo procedimentos a seguir. É como se um instituto processual tivesse absorvido ou abafado os desejos instituintes. Acompanhar as equipes profissionais significa desenvolver uma clínica do poder que lhes permita refletir sobre as implicações políticas e institucionais das suas próprias práticas. A partir de agora, é muito mais necessário abordar as implicações da institucionalização (novos métodos de gestão, novas práticas, novos quadros jurídicos etc.) do que a oposição entre o instituído e o instituinte (Monceau; Fortuna, 2020, p. 24).

Há que se interrogar a valorização excessiva dos saberes exportados, especialmente dos países do norte como Europa e Estados Unidos, a predominância de pesquisas de abordagem positivista, da relação intrínseca entre a profissão e a racialidade (maior parte da enfermagem brasileira é parda e preta) (Machado, 2017), do gênero (mulheres, gays e lésbicas compõem a maioria dessa força de trabalho embora não tenhamos encontrado pesquisas recentes sobre a caracterização da enfermagem brasileira segundo as orientações sexuais e de gênero), da interferência da religiosidade com atual tendência evangélica, dentre outros aspectos ocultos e presentes na instituição enfermagem.

Referências

- Akotirene, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro, 2019.
- Almeida, M. C. P.; Rocha, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- Baremblytt, G. **Compêndio da Análise Institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1994.
- Bernardino-Costa, J.; Grosfoguel, R. La decolonialidad y la perspectiva negra. **Sociedad y Estado**, v. 31, n. 1, p. 15–24, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922016000100002>. Acesso em: 17 set. 2023.

Brasil. Ministério da saúde. **Programa previne Brasil**. Portarias nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 e nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 e dá outras providências. 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 17 set. 2023.

Campos, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2000.

Carneiro, S. **Dispositivo de racialidade**: A construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

Cunha, A. A. G. da; Dorna, L. B. H.; Rodrigues, H. B. C. **Uma contribuição à história da Análise Institucional no Brasil através de depoimentos orais**: o Setor de Psicologia Social da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) nas décadas de 1960 e 1970. *Mnemosine*, Rio de Janeiro - UERJ, v. 2, n. 1, 2006. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41396/28665>. Acesso em: 17 set. 2023.

Fernandes, D. de A. (2016). El género negro: apuntes sobre género, feminismo y negritud. **Revista de Estudios Feministas**, v. 24, n. 3, p. 691–713. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2016v24n3p691>. Acesso em: 17 set. 2023.

Fleuri, R. M. (2003). Intercultura y educación. **Revista Brasileña de Educación**, n. 23, p. 16–35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782003000200003>. Acesso em: 17 set. 2023.

Fortuna, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde produzindo e reproduzindo-se em subjetividade - em busca do desejo, do dever e de singularidades**. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999. Disponível em: [doi:10.11606/D.22.1999.tde-03022009-103507](https://doi.org/10.11606/D.22.1999.tde-03022009-103507). Acesso em: 17 set. 2023.

Gatto Júnior, J. R. **O professor-enfermeiro e a docência no ensino superior**: entre teorias pedagógicas e o gerencialismo. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: [doi:10.11606/T.22.2019.tde-19032019-163033](https://doi.org/10.11606/T.22.2019.tde-19032019-163033). Acesso em: 17 set. 2023.

Kasper, M. S. **Repercussões da nova gestão pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França**. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021. Disponível em: [doi:10.11606/T.22.2022.tde-13052022-111604](https://doi.org/10.11606/T.22.2022.tde-13052022-111604). Acesso em: 17 set. 2023.

L'Abbate, S. Análisis institucional y salud colectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265–274, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100019>. Acesso em: 17 set. 2023.

Lourau, R. **Análise Institucional**. 3 ed. São Paulo: Editora Vozes, 2014.

Machado, M. H. **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final: Brasil. Coordenado por Maria Helena Machado. Rio de Janeiro: NERHUS DAPS ENSP/Fiocruz, 2017.

Matumoto, S. **O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998. Disponível em: [doi:10.11606/D.22.1998.tde-14012009-164720](https://doi.org/10.11606/D.22.1998.tde-14012009-164720). Acesso em: 17 set. 2023.

Mendes Gonçalves, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR, São Paulo, Série Textos, 1992.

Merhy, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

Monceau, G. Pratiques socianalytiques et socio-clinique institutionnelle. **L'homme et la société**, n. 1, p. 11-33, 2003.

Monceau, G., Fortuna, C. M. (2020) Le pouvoir des sujets dans les institutions: de sa négation à sa reconnaissance, **Nouvelle revue de psychosociologie**, v. 2, n. 30, p. 111-127, 2020. Disponível em : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2020-2-page-111.htm>. Acesso em: 17 set. 2023.

Monceau, G., Soulière, M. (2017). Mener la recherche avec les sujets concernés: comment et pour quels résultats?. Éducation et socialisation. **Les Cahiers du CERFEE**, n. 45, 2017. Disponível em : <https://hal.science/hal-01712955>. Acesso em: 17 set. 2023.

Mourão, L. C. **O professor e a instituição formação em saúde: implicações nas transformações curriculares**. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1604857>. Acesso em: 17 set. 2023.

Oliveira, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

Santana, F. R.; Fortuna, C. M.; Kasper, M.; Santos, K. S.; Silva, S. S.; Gatto Júnior, J. R.; Aubouin, C.; Monceau, G. A pandemia da COVID-19: um analisador da gestão em saúde no Brasil e na França. In: SILVA, S. C. C. C. **Saúde Pública no século XXI pandemia de covid-19**. Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021, v. 2, p. 11-26. Disponível em: <https://editoraomnisscientia.com.br/catalogos/ciencias-da-saude/saude-publica-no-seculo-xxi-pandemia-de-covid-19-2/>. Acesso em: 17 set. 2023.

Santana, F. R. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França**. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: doi:10.11606/T.22.2016.tde-05072016-090025. Acesso em: 17 set. 2023.

Silva, A. L. A. da. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerencia**. 2004. 214p. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1599953>. Acesso em: 17 set. 2023.

Silva, G. B. de. **Enfermagem profissional brasileira: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

Silva, S. S. **Institucionalização do nascimento por cesariana no Brasil e na França: componentes educativos e sanitários**. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

O CUIDADO, A VIDA ATÉ A MORTE E A ANÁLISE INSTITUCIONAL

Magda de Souza Chagas

Introdução

O caminho que vamos trilhar terá como ponto de partida, ou melhor seria dizer como linha condutora, como fio que constrói a tecitura, o cuidado². Inspirando Ariadne que entregou o fio de lã que conduziu Teseu para fora do labirinto, assim entraremos no território da morte. Sim, é possível entrar no território da morte - observar, aprender, ter vivências para além da tristeza, do medo e da negação. É possível cuidar de quem vive o processo de morrer, é possível cuidar de quem cuida e é possível cuidar de quem continuará a viver e terá a presença do luto, cada um(uma) à sua maneira e necessidade.

O convite para entrar no território do tema considerado tabu, “relar” com a mais “indesejada das gentes”, pretende ser amoroso. A singular e adequada condução tem motivos que conversam na e com a filosofia. No livro *Ser e Tempo*, de maior expressão de Martin Heidegger, o autor aborda a questão ontológica do ser embrenhado e em relação com a questão do tempo e do cuidado. O Cuidado está presente em *Ser e Tempo*, inclusive, como uma fábula de Higino, transcrita abaixo, que versa entre o cuidado, a mortalidade e a angústia:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cura viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A Cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a Cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o nome. Enquanto Cura e Júpiter

2 Em latim, donde se derivam as línguas latinas e o português, cuidado significa Cura. Cura é um dos sinônimos eruditos de cuidado, utilizado na tradução do famoso *Ser e Tempo*, de Martin Heidegger. Em seu sentido mais antigo, cura se escrevia em latim coera e se usava em um contexto de relações humanas de amor e de amizade. Cura queria expressar a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada. Outros derivam cuidado de cogitare-cogitatus e de sua corruptela coyedar, coidar, cuidar. O sentido de cogitare-cogitatus é o mesmo de cura: cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, até de preocupação pelo outro. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim, de sua vida (Boff, 2005)..

disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a Cura quem primeiro o formou, ele deve pertencer a Cura enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar-se Homo, pois foi feito de húmus” (Heidegger, 2009, p. 266).

Na citação acima, onde está escrito Cura, conforme a nota (1), podemos ler Cuidado, outro significado para a palavra Cura, que está presente no texto original de Heidegger. Simultaneamente, é interessante perceber na fábula a relação do Cuidado, que precede a espécie humana e que estará presente durante toda a vida de diferentes maneiras e dimensões, desde o nascimento. Cuidado, como a própria fábula apresenta, é do humano, cuidar do húmus (do fértil) é inerente ao ser humano. Leonardo Boff (2005) sugere que Cuidar não é um ato e sim uma atitude e, como tal, vai para além do dar atenção e zelar. “Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 2005, p. 12).

A morte e o cuidado parecem falar a mesma língua, ou ao menos uma língua próxima. Se o Cuidado é inerente à espécie humana, o Cuidar do morto, do corpo morto assim também o é, ou era. Morin (1997) destaca uma distinta particularidade: somente na espécie humana a morte está presente ao longo de toda a vida, inclusive com ritual funerário. Os homens de Neandertal já apresentavam preocupação com os mortos, preocupação expressa através das sepulturas. A existência da sepultura expressa certo modo de tratar, de cuidar dos mortos, que pode ser visto como um sinal de humanização daqueles. “O dado primordial, fundamental, universal da morte humana é a sepultura” (Morin, 1997, p. 24). A sepultura pode ser vista como cuidar da pessoa que morre, a perpetuação da sua existência (em alguns casos as sepulturas eram preparadas como se as pessoas continuassem vivas; o não-abandono como sobrevivência), ou mesmo como um ato, uma espécie de revolta contra a morte.

Assim, Morin (1997) considera que a morte, ou a consciência e o cuidado com a morte são responsáveis pela ruptura entre o homem e o animal. Ruptura de significação tão considerável quanto o cérebro, a linguagem e a ferramenta. Neste caso o cuidado com a morte, como a ferramenta, afirma o indivíduo, o prolonga no tempo, além de exprimir inadaptação do homem ao mundo.

Entre os gregos antigos, a questão da convivência com a morte já estava presente; consideravam que o sentido da vida era morrer, porque, para eles, “Eu nasci para morrer e porque os deuses querem” (Nietzsche apud Costa, 2011). Justamente isto vai se constituindo como terrível e trágico para nós, ou seja, saber que morremos. Morremos continuamente. Nietzsche considerava que é fácil amar a vida, se não disfarçamos o que ela seja. Não embelezar a vida e ainda assim dizer sim para ela, isto era o que faziam os gregos antigos e o que ele considerava que deveríamos ressaltar. Enfrentar a morte não como movimento bélico e sim não fugir diante da possibilidade de olhar de frente, de viver a situação e quem sabe aprender com ela.

Heráclito tem um fragmento que diz: “Eu não sei por que criamos duas palavras para o mesmo fenômeno? Porque a única forma de viver é morrer e de morrer é viver” (Costa, 1999). Ao invés de mantermos a tensão na existência, no movimento trágico da vida, o que surge é a dicotomia; cria-se um truque para separar as duas (vida e morte) como coisas distintas, separamos vida e morte para então amarmos uma e odiarmos a outra.

A relação vida-morte se constitui como a imagem-movimento do coração que a cada momento bate, bate tanto para viver como para morrer. Ele bate tanto para alimentar o corpo, a vida e, com a mesma força, a cada batida, se aproxima cada vez mais da morte. É a exuberância do simbólico-diabólico, nas sístoles e diástoles, que estudantes de graduação da área da saúde aprendem e depois usamos diariamente no agir profissional sem nos darmos conta disso, da batida para a vida e para a morte. Relação ser e devir. O prefixo grego *sym* significa reunião, concentração e o prefixo grego *dia* significa dispersão - despedaça, tira a reunião.

Uma antropóloga brasileira, Manoela Carneiro da Cunha, ao estudar os índios Kraho que, em 1979, viviam à margem direita do rio Tocantins, no cerrado norte de Goiás, apresenta a seguinte visão:

Na realidade, vivos e mortos podem ou não serem concebidos como antônimos, par de opostos em uma classificação: ou melhor, não é na realidade tanto a existência da oposição que interessa – provavelmente sempre se poderá, em certo contexto, opor vivos e mortos – mas antes a precedência desta classificação sobre as outras. Se por exemplo a linhagem, onde ela exista, for um operador classificatório mais importante do que a distinção vivo-morto, esta esmaecerá e passará a um segundo plano (Cunha, 1979, p. 3).

Olhar para os povos originários, os primeiros habitantes do país, é importante para reconhecermos que o conhecimento atravessa gerações, habita a oralidade e não mora apenas nos livros ou na academia, que diferentes povos e culturas têm diferentes formas de lidar com a morte.

Ao saber que alguém está prestes a morrer, acodem à casa dele as mulheres da aldeia. Invadem a casa, silenciosas, e sentadas ou de pé, fitam o moribundo. Embora essa presença na casa seja comum a todas as mulheres da aldeia, a distância em que se colocam é reveladora de seu envolvimento enquanto parentes do morto ou estranhas. Os funerais, neste ponto, consistem em uma verdadeira coreografia, onde são afirmados ostensivamente os laços de parentesco, independente dos sentimentos que se possa ter ou dos sentimentos atribuídos pela comunidade (Cunha, 1979, p. 24).

Se para Shopenhauer (2004) a morte é “o gênio inspirador, ou a musa da filosofia”; se segundo ele Sócrates definiu a filosofia como “preparação para morte”, para Deleuze (2002) a filosofia de Espinosa “consiste precisamente em denunciar tudo o que nos separa da vida”, onde “todas as falsificações da vida, todos os valores em nome dos quais nós depreciamos a vida: nós não vivemos, mantemos apenas uma aparência de vida, pensamos apenas em evitar a morte e toda a nossa vida é um culto à morte” (Deleuze, 2002, p. 32). Sendo assim, podemos voltar nossos olhos para a afirmação de Cláudio Ulpiano (1995): “a filosofia que não serve para a vida, não serve para nada”.

A morte e a Análise Institucional

Assim surge a terceira perna do tripé desse texto. Quais as duas anteriores? Morte e Cuidado. Encontrar com a morte e ter a Análise Institucional (AI) como ferramenta é possível e ao mesmo tempo provocador. Uma por ser referencial

que surge nas ciências sociais e se articula com diferentes áreas de conhecimento (Direito, Economia, Sociologia, Psicologia, Antropologia, Filosofia e Pedagogia) (Kasper et al., 2020). Outra pela possibilidade de abriremos diferentes perspectivas, ao mesmo tempo que podemos viver desterritorializações, reterritorializações e processos de subjetivação.

Conceitos ferramentas da AI, como instituídos, instituintes, instituições, implicação, analisador, entre outros, possibilitam ler o cotidiano, as relações micropolíticas e carregar para os encontros na saúde outras possibilidades, outros olhares. Assim como olhar para a morte e o cuidado com a morte.

O território da morte é território imerso em instituições como família, medicina, enfermagem, saúde, educação, trabalho, classes sociais e outras. Cumpre deixar de pensar que essas são apenas palavras e vê-las como conceitos que se “pretendem” sólidos, definidos e imutáveis, mas perceber que existe tensão, existem forças em disputa e que isso é possível com o olhar emprestado da AI. Assim, podemos olhar para o campo da saúde como uma instituição e, ao fazermos isso e colocarmos lupa, podemos perceber que nesse território outras instituições, como religião e gênero, estão presentes e em arranjos. O que são essas instituições na construção do cuidado com a pessoa? O que são essas instituições na construção do cuidado da/para pessoa em processo de morte? Se instituição é o resultante da tensão dialética entre instituinte, instituído e institucionalização, seria a morte uma instituição?

Travessias, Trilhas e Caminhos

Todo caminho, travessia e trilha começa e pode ganhar espaço e corpo a partir do tipo de encontro, do fluxo, do que levamos e do que criamos no encontro. Uma imagem que pode ajudar a pensar sobre o que são os encontros realizados é a imagem do surfista no encontro que estabelece com a onda: “O surfista não sabe antecipadamente a forma da onda que ele vai pegar ou os movimentos que ele vai fazer. Isso acontecerá no encontro, naquele momento em que a onda estiver se fazendo e o surfista surfando-a, numa bela definição do ser, sempre em devir” (Chagas et al., 2014, p. 136). Podemos ter ferramentas, técnicas e treinamentos, mas o que vai acontecer no encontro é

da ordem do inesperado e estar sobre a prancha no momento do encontro é ter a inteligência do surfista e saber ser no acontecimento. Assim é, assim são, assim podem ser os encontros que estabelecemos com o outro, inclusive o outro que vive a morte anunciada.

A possibilidade de acompanhar de perto o que se passa na pele, na mente, no coração de quem vive e convive com a morte, com o processo de morrer ou com a morte “quase anunciada” tem suas importâncias, dificuldades e territórios. Foi assim que vivi a experiência singular e acompanhei 3(três) adolescentes, familiares e profissionais da saúde, com registro de narrativas. Vale salientar que o material foi fruto de pesquisa e teve aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa - CEP.

Aqui será destacada a narrativa da mãe de um adolescente atendido na onco-hematologia de um hospital no estado do Rio de Janeiro. Conversar com as pessoas que vivem intensamente, experimentam o dia a dia do medo, das perdas, da quase morte, das lutas, enfrentamentos e morte é descortinar, atravessar o palco e chegar à coxia. Lá, onde tanta coisa acontece, não temos acesso, ou não nos ocupamos com frequência. Quantas resistências, re-existências e instituintes.

Em alguns momentos, a narrativa estará na primeira pessoa, com a intenção de oferecer ao leitor a possibilidade de entrar em contato diretamente com o que foi apresentado sem intermediária(o). Em outros momentos adoto a minha própria narrativa, ou a narrativa da narrativa, inspirada nos textos de Walter Benjamin (1987) e Paul Ricoeur (2012a, 2012b).

O devir aranha de *Bela de saia*

Bela de saia era uma negra lindíssima de 38 anos, com 4 filhos e 3 netos. Pele e corpo de quem se cuidava sem exagero, as rugas eram poucas para quem certamente não teve uma vida fácil. Ela foi criada pela avó e, aos 14 anos, queria liberdade e resolveu casar. Engravidou e aos 15 anos já tinha o 1º filho; e no ano seguinte, o 2º. Quando ela e o marido mudaram de igreja evangélica, na nova o pastor orientou a não fazer controle de natalidade, não evitar filhos. Resultado: 4 (quatro) filhos, um atrás do outro, que hoje estão com 23, 21, 19 e 18 anos. *Filho da mãe* é o caçula. *Bela de saia* percebeu que a liberdade que tinha era antes de casar, mas só conseguiu perceber depois. Decidiu e pediu separação, pois queria viver

a vida à sua maneira. Exercia a atividade de auxiliar de serviços gerais, realizava faxina nas casas de algumas pessoas e, depois de um tempo, falou do sonho de cursar psicologia.

Conhecida como “Aquela mulher que tinha conseguido entrar no centro de referência nacional para tratamento de câncer”, na situação que muitos(as) apontavam como “furo de fila”, a teia-rede chegou a ter passagem por uma rede de televisão. Procurou a defensoria mais próxima de casa, foi mal atendida, mas conseguiu a informação de que necessitava, ir para a defensoria pública da união. Ao ouvir a atendente falar que “As pessoas perdem braços, pernas, aguardando. Por que será diferente com o seu filho?” No meio do salão, diante de um monte de gente, *Bela de saia* disse que começou a falar bem alto e perguntou se ia precisar chamar a televisão e rapidamente mudaram de comportamento, levaram-na para uma sala e “fizeram no computador o que era para ser feito”.

Decidiu ligar para uma rede de televisão porque “Eu sei que eles gostam de fofoca! No mesmo dia agendaram e foram na minha casa para entrevista!”. A preocupação dela passou a ser o cenário da entrevista e, assim, ligou para o ex-marido e pediu que deixasse de lado os problemas com ela e fosse participar da entrevista. Organizou também os vizinhos da rua onde morava há mais de 25 anos e pediu que gritassem: “Queremos *Filho da mãe* de volta! Queremos *Filho da mãe* de volta!” No dia seguinte à reportagem da rede de televisão, o centro de referência nacional para tratamento de câncer ligou para ela e agendou atendimento. *Bela de saia* disse que já havia ido ao centro de referência nacional para tratamento de câncer e tinha sido maltratada e que os profissionais tinham sido muito grosseiros com ela e com o filho.

Bela de saia estava inconformada quanto ao estado e quadro do filho e sendo a filha de 21 anos 100% compatível com *Filho da mãe*, ela não entendia a não realização imediata do transplante de medula óssea. Ou seja, “o mais difícil” tinha conseguido e, para ela, não tinha motivo para esperar.

Quando voltou ao centro de referência nacional para tratamento de câncer após a reportagem, foi chamada à sala do diretor geral, que, segundo ela, tentou intimidá-la. *Bela de saia* disse que perguntou se deveria ficar preocupada em relação ao que poderia acontecer com o seu filho e o diretor disse que não. Antes de sair do gabinete da direção, ela pediu que ele assinasse um documento, informando que o

filho dela seria atendido no centro de referência nacional para tratamento de câncer. Justificou ao diretor dizendo que “Papel assinado é garantia. Eu não posso ter como garantia o que foi passado de boca e poderão não acreditar em mim”.

Diante do quadro grave e da decisão de transferência de *Filho da mãe* para a UTI, a tensão e tantos sentimentos se fizeram presentes em bloco, instantaneamente! Ela começou a falar do menino dela que ia para UTI e do quanto ela queria mudar de lugar com ele, que Deus devia ter um propósito para aquilo, que ela sempre cuidou dos filhos com dificuldade e que sempre trabalhou, fez de tudo para que não faltasse nada para os filhos, só não fez roubar, mas não entendia o que estava acontecendo, por que estava acontecendo aquilo com ela e com o menino dela. Falei o que ela acreditava e, assim, que não sabíamos o que Deus estava desenhando para cada um de nós, mas com certeza enquanto não terminasse, enquanto *Filho da mãe* estivesse vivo, era nisso que iríamos nos concentrar. Não queria mentir ou criar frases falsas, mas considerava que ela precisava se segurar em algo, e este algo era esperança. Assim, enquanto *Filho da mãe* estivesse vivo, nós iríamos concentrar nossas energias.

Bela de saia falou que *Filho da mãe*, nos últimos dias, tinha falado muito que a amava, pediu para que ela não o abandonasse nunca, e ela falou que tinha ficado com medo do que tinha ouvido dele: “Meu filhinho está se despedindo de mim!” Difícil ouvir e não me largar à emoção, mas naquele momento não ajudaria em nada se fôssemos as duas a chorar. Falei que as pessoas quando se encontram em momentos mais frágeis podem se abrir mais, falar mais dos sentimentos e que achava muito bom quando isso acontecia e falavam do quanto amavam, pois considerava que aquilo era bom e importante tanto para quem falava quanto para quem ouvia. Claro que estava concordando com *Bela de saia*, que poderia, sim, ser início de uma despedida, mas pensei que ela poderia entrar em contato com isso por ela mesma, o que já estava acontecendo no ritmo dela. *Bela de saia* falou então que sonhou que chegava ao hospital e recebia a notícia de que o filho tinha falecido. Antes de se entregar a uma única possibilidade de interpretação, ela falou: “Às vezes Deus manda uma mensagem no sonho para preparar as pessoas. Eu não acredito muito em sonhos, mas às vezes pode não acontecer, não é mesmo?” Usei a imagem de uma corrida onde só quando cruzávamos a linha de chegada é que a corrida acabava. Após 5(cinco) dias de UTI, *Filho da mãe* morreu.

Foi estranho chegar no cemitério e sentir que até na morte, ou inclusive na morte, continuamos segregados. Percebi que estava explicitamente em um cemitério para pobre. Até ali estava presente a divisão de classes que temos em outros cenários da sociedade. Quando cheguei, chamou minha atenção o quão cuidadosas(os) elas(es) foram comigo; ali naquele momento de intensa dor conseguia perceber traços de alegria ao me apresentarem como “a psicóloga do hospital”³. Quando encontrei *Bela de saia* nos abraçamos terna e longamente, e ela falou e falou aos meus ouvidos e ao meu coração, falou coisas belíssimas em agradecimento e eu, que achava que estava ali para cuidar dela, fui posta no colo e ninada. Agradecimento pelo carinho que tive com ela e com o filho dela, “Coisas que não têm preço. Tem gente que acha que o dinheiro é mais importante, mas não é. Que você continue assim esta pessoa maravilhosa e especial que você é, com este coração bom. Continue assim!”. Me abraçou longamente. Eu não consegui falar nada. Nada diferente de que “O agradecimento é meu!”.

A Análise Institucional no território da morte

Podemos olhar para o território do hospital, ou especificamente o setor de onco-hematologia, ou mesmo outros espaços de cuidado e ver somente repetição, nada de diferente. Como se nada de novo fosse possível emergir, ou nada que “eu desconheça, uma vez que conheço e sei tudo”. Quando temos a oportunidade de parar, escutar interessada, cuidadosa e atentamente o que cada pessoa tem para falar, podemos perceber a imensidão que cada pessoa carrega. Por isso *Bela de saia* chama atenção por diferentes motivos e, ao olhar com as lentes da AI, temos a chance de ampliar, acessar outras dimensões.

Bela de saia, uma mulher negra, de família negra, com filhos e netos negros, moradora de uma favela, que trabalhava como “faxineira”, ousou enfrentar diferentes instituições e construir a rede de cuidados para o filho, ousou confrontar o diretor de um estabelecimento de referência nacional. Em um dos países que mais mata negros, com racismo estrutural gritante, as pejejas que essa mulher enfrentou foram inúmeras, inclusive na construção e reedição de si. Poderíamos

³ Embora todas e todos soubessem que minha formação é/era Enfermagem, me chamavam de Psicóloga. Primeiro porque expressavam gostar de conversar comigo e diziam que ficavam mais calmas(os) e organizavam os pensamentos, sentimentos e ficavam confiantes. Segundo porque, de acordo com elas(es), eu “gostava de conversar”.

olhar com as lentes da AI e perceber que essa mulher não deixou instituições como justiça e saúde dominarem o seu desejo, sua pulsão de vida, sua decisão e seu querer. A ação dela começou em uma das instituições mais duras e fechadas, que é o direito/justiça, atravessou a mídia - onde ela usou e não foi usada - e chegou a outra tão dura e encastelada instituição, que é a saúde.

Ver o caminhar de *Bela de saia* é perceber que ela opera forças instituintes intensamente. Estavam lá na decisão de casar para conquistar liberdade, na decisão de separar, mesmo em uma religião que desaprovava tal ação, em uma sociedade que em pleno século 21 ainda olha para a mulher sem marido como ser sem voz, ou ainda como uma ameaça. As forças instituintes estavam lá quando foi buscar na justiça o atendimento que considerava de direito e na maneira como “enfrentou” o diretor. Uma mulher negra, sem o ensino médio completo, que só conseguiu atendimento por força da mídia. Aqui também podemos destacar que não foi a justiça que assegurou o atendimento no centro de referência, foi a pressão da mídia. Essa faxineira, diante de um homem branco, diretor de um estabelecimento de referência, não deixou colar em seu corpo nenhum (pré) conceito. Em cada conceito preestabelecido, ela produziu dobras. Quantas ou quantos não calariam diante da figura do diretor? *Bela de saia* é vulcão instituinte, largando larva aos céus. Não são raros os relatos de descobertas de forças nunca experimentadas diante da necessidade, como no caso de mulheres aparentemente tímidas e/ou submissas que se redescobrem fortes e potentes, seja pela necessidade que a vida impõe, seja por reação às constantes e frequentes violências cotidianas.

Para além do que aconteceu com *Bela de saia*, eu, pesquisadora, posso recolher o que produzi ou o que foi produzido nos meus corpos. Pensar em analisar minhas implicações. Isso é fantástico! É preciso pausar e olhar para si. É preciso pausar, olhar para si, para os movimentos que se realiza e tentar perceber e analisar: O que cada passo quer dizer? O que diz um ato? O que expressa uma palavra escolhida no lugar de outra? A AI me apresenta isso.

Um dos primeiros pontos a destacar na construção do encontro ou dos encontros foi o fato de ter colocado em suspensão a instituição profissional da saúde ou mesmo a Enfermagem e o meu ser Enfermeira. Isso não quer dizer que deixei de ser enfermeira em momento algum, mas deixei a pessoa que me habita em primeiro plano e não a profissão. Foi assim que encontros foram estabelecidos, ao pensar o tempo todo: O que levamos para o encontro com o outro, ou com

a outra? Construímos possibilidades de estar em relações horizontais e não submissas, ou desprovidas de autonomias? Quando cheguei a primeira vez, não sabia por onde começar. Deixei ao acontecimento. Me aproximei. Aproximei ao máximo as cadeiras, os corpos e assim as existências.

Romper com barreira erguida entre a “profissional da saúde” e a “mãe do usuário”, ou adotar outras possibilidades, como não ser a portadora do conhecimento, reconhecer não ter resposta para todas as situações ou perguntas, estar exposta ao desconhecido, foi possível ao olhar o que estava presente ou o que se constituía como território secularmente construído e que pode ou não estar presente e em disputa no encontro. Foram muitas as experimentações, dobramentos e desdobramentos. Inclusive a possibilidade de me colocar em experimentação no território da morte, junto com *Bela de saia* e *Filho da mãe*.

Considerações

Ao refletir sobre esta experiência de me misturar com estas pessoas consideradas “simples”, não lembro de ter me provocado tanto, de ter experimentado tanto os espaços de vida e, assim, um novo olhar para a complexidade do “simples”. Não, estas pessoas não são simples. Elas são complexas como todos e cada um de nós. As dores doem, o ar entra rachando na fragilidade, elas se articulam na dificuldade, são solidárias, aprendem a espremer o sumo da felicidade com pouco e sorriem. Mas não são só risos. As dores doem, as dores da perda...isso provoca mudança na essência. Um anúncio de morte de um rapaz negro de uma comunidade qualquer faz pensar nas *Belas de saia* espalhadas por aí. Os tantos vulcões instituintes que desconhecemos. Pessoas que vivem à margem da cidade, que têm sonhos como nós, que, mesmo com todas as adversidades que a vida impõe, que nós, sociedade, impomos, respiram, inspiram e expiram. Vida e morte.

Estar no território da morte é também adotar outras perspectivas, questionar o valor atribuído às pessoas, suas formações e estar no mundo, questionar o valor atribuído a posições e coisas, é colocar em suspensão ou questionar as certezas absolutas, é dar espaço à dúvida, ao receio, aos sentimentos. É perceber que uma tese dançando com uma hipótese pode provocar uma antítese avassaladora! A morte conVida e ela diz de cara: Seja Instituinte Comigo!

Referências

- Benjamin, W. Obras escolhidas-**Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- Boff, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, 1(1). Acesso em: 26/11/2020, Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503>. Acesso em: 26 nov. 2020.
- Chagas, M. de S.; Talleberg, C.; Souza, M. C.; Paz, E. F. da. As diversas formas de experimentação da crise no encontro dos trabalhadores e usuário na produção do cuidado em um CAPS no Estado do Rio de Janeiro. In: Gomes, M. P. C.; Merhy, E. E. (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: REDE UNIDA, v. 1, p. 134-153, 2014.
- Costa, A. Anotações particulares do Curso: O Teatro Trágico vai ao Cinema. Casa do Saber. Rio de Janeiro, fev./mar. 2011.
- Costa, A. **Thánatos**: da possibilidade de um conceito de morte a partir do Lógos Heraclítico. Porto Alegre: EDI-PUCRS, 1999.
- Cunha, M. C. da. **Os mortos e os outros**: uma análise do sistema funerário e da noção de pessoa entre os índios Krahó. São Paulo: Editora Hucitec, 1978.
- Deleuze, G. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.
- Heidegger, M. **Ser e Tempo**; tradução revisada de Marcia Sá Cavalcante Schuback. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- Kasper, M.; Fortuna, C. M.; Braghetto, G. T.; Marcussi, T. C.; Feliciano, A. B.; L'Abbate, S. Institutional analysis in scientific health production: an integrative literature review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, e03587, 2020.
- Morin, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- Ricouer, P. **Tempo e Narrativa**. 1ª intriga e a narrativa histórica. vol.1. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012b.
- Ricouer, P. **Vivo até a morte**: seguido de fragmentos. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012a.
- Shopenhauer, A.. **Metafísica do amor, metafísica da morte**. 2ªedição.São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- Ulpiano, C. **Curso de Verão - Filosofia e Arte**, 1995, Aula 6, dia 31/01/1995. Disponível em: <http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/?p=921>. Acesso em: 02 ago. 2015.

A CONDIÇÃO FEMININA, O PARTO E AS TENSÕES ENTRE PROFISSIONAIS DA MEDICINA E DA ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES DA SÓCIO-CLÍNICA INSTITUCIONAL

Simone Santana da Silva
Cinira Magali Fortuna
Gilles Monceau

Aspectos introdutórios

Antes de dar início à primeiras considerações do presente texto, faz-se necessário que reconheçamos, como autores deste estudo, nossa captura à marcante e histórica influência das bibliografias eurocêntricas no debate sobre as questões das mulheres. Elas, ao mesmo tempo em que são indiscutivelmente importantes, tendem a invisibilizar aspectos referentes às forças vinculadas ao patriarcado e ao colonialismo, ou seja, ainda se sentem incapazes de confrontar aspectos relacionados principalmente à **violência e apropriação**.

O que pode ser observado, por exemplo, na maneira como se desenha a história da nossa terra antes da expansão territorial europeia (A descoberta do Brasil e não a colonização), no modo pelo qual se relata o comportamento das mulheres, ou ainda, no modo de focalizar o saber dos povos originários do Brasil e América Latina.

Nos dias atuais, embora haja uma resistência a tais forças, elas ainda encontram estratégias para dar prosseguimento ao seu projeto e atuam, fortemente, alicerçadas pela colonização teórica numa perspectiva de dominação e soberania (Hollanda, 2019). Neste sentido, reconhecemos a necessidade de ampliação do diálogo no que envolve, principalmente, a valorização de pensadoras latinas, indígenas e negras, tais como: (Akotirene, 2018; Carneiro, 2019; Demétrio; Fran; Bensusan, 2019; Gonzalez, 2019; Nascimento, 2019; Saffioti, 2019), entre outras, as quais propõem um pensamento na perspectiva interseccional, fundamental para o entendimento das questões feministas e da saúde da mulher.

E, apesar de existirem políticas específicas voltadas à assistência à mulher e ao bebê no Brasil (Brasil, 2013, 2017), em termos reais, o modo como estas

se organizam está associado a diferentes aspectos, entre os quais os econômicos, sociais, culturais, técnicos, simbólicos e estruturais. Neste sentido, a construção da assistência obstétrica no Brasil passa por diferentes momentos. Há de se destacar os anos, sobretudo, entre as décadas de 1980 e 1990, que demarcaram a consolidação de um debate preocupado com a humanização do parto e do nascimento e, ainda, com a questão de combater a violência obstétrica e as nuances da concreta violência institucional. Nesta luta, houve a participação conjunta da sociedade e dos profissionais, especialmente, enfermeiras(os) e médicas(os) (Sena; Tesser, 2017). Atualmente, as enfermeiras obstetras e obstettrizes⁴ são profissionais legalmente aptas para o acompanhamento da mulher em todas as fases da gestação, inclusive, do parto, desde que seja uma gravidez de risco habitual e parto vaginal sem distocia.

No que envolve o acompanhamento da mulher e do bebê, é lúcido reconhecer a existência de uma disputa profissional que ocorre com maior ou menor intensidade, a depender do contexto. As políticas do SUS determinam, por exemplo, que a realização de consulta de pré-natal de gestação de risco habitual pela enfermeira seja intercalada com a presença do(a) médico(a), mas isso não ocorre no serviço privado, em que o processo é realizado, em sua totalidade, pelo(a) médico(a). Em termos reais, é a influência do modelo médico-centrado que proporciona uma ideia de divisão intelectual e social, não só do trabalho como do próprio saber em saúde. Estas disputas revelam o modo como a medicalização em seu processo de apropriação dos modos de vida das pessoas pela medicina e sua intervenção no corpo social (Gaudenzi; Ortega, 2012) atuam fortemente nas práticas profissionais, o que, conseqüentemente, vai apresentar reflexos na realidade de nascimentos.

Para a produção do presente texto, utilizaram-se informações produzidas numa pesquisa internacional⁵, multicêntrica, que aprofunda questões relacionadas com o nascimento e a parentalidade no Brasil, no Canadá e na França (Soulière

4 Resolução do Conselho Federal da Enfermagem (COFEN) n.o 524/2016 - Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstettriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorre essa assistência estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstettriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências.

5 Título da pesquisa: "O nascimento como processo biopsicossocial: um estudo colaborativo, interdisciplinar dos efeitos das práticas e discursos sobre a perinatalidade no tornar-se pais no Canadá, na França e no Brasil"

et al., 2020). A referida pesquisa⁶ resultou, entre outros estudos, em uma tese de doutorado que se debruçou sobre nascimentos por cesariana no Brasil e na França. Para a presente produção, esforçamo-nos em centralizar o debate apenas nos dados produzidos de acordo com a realidade brasileira, no que envolve nascimentos por cesariana. Tais dados foram compilados no município de Ribeirão Preto, São Paulo, o qual possui indicadores de uma assistência à saúde privilegiada em relação ao restante do Brasil.

Atenção à saúde Materno-Infantil, às práticas profissionais e à sócio-clínica institucional

Com base no referencial da Análise Institucional (AI), partimos do entendimento de que as instituições são as formas sociais visíveis, organizadas, as quais têm o poder de se objetivar nas relações vivas, sendo o resultado de três momentos: instituído, instituinte e institucionalização. No instituído, a instituição se mantém viva pelas práticas e valores desenvolvidos pelas pessoas. No instituinte, ela se mantém viva pela contradição ou pelo que a movimenta, ou seja, tudo o que nega o instituído. É a partir da tensão entre esses momentos (instituído *versus* instituinte) que a instituição se atualiza pela ação dos sujeitos envolvidos. Essa relação dialética é o que caracteriza a institucionalização.

A atenção materno-infantil é uma instituição que nasce de uma profecia inicial e se mantém viva na ação dos momentos instituído, instituinte e institucionalização. Constrói-se um longo processo que inclui, entre outros aspectos, a condição feminina⁷ na sociedade e o biopoder⁸. Não se pode negar que os saberes técnicos se refletiram na salvação de muitas vidas de mães e bebês (Parente et al., 2010), mas, também, em práticas invasivas, dispensáveis e, mesmo, iatrogênicas. O problema se instala no momento em que tais saberes passam a assumir o controle sobre o corpo da mulher. Nesta perspectiva, práticas

6 Pesquisa financiada pelo Instituto de Pesquisa do Hospital Monfort de Ottawa, pela Fundação da Universidade de Cergy-Pontoise (atual CY Cergy Paris Université) e pela Universidade de São Paulo (sob a forma de recursos humanos e materiais). Foi conduzida por membros da Rede Recherche Avec, coordenada por Marguerite Soulière, da Universidade de Ottawa.

7 O termo “condição feminina” se sustenta na reflexão de Simone de Beauvoir (2016) que interroga a questão da mulher, do gênero e da existência sexuada pela valorização de aspectos políticos e filosóficos para discutir a existência da mulher num mundo governado majoritariamente por homens e para homens em função dos seus próprios interesses.

8 Termo utilizado com base em Foucault (2018), que o define como o poder de controlar a vida por meio da saúde, da alimentação e dos prazeres.

eventualmente invasivas garantem, em alguns contextos, comodidade, lucro aos profissionais e estabelecimentos assim como à indústria de equipamentos e medicamentos. Esse processo, de diferentes maneiras, é naturalizado pelas coletividades e possui vários desdobramentos: produção de uma vulnerabilidade da mulher e do bebê, dificuldade na implementação de cuidados humanizados e submissão da gestante e do bebê a rotinas rígidas.

Uma das profecias iniciais da instituição “saúde materno-infantil” é garantir às mulheres e às crianças uma assistência que respeite a individualidade do ser humano (e, ainda, assegurar a manutenção da reprodução), e que deveria considerar, inclusive, aspectos relacionados à raça, etnia e classe social. Além disso, ofertaria qualidade na garantia da ampliação de acesso, melhoria do cuidado no pré-natal, vinculação da gestante ao serviço de saúde e implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Ainda que sejam reconhecidos a potência e os resultados do modelo de atenção, é válido apontar questões que levantam suspeitas acerca da possível falência nas expectativas abordadas na profecia inicial e no modo como forças atuam na perspectiva de garantir o controle. A gravidez é, cada vez mais, compreendida como um processo fisiológico que exige inúmeras intervenções sobre o corpo feminino e que é fortalecida por uma promessa da segurança depositada nas mãos dos profissionais. Na realidade brasileira, por exemplo, é fundamental interrogar o destaque do país no que envolve a realização de partos cirúrgicos sem indicação. As taxas de cesarianas permaneceram por muitos anos, numa média de 50% nos serviços públicos e em quase 90% nos serviços privados (Boerma et al., 2018; Gomes et al., 2018; Grilo Diniz et al., 2018; Lansky et al., 2019) mostly by doctors. The experience of normal birth often includes rigid routines, aggressive interventions, and abusive, disrespectful treatment. In Brazil, this has been referred to as dehumanised care and, more recently, as obstetric violence. Since the early 1990s, social movements (SM), o que confirma a existência de um processo institucional em que a questão é a manutenção do poder da medicina.

O desfecho dos nascimentos sofreu e sofre, ainda, mudanças ligadas à modernização dos modos de vida, de consumo e, conseqüentemente, de pensamento. Com a mudança do local instituído para o nascimento das casas para os hospitais, as mulheres passaram a ocupar o centro das intervenções profissionais;

contudo, nem sempre numa perspectiva de autonomia. É válido acrescentar que, frequentemente, atravessados(as) pelas dimensões técnicas e organizativas do serviço, os(as) profissionais tendem a ignorar as questões subjetivas dessas mulheres. Ademais, o debate sobre interseccionalidade e sobre as formas particulares de intersecção de opressões dá visibilidade às relações entre gênero, raça e classe. No que envolve a temática da presente produção, confirma-se tal relação, por exemplo, quando se percebe que quanto maior o nível de escolaridade maior a ocorrência das cesarianas. A cor da pele também está associada às ações recebidas por parte das equipes de saúde (FAISAL-CURY et al., 2017). Pesquisas confirmam a força com que as iniquidades sociais e raciais na atenção ao pré-natal e parto no Brasil expõem as mulheres a uma assistência deficiente ou, até mesmo, à violência obstétrica (Lansky et al., 2019; Oliveira; Pezzato; Mendes, 2018) and to lower rates of cesarean and unnecessary interventions during childbirth in Brazil via the Senses of Birth (SoB).

Cabe chamar atenção para o fato de que as orientações em saúde são, também resultantes do estado atual dos conhecimentos científicos. Como consequência, é esperado que em algum momento elas possam se contradizer. Nesse processo se instala um risco de que os referidos conhecimentos científicos, possuidores de um importante potencial para a sensibilização da sociedade estejam suscetíveis de se transformar em recomendações e, até em prescrições de comportamento. Trata-se de um complexo caminho, pelo qual tentou-se, com base nos dados produzidos na vivência da pesquisa, explicitar pontos que possibilitam visibilizar as tensões e potencialidades envolvidas no debate sobre a questão da mulher de forma articulada ao nascimento e às práticas profissionais no Brasil.

A sócio-clínica institucional francesa como referencial teórico-metodológico na pesquisa

A sócio-clínica institucional é uma versão elaborada da “AI em situação de intervenção” (socioanálise), criada com base nas experimentações de intervenção de René Lourau com grupos. Tais intervenções socioanalíticas, quando conduzidas por George Lapassade e René Lourau em 1971, eram curtas e buscavam um rápido desenrolar da trama das instituições (Monceau, 2018, 2015).

As características da abordagem sócio-clínica institucional englobam o trabalho da encomenda e das demandas, a participação dos sujeitos na abordagem sob modalidades variáveis, o trabalho dos analisadores que dão acesso às questões que não são experimentadas comumente, a análise das transformações que se produzem à medida que o trabalho avança, a implementação de modalidades de restituição que devolvem resultados provisórios do trabalho aos parceiros na pesquisa, o trabalho das implicações primárias e secundárias do pesquisador e dos outros participantes, a previsão da produção de conhecimentos bem como a atenção voltada aos contextos e às interferências institucionais em que estão implicados pesquisadores e participantes (Fortuna et al., 2016; Monceau, 2018, 2003, 2015; Spagnol et al., 2016). Em relação às modalidades da sócio-clínica institucional, têm-se: intervenção socioanalítica, AI das práticas profissionais, pesquisa-ação, investigação sócioanalítica (L'Abbate, 2013).

A encomenda para a realização da pesquisa buscou contribuir para o debate que envolve o nascimento e a parentalidade. Visou, também, definir os eixos de um programa de pesquisa mais vasto que tenha o nascimento como ponto de partida e seus múltiplos objetos potenciais para aprofundar o tema.

Foram formados grupos de discussão interdisciplinares e internacionais. Organizaram-se, em cada um dos três países (França, Canadá e Brasil), dois grupos com profissionais de diferentes estabelecimentos de saúde e dois grupos com pais, igualmente, de espaços distintos. Estes grupos propuseram questões para a criação de um questionário com temas sobre expectativas de acompanhamento e intervenção perinatal a serem respondidas, futuramente, por outros pais. Nesse sentido, nas reuniões iniciais houve a apresentação do estudo, de seus objetivos e da abordagem.

Em cada grupo formado (grupo focal), norteado por um roteiro temático, foram desenvolvidas três reuniões com duração média de duas horas cada uma. Outra estratégia de produção de dados foi a entrevista individual com pais e profissionais da assistência materno-infantil, no Brasil e na França, e com membros do Comitê de Morte Materno-Infantil (apenas no Brasil), além do uso do diário de pesquisa.

Nas reuniões intermediárias, procedeu-se à restituição das reuniões iniciais com suas respectivas análises e conclusão do desenvolvimento do questionário. Nas reuniões finais ocorreram a restituição (devolutiva) das análises das reuniões

intermediárias e a interpretação dos resultados preliminares do questionário (Paillé; Mucchielli, 2012). As sessões foram gravadas, transcritas, e os resultados foram cruzados nas análises preliminares (entre grupos e entre regiões – países - após a realização de cada grupo).

Ações da enfermagem e da medicina: práticas profissionais voltadas ao nascimento

O delineamento do presente eixo partiu das informações que emergiram das falas dos participantes, da análise das nossas próprias implicações com o tema e com a pesquisa. Assim, é resultado das experiências das mulheres com as práticas do pessoal da saúde, sobretudo, no que tange à discussão em torno dos seus próprios corpos em articulação com as suas demandas. Valorizaram-se, portanto, elementos relacionados às percepções das mães e familiares bem como dos profissionais acerca das práticas e das relações construídas na assistência.

É válido esclarecer que, dada a centralidade dos profissionais da medicina na assistência materna no parto no Brasil, esses profissionais são mencionados com maior frequência do que qualquer outro profissional, mesmo que a enfermagem atue fortemente no processo preparatório da mulher para o parto.

Com o material produzido na pesquisa e a sustentação do referencial teórico-metodológico foram delineados aspectos marcantes, nos quais a mulher enquanto sujeito carregado de construções simbólicas e símbolos sociais (Tiburi, 2018) é frequentemente invisibilizada nos processos de produção de cuidado e saúde (Sena; Tesser, 2017). Tal realidade favorece a ocorrência de desdobramentos como aqueles do âmbito de uma naturalização das condutas invasivas, inclusive, as que fragilizam a autonomia das mulheres, embora possam ser, como ocorre eventualmente, reivindicadas por elas próprias. Como consequência do processo, outras especificidades reforçam um lugar de passividade compulsória disfarçado numa ilusória autonomia (Fonseca, 2011; Foucault, 2018; Gaudenzi; Ortega, 2012; Illich, 1975). A via final do parto é um excelente exemplo nesse sentido.

Num âmbito mais interno das relações profissionais, especificamente, nas ações desenvolvidas no momento do parto, as práticas operadas pelas “enfermeiras obstetras” e obstetras disputam desigualmente um espaço de atuação com os

médicos. Isto se dá, entre outras razões, pela força do saber médico, estruturado historicamente, como já apontado, em vinculação a diferentes aspectos sociais, organizacionais e econômicos. O exercício de análise e compreensão dessa realidade solicita, também a inclusão dos elementos relacionados ao processo formativo desses profissionais, os quais são relevantes, seja para o reforço, seja para a transformação dessa lógica (Ceccim, 2005; Falkenberg et al., 2014; Fortuna et al., 2011)

Em virtude dos pontos citados anteriormente, nos serviços assistenciais à saúde se desdobra a materialização de uma disputa dentro do modelo de assistência ao pré-natal e parto. Na sua concretude, inclui as práticas técnicas institucionalizadas que reforçam os aspectos organizacionais que influenciam essa realidade, embora esta seja, em alguns casos, provocada pela proposição de um modelo que valorize ações mais humanas e integrais (Maia, 2010). As políticas do SUS determinam, por exemplo, que a realização de consulta de pré-natal de gestação de risco habitual pela enfermeira seja intercalada com a presença do profissional da medicina. Destaca-se que, nestes casos, a profissional da enfermagem não necessita ser especialista na área, pois em sua formação de base já está incluído o cuidado da mulher e do bebê. No serviço privado, diferentemente, o acompanhamento das mulheres ocorre, inteiramente, por meio do(a) médico(a). Independentemente do acompanhamento recebido, na produção dos dados da pesquisa, buscou-se não descuidar dos aspectos que incluem a valorização do protagonismo da mulher no processo e autonomia de seu corpo.

As particularidades citadas anteriormente reafirmam que, embora a disputa profissional seja uma realidade das relações profissionais na assistência à mulher, não constitui a única força atuante. A concretude dos embates entre forças instituintes e instituídas, associada às lutas dos movimentos sociais, lutas feministas, interesses profissionais, lógica dos serviços privados dentro dos serviços públicos e seus desdobramentos podem repercutir na conformação de estratégias legais que conduzem às práticas ofertadas.

Ainda, na análise das questões colocadas pela presente produção, é necessário reafirmar o caráter paradoxal e plural relacionado às disputas profissionais. Nos chamados “vazios assistenciais”, como os da região norte e nordeste, tais disputas vão incluir as parteiras tradicionais que estão, logicamente, à margem da rede assistencial instituída, mas resistem na produção de um

cuidado sustentado por saberes que fogem à norma de controle (Silva; Santos; Merhy, 2016). Sobre isto, é importante retomar o debate que inclui a compreensão do nascimento e do parto numa perspectiva que ultrapassa a ideia de um processo puramente natural e fisiológico. É salutar reconhecer seu caráter biopsicossocial, sua complexidade, as relações imbricadas entre indivíduos, grupos e, inclusive, organizações hospitalares ou maternidades executoras de diferentes exercícios de poder. Em termos reais, ocorre, de certa maneira, uma mercantilização da vida e da saúde, comprovada por situações em que são resumidas à mercadorias num percurso voltado fortemente ao consumo (Silva; Santos; Merhy, 2016).

No Brasil, diante da sua dimensão continental e especificidades territoriais da assistência, as ações de educação no período gravídico-puerperal podem ocorrer de diferentes maneiras. Na rede assistencial do sistema de saúde brasileiro (público e privado), o grau de aproximação entre as equipes de saúde e as mulheres nesse processo está associado, também, a diferentes aspectos, como os culturais, sociais, econômicos, organizacionais, simbólicos, técnicos e estruturais. Neste contexto, as intervenções educativas podem ser realizadas em serviços de atenção básica, em serviços hospitalares bem como em consultórios privados e conveniados. A preparação para o parto, oportunamente, pode ocorrer nas consultas individuais, nos grupos de gestantes (quando ofertados pelos equipamentos de saúde da atenção básica e hospitalar e/ou quando há adesão das mulheres) e em outros espaços no serviço privado. No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, entre a 36.^a semana e 41.^a semana de gestação, as mulheres têm consultas semanais na unidade básica de saúde (após a 36.^a semana é indicado que o acompanhamento seja realizado pelo profissional médico). No município em que ocorreu a pesquisa, após a 36.^a semana de gestação as mulheres tendem a ser direcionadas, também, para acompanhamento no serviço em que o parto ocorrerá. Nesses locais, cursos preparatórios para o parto podem ocorrer e, quando ocorrem, em geral, são realizados por enfermeiras.

No que tange à inserção do trabalho da equipe de enfermagem ou medicina na assistência ao pós-parto imediato, as estratégias de cuidado que incluem aspectos educacionais são marcantes para as mulheres e famílias. Os sentimentos resultantes do processo que envolve os discursos e práticas dos profissionais não ficam restritos às mulheres que vão parir, mas se estendem a todas as pessoas que estão no seu entorno e as que acompanham o processo.

O complexo modo operativo do sistema patriarcal com suas regras, controle do conhecimento e concepção de verdade controla, ainda, os processos de compreensão no que se refere à ordem do saber das coisas. No debate sobre o lugar de fala (Ribeiro, 2017) e localização do grupo nas relações de poder, como argumenta (Collins, 2016), é fundamental se pensar na matriz de dominação envolvida para compreender as desigualdades, inclusive, nas diferentes formas de ser mulher pelo entrecruzamento de gênero, raça, geração ou classe, sem sobreposição dos elementos. Neste contexto, as mulheres gestantes pretas e pardas, historicamente, mesmo com distocias, frequentemente, vêm a parir por via vaginal, o que revela aspectos da ação dessa dominação e da sua condição enquanto mulher que tem o corpo objetificado (DINIZ et al., 2016; DINIZ; CARINO, 2019)

Na vivência da pesquisa, constata-se que, independentemente, de a realização do parto ter ocorrido em serviço público ou privado, reflete-se a operação de forças que regulam a dinâmica social e, por vezes, provoca uma série de abusos em relação à mulher enquanto sujeito social. A lógica de gestão vinculada aos modos da organização dos serviços e ao financiamento das ações contribuem para esse processo. Esta dimensão repercute no tipo de parto realizado e reafirma, ainda mais, a lógica de domínio protagonizada. Isto ocorre como consequência do fato de que a quantidade de procedimentos e o tempo empregado em sua execução desenham a cultura profissional. Sobre esse processo institucional, é possível citar como exemplo a “epidemia” de cesarianas no Brasil, sobretudo, nos serviços privados (Lansky et al., 2019; Rattner; Moura, 2016) ou práticas profissionais que se desdobram ou não na ocorrência de violência obstétrica (Diniz et al., 2016)

Os aspectos normativos demarcam, portanto, a tentativa de materialização de um paradigma da humanização na assistência à mulher e ao bebê que ultrapasse o modelo assistencial tradicionalmente oferecido. Sem dúvida, não se trata de um processo simples. As forças atuantes (instituídas x instituintes) intervêm nas práticas de diferentes maneiras. Como resultado, podem assumir uma direção voltada para a honesta garantia de direitos; podem, também, resistir às transformações; ou até mesmo adaptar suas estratégias, mantendo seu projeto de dominação disfarçado de boas práticas, para garantir sua sobrevivência.

Considerações finais

A lógica medicalizante exerce forte influência sobre as profissões, não somente por estar naturalizada no meio social, mas também pelo seu reforço já no processo formativo do profissional. Neste caminho, age priorizando as estratégias de modernidade com foco no lucro, concretizando ações que se refletem no enfraquecimento da atenção sensível aos desejos da mulher e investem na manutenção do poder sobre seus corpos. Ao mesmo tempo, estrutura-se uma governança baseada na lógica de mercado, a qual investe na regulação e controle de atividades. Nesse cenário, a enfermagem e a medicina disputam, mesmo que de maneira desigual, o campo de intervenções.

O suporte ofertado pela utilização do dispositivo de intervenção socioanalítica no caminho da experiência de pesquisa possibilitou a abertura de caminhos analíticos para todos os envolvidos: mulheres, profissionais e pesquisadoras. A instituição saúde-materno infantil expressou, de modo explícito e implícito, tensões e contradições. Nesse processo, por um lado ocorre o reconhecimento dos excessos cometidos há muito tempo, porém justificados pelo desejo das mulheres e pela lógica do sistema de saúde. Neste caminho, por outro lado, de fato, as próprias mulheres e famílias solicitam as intervenções sobre seus corpos, mas, justificadas pelo medo da dor, do sofrimento e pela sensação de segurança, todas reforçadas pelos discursos dos profissionais que as assistem.

Na teia que sustenta a ação das diferentes forças sobre a questão das mulheres, fica evidente que o próprio Estado brasileiro aplica imposições universalizadoras à vida de uma sociedade constituída por diferentes povos, desigual socioeconomicamente e plural em seu aspecto subjetivo. Por isso, o entendimento de que a saúde, também atua como estratégia de produção de vidas e, ainda, que os profissionais são potenciais motores instituintes para a transformação de práticas se desenha como um passo.

Embora sejam confirmados na presente produção, bem como em outras já publicadas, tanto em relação à quantidade de intervenções médicas desnecessárias sobre o corpo feminino nessa fase da vida quanto ao diferenciado trabalho ofertado por enfermeiras no cuidado dessas mulheres e bebês no parto, é importante considerar aspectos que incluem a dinâmica organizativa de uma instituição. Diferentes forças

atuam para dar seguimento ao seu projeto; entre essas, forças centradas no pleno funcionamento a partir de medidas tradicionais e prescritivas, forças de resistência que reivindicam reais garantias, sensíveis à condição da mulher na sociedade ou, ainda, forças resultantes das lutas entre o instituído e instituinte que se desdobram em uma nova arrumação ao processo de acompanhamento. O que não se pode negar é que o biopoder busca se adaptar para intervir nas diferentes dimensões das práticas profissionais e nas profissões em si assim como na sociedade.

Referências

- Akotirene, C. **O que é interseccionalidade?** 1a ed. Belo Horizonte: [s. n.], 2018.
- Boerma, T.; Ronsmans, C.; Melesse, D. Y.; Barros, A. J. D.; Barros, F. C.; Juan, L.; Moller, A. B.; Say, L.; Hosseinpoor, A. R.; Yi, M.; Rabello Neto, D. de L.; Temmerman, M. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1341–1348, 13 out. 2018. DOI 10.1016/S0140-6736(18)31928-7. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673618319287/fulltext>. Acesso em: 24 mar. 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasil: [s. n.], 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. [S. l.: s. n.], 2017.
- Carneiro, S. Mulheres em movimento: contribuições do feminismo negro. **Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto2**. [S. l.]: Bazar do tempo, 2019. p. 271–288.
- Ceccim, R. B. Permanent Education in the Healthcare field: an ambitious and necessary challenge. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161–77, 2005.
- Collins, P. H. Aprendendo com a outsider within*: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Revista Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, 2016. .
- Demétrio, F.; Bensusan, H. N. O conhecimento dos outros: a defesa dos direitos humanos epistêmicos. **Revista do CEAM**, v. 5, n. 1, 2019. .
- Diniz, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 253–259, mar. 2016. DOI 10.1590/1807-57622015.0736. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100253&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 mar. 2021.
- Diniz, D.; Carino, G. Violência obstétrica, uma forma de desumanização das mulheres. **El País**, 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/03/21/opinion/1553125734_101001.html. Acesso em: 24 mar. 2021.
- Faisal-Cury, A. et al. The relationship between indicators of socioeconomic status and cesarean section in public hospitals. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. DOI 10.1590/s1518-8787.2017051006134. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100212&lng=en&tlng=en. Acesso em: 21 mar. 2021.

Falkenberg, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847–852, mar. 2014. DOI 10.1590/1413-81232014193.01572013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2021.

Fonseca, M. A. da. Entre a vida governada e o governo de si. **Cartografias de Foucault**. Autentica. Belo Horizonte: [s. n.], 2011.

Fortuna, C. M. et al. Movements of permanent health education triggered by the training of facilitators. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 411–420, abr. 2011. DOI 10.1590/S0104-11692011000200025. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200025&lng=en&tlng=en. Acesso em: 21 mar. 2021.

Fortuna, C. M. et al. Analysis of researchers' implication in a research-intervention in the Stork Network: a tool for institutional analysis. **Cadernos de Saude Publica**, v. 32, n. 9, p. 1–10, 2016. DOI 10.1590/0102-311X00117615. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615>. Acesso em: 24 mar. 2021.

Foucault, M. **Microfísica do Poder**. Paz & Terr. Rio de Janeiro/São Paulo: [s. n.], 2018.

Gaudenzi, P.; Ortega, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 21–34, 26 abr. 2012. DOI 10.1590/S1414-32832012005000020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 mar. 2021.

Gomes, S. C. et al. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2594–2598, 1 set. 2018. DOI 10.1590/0034-7167-2017-0564. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>. Acesso em: 24 mar. 2021.

Gonzales, L. Racismo e Sexismo na cultura brasileira. **Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto**. Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2019. p. 237–256.

Diniz, C. S. et al. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive Health Matters**, v. 26, n. 53, p. 19–35, 27 ago. 2018. DOI 10.1080/09688080.2018.1502019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502019>. Acesso em: 24 mar. 2021.

Hollanda, H. B. de. Introdução. **Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto**. Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2019. p. 9–20.

Illich, I. Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic tort. **Journal of Medical Ethics I**, v. 1, p. 78–80, 1975. DOI <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1154459/pdf/jmedeth00176-0027.pdf>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1154459/pdf/jmedeth00176-0027.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2021.

Labbate, S. Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. HUCITEC. São Paulo: [s. n.], 2013. p. 31–88.

Lansky, S. et al. The Senses of Birth intervention to decrease cesarean and prematurity rates in Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 145, n. 1, p. 91–100, 13 abr. 2019. DOI 10.1002/ijgo.12765. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.12765>. Acesso em: 24 mar. 2021.

MAIA, M. B. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos**

profissional. FIOCRUZ. Rio de Janeiro: [s. n.], 2010.

Monceau, G. Le changement objet et effet de la socio-clinique institutionnelle. Le cas d'une recherche-intervention dans le domaine de la parentalité. In: D. BROUSSAL, K. BONNAUD, J.-F. Marcel & P. Sabuc (org.). **Recherche(s) et changement(s): dialogues et relations.** Cêpades éd. [S. l.: s. n.], 2018. p. 153–169.

Monceau, G. Pratiques socianalytiques et socio-clinique institutionnelle à une paradigmatique , qui apparaît bien plus fortement aux lecteurs. **L'Homme & la Société**, v. 147, n. 1, p. 11–33, 2003. <https://doi.org/10.3917/lhs.147.0011>.

Monceau, G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 1, p. 197, 1 abr. 2015. <https://doi.org/10.5752/p.1678-9523.2015v21n1p197>.

Nascimento, B. A mulher negra no mercado de trabalho. **2Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto.** Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2019. p. 259–264.

Oliveira, É. C. S.; Pezzato, L. M.; Mendes, R. Às margens do cuidado: regulações de gênero em uma equipe de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, 13 ago. 2018. DOI 10.1590/s0103-73312018280208. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200604&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 mar. 2021.

Pailé, P.; Mucchielli, A. **Qualitative analysis in human and social sciences.** 3. ed. Paris: Colin, 2012.

Parente, R. C. M. et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. **FEMINA**, v. 38, n. 9, p. 481–86, 2010. Disponível em: <https://doi.org/http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2021.

Rattner, D.; Moura, E. C. Births in Brazil: association between type of delivery and temporal and socio-demographic variables. **Brazilian Journal of Mother and Child Health (BJMCH)**, v. 16, n. 1, p. 39–47, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>. Acesso em: 24 mar. 2021

Ribeiro, D. **O que é:** lugar de fala? Letramento. Belo Horizonte: [s. n.], 2017.

Saffioti, H. Violência de gênero: o lugar da praxis na construção da subjetividade. **Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto.** Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2019. p. 139–162.

Sena, L. M.; Tesser, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 60, p. 209–20, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.

Silva, A. L. S.; SANTOS, J. G. W.; MERHY, E. O encontro com a parteira ridente. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** HEXIS. Rio de Janeiro: [s. n.], 2016. p. 173–178.

Soulière, M. et al. Comprendre le parcours du devenir parent. Regard sur une démarche de recherche collaborative et qualitative à l'international. **Enjeux et société: Approches transdisciplinaires**, v. 7, n. 1, p. 64, 22 jun. 2020. <https://doi.org/10.7202/1069716ar>.

Spagnol, C. A.; L'Abbate, S.; Monceau, G.; Jovic, L. Socianalytical device: intervention instrument and data collection in qualitative research in nursing. **Recherche en soins infirmiers**, n. 124, p. 108–117, 1 mar. 2016. <https://doi.org/10.3917/rsi.124.0108>.

Tiburi, M. **Feminismo em comum: para todas, todes e todos.** Rosa dos T. Rio de Janeiro: [s. n.], 2018.

A IMPLICAÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS COM A SUA PRÁTICA PROFISSIONAL: CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE INSTITUCIONAL

Regiane Prado Ribeiro
Carla Aparecida Spagnol
Adriane Vieira

Introdução

Este capítulo é parte do produto da dissertação de mestrado, intitulada “Análise da prática profissional de enfermeiras obstétricas: transformá-la para conhecer a realidade”, realizada durante o curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde vinculado a Universidade Federal de Minas Gerais. Neste percurso acadêmico ocorreram diversos encontros entre as autoras nas disciplinas do curso para discutir o projeto de pesquisa, nos momentos de orientação e, em especial, na disciplina “Socio-clínica (Pesquisa-Intervenção) e Análise Institucional da Prática Profissional”, o que contribuiu para a escolha do referencial teórico-metodológico do estudo.

Assim, foi realizada uma pesquisa-intervenção pautada no referencial teórico- metodológico da Análise Institucional (AI), na sua vertente socio-clínica, que buscou apreender sentimentos, vivências e implicações das enfermeiras obstétricas, além da configuração de suas práticas profissionais e das relações de poder que atravessam este contexto. Romagnoli (2014) explica que a pesquisa-intervenção é um método que não separa o sujeito do objeto e que leva em consideração a implicação dos participantes e do pesquisador, a complexidade e a indissociabilidade da produção de conhecimento da atuação/intervenção.

Nesta perspectiva, a implicação é um dos principais conceitos da AI, que, segundo Monceau (2005), são os vínculos e pertencimentos que todos possuem com as/nas instituições. Para o autor, é por meio da análise institucional das práticas profissionais, ou seja, de uma prática reflexiva, que os sujeitos podem repensar suas dificuldades e contradições, direcionando-os a uma perspectiva crítica das implicações institucionais.

Portanto, neste capítulo, serão abordadas as implicações das enfermeiras obstétricas com a sua prática profissional, a fim de viabilizar o reconhecimento

dos meandros que envolvem os pertencimentos, o saber fazer e o saber ser destas profissionais para atuarem junto à mulher e à sua família na produção do cuidado em enfermagem.

O cuidado na enfermagem obstétrica

Na trajetória do sistema de saúde no Brasil, em particular em meados do século XX, o modelo de assistência ao parto e nascimento se tornou fragmentado, interventivo e hospitalar, características que exercem impacto na elaboração, na implantação e no monitoramento de políticas públicas de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido. A assistência médico-hospitalar ao parto e ao nascimento conferiu novos arranjos e significados para a medicina e, de um evento natural, fisiológico, familiar e social, passou a ser um ato médico, tecnocrático e medicalizado (Maia, 2010).

No Brasil, o modelo biomédico tem sido predominante na atenção obstétrica e neonatal, caracterizado pelo uso excessivo de medicações, prática abusiva da cesárea e intervenções consideradas desnecessárias, e que podem causar graves complicações à mulher e ao recém-nascido (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, 2004). Além disso, ainda se identificam elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil e uma rede desarticulada e pouco resolutiva de proteção e assistência à mulher e à sua família. Em 2018, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) brasileira foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, número bem acima das metas pactuadas com a Organização das Nações Unidas (ONU) no que se refere ao compromisso do quinto objetivo do desenvolvimento do milênio (ODM 5), com uma RMM de 35,8 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos e os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS 3), com uma RMM, até 2030, de no máximo 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Boletim Epidemiológico nº 20, 2020).

Tendo em vista a necessidade de se implementar um novo modelo de atenção à saúde materno-infantil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado a partir da lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o Ministério da Saúde (MS) instituiu a estratégia Rede Cegonha (RC), por meio da Portaria n. 1.459/2011 (Brasil, 2011). Um dos seus principais objetivos é articular os

distintos pontos de atenção à saúde, a fim de possibilitar um cuidado integral e o provimento contínuo de ações e serviços de saúde com foco prioritário nas necessidades da mulher e de sua família, na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a 24 meses (Brasil, 2014).

Para alcançar seus objetivos, a RC prioriza um conjunto de estratégias e ações, tais como: qualificação da assistência pré-natal; implantação do Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia de forma a reorganizar os processos de trabalho e a tomada de decisão dos profissionais; qualificação do cuidado ao parto e nascimento, com ênfase nas práticas baseadas em evidências científicas; humanização e garantia dos direitos das mulheres e recém-nascidos; e, ampliação da atuação da Enfermagem Obstétrica (Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia, 2017).

A partir de 2013, como uma das ações estratégicas da RC, criou-se o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF), sendo um novo incentivo para a formação/qualificação de enfermeiras obstétricas, com o financiamento de cursos de especialização e de aprimoramento (Lima et al., 2015).

Nessa perspectiva, o MS, as escolas de enfermagem, as instituições de saúde e a Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) têm se empenhado na formulação e implementação de políticas e estratégias que contribuam para os avanços necessários à mudança de modelo no campo obstétrico e neonatal, bem como na formação e capacitação de enfermeiras obstétricas. Esse fato foi um marco importante para o resgate, a formação e a inserção da enfermeira obstétrica com múltiplas possibilidades, especialmente de sistematização e consolidação de sua atuação na atenção ao parto e ao nascimento (Amorim, 2010). No entanto, ainda devem ser implantadas novas estratégias para o fortalecimento da atuação de enfermeiras obstétricas, principalmente nos hospitais universitários.

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 516/2016, aos enfermeiros obstetras compete: a) emissão de laudos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia, realizado pelo enfermeiro obstetra, de acordo com a Portaria n. 2.815/1998 (Brasil, 1998); b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade

com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido; e c) acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta (Resolução COFEN n. 516, 2016).

Além das competências e habilidades previstas na lei do exercício profissional, a enfermagem obstétrica, orientada pelos princípios da humanização do cuidado, tem incorporado o conceito de não invasão, o que compreende o protagonismo da mulher durante o processo de parturição, a orientação e o respeito à sua privacidade e decisões. Este conceito possibilita um novo saber fazer no campo obstétrico e neonatal e tem contribuído para ressignificar o modo de assistir e cuidar em obstetrícia (Prata; Progianti; David, 2014).

Sobre esse novo modelo de atenção humanizada ao parto e nascimento, ressalta-se o estudo de Reis, Zamberlan, Quadros, Grasel e Moro (2015), que aponta a importância de substituir práticas e intervenções desnecessárias, que frequentemente interferem no desenvolvimento fisiológico da parturição, por práticas e cuidados que respeitam a fisiologia do trabalho de parto e do parto, e proporcionam o envolvimento ativo da mulher e seu acompanhante durante o processo de parir, de modo a respeitar suas decisões como protagonista de seu próprio momento.

A proposta de um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal traz inúmeros desafios políticos, organizacionais, formativos e sociais para a implementação e capilarização de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, de modo a incorporar um modelo de cuidado centrado nas necessidades e nos direitos das mulheres, dos recém-nascidos e dos familiares. Desse modo, os sujeitos envolvidos na assistência devem ser considerados coadjuvantes de todo o processo parturitivo, respeitando-se e valorizando-se as competências e habilidades de cada categoria na produção do cuidado, com vistas a dar sentido às suas práticas na construção de processos coletivos, democráticos e humanizados no âmbito do SUS.

Nesse contexto de mudanças, considera-se fundamental compreender a implicação das enfermeiras obstétricas com a sua formação e prática profissional, de modo a analisar processos instituídos e instituintes, visando uma abordagem acolhedora e humanizada à mulher, ao recém-nascido e à sua família. Assim, no tópico a seguir será abordado o conceito de implicação a partir do referencial teórico-metodológico da AI.

Análise das implicações: desvelando o cuidado na prática profissional da enfermagem obstétrica

O cenário em análise é uma maternidade vinculada a um hospital universitário público, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, que se constitui como campo de estágio para formação de profissionais de saúde, principalmente para acadêmicos e residentes de ginecologia e obstetrícia em enfermagem e medicina.

Neste contexto, foram realizados quatro encontros socio-clínicos, no período de outubro a dezembro de 2019, que tiveram uma média de duração de duas horas cada um e contaram com a participação de 15 enfermeiras, que buscaram analisar coletivamente suas implicações, a fim de compreender o trabalho cotidiano e as relações profissionais na maternidade.

Estes encontros foram gravados e as falas foram transcritas na íntegra, analisadas em conjunto com os registros do diário da pesquisadora. Ressalta-se que os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), sob o número de parecer 3.434.478.

A cada encontro foi realizado um momento para a restituição, com a finalidade de analisar e refletir coletivamente sobre questões levantadas em encontros anteriores. Vale ressaltar que um dos encontros foi planejado para proporcionar um espaço e um tempo para o grupo analisar coletivamente suas implicações, a partir dos dados produzidos até aquele momento específico destinado à restituição, considerada uma das etapas da pesquisa-intervenção.

Segundo Lourau (1993, p. 56):

a restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. Ela nos faz considerar a pesquisa para além dos limites de sua redação final: ou melhor, de sua transformação em mercadoria cultural para servir unicamente ao pesquisador e academia. A restituição como parte integrante da pesquisa é mais um denominador comum, pelo menos teórico, entre a socioanálise e os métodos de pesquisa-participante ou pesquisa-ação.

Após cada encontro socio-clínico, a pesquisadora registrava em seu diário a dinâmica de cada momento e experiência vivida, o que foi trabalhado e construído pelo grupo, assim como seus achados, suas análises e suas observações. Desde então, este foi utilizado como uma potente ferramenta de produção de dados, de análise das práticas profissionais e das implicações da pesquisadora com a pesquisa e com o seu campo de prática, que, na lógica da pesquisa-intervenção, são indissociáveis.

Assim, a análise da implicação vai na contramão das pesquisas positivistas que defendem a noção de objetividade, ou seja, a neutralidade do pesquisador em relação ao seu objeto de pesquisa e à realidade social. Nessa perspectiva, Romagnoli (2014, p. 46) aponta que:

na tentativa de operar contra a tendência do cenário acadêmico, que ainda é majoritário, emerge o “pesquisador implicado”. Implicação da qual não podemos escapar, desafio cuja análise é circunstancial e provisória, e análise que se sustenta num paradigma ético-político para o qual não há neutralidade e nem é possível fazer uma pesquisa de “fora”. Ou seja, nesta abordagem, o pesquisador ocupa um lugar privilegiado para analisar as relações de poder, inclusive as que o perpassam.

No âmbito do referencial-teórico da AI, a implicação assume um papel de produção do conhecimento a partir da intersubjetividade dos sujeitos envolvidos, ou seja, nos modos de representação, vivências, experiências e na heterogeneidade dos sentidos que está oculta nas relações e que podem ser analisadas no campo da pesquisa (Martins, 2017).

De acordo com Monceau (2015, p. 198), “implicação profissional é o conjunto das relações que o sujeito estabelece com a profissão – pensada como instituição com sua dinâmica própria à qual ele pertence, com as outras instituições nas quais, ou em ligação às quais, ele exerce sua profissão”. Para o autor, as implicações primárias são descritas como “aquelas que se atualizam no dispositivo de análise (e/ou de pesquisa) e nas questões locais deste” e as secundárias “são aquelas do pesquisador na instituição científica, mas também sua relação com a política” (Monceau, 2013, p. 100).

O diário de pesquisa foi uma potente ferramenta para a pesquisadora fazer a análise das suas implicações libidinais, profissionais e organizacionais com/na pesquisa,

além do diálogo constante que mantinha com a sua orientadora. Dentre os múltiplos sentimentos da pesquisadora, o medo e a insegurança inicialmente estavam presentes, no sentido da pesquisa-intervenção não ser aprovada ou não ser reconhecida pelo grupo como um espaço de reflexão e análise dos problemas vivenciados. Algumas enfermeiras não conseguiram participar dos encontros devido aos compromissos que elas já haviam agendado; outras não informaram o motivo para não participar, o que causou certo incômodo na pesquisadora. Isto mostra a sua implicação ideológica e afetiva com o objeto de pesquisa e a equipe de trabalho.

Outra reflexão que a pesquisadora registrou em seu diário foi em relação à resistência médica como um analisador na prática profissional da enfermagem obstétrica na maternidade. Durante os encontros socio-clínicos, esse analisador acabou revelando que essa resistência não era só dos médicos, mas também da própria equipe de enfermagem, composta por enfermeiras generalistas, auxiliares e técnicos de enfermagem que já atuavam na maternidade antes da admissão das enfermeiras obstétricas. A resistência à inserção das enfermeiras obstétricas tem gerado algumas decepções e frustrações nessas profissionais, daí a necessidade de serem analisadas para não interferir na assistência prestada:

[...] Quando eu vim para esse hospital, eu imaginava que a enfermagem daqui era uma enfermagem forte, por ser um hospital escola, e me decepcionei muito por ver a fragilidade da enfermagem daqui, a mais frágil que existe em todos os lugares que passei, até a forma [como] fomos recebidos. Eu não [esqueço] o dia em que nós fomos recebidos, a fala da coordenadora de enfermagem me marcou muito: “você estão vindo para cá, a taxa de mortalidade materna é zero e espero que continue zero com a vinda de vocês”. Foi um baque (Participante 6).

[...] A equipe não estava preparada para desenvolver um trabalho conjunto com a enfermeira obstétrica, e ainda não está, isso trouxe muita frustração para todos nós (Participante 2).

Em alguns momentos houve sobreimplicação da pesquisadora com o desenvolvimento da pesquisa e, sobremaneira, com as análises que eram realizadas pelas enfermeiras obstétricas na dinâmica dos encontros. De acordo com Romagnoli (2014), a sobreimplicação é um fator impeditivo para que a

implicação seja analisada, obstaculizando os efeitos dinâmicos e processuais de nossas pertencas ideológicas, libidinais e organizacionais nas situações de que participamos. Daí a importância do diário institucional da pesquisadora para que ela também possa colocar em análise as suas implicações, principalmente quando os papéis se confundiam, o da pesquisadora e o da trabalhadora da maternidade:

[...] Confesso que essas perguntas ficaram em meus pensamentos desde o momento em que foram elaboradas, afinal, eu faço parte dessa realidade, tanto que eu me via nas falas das enfermeiras que estavam presentes. Acredito que estou vivenciando momentos de sobreimplicação e isso está sendo um grande desafio, tendo em vista o trabalhador pesquisar a sua própria prática profissional. Nesse encontro, eu me senti mais trabalhadora do que pesquisadora. (Diário institucional de pesquisa, 06/11/2019)

No encontro específico de restituição da pesquisa, foram analisadas as condutas dos médicos obstetras no hospital universitário, pois, no cotidiano, eles dificultam a atuação da enfermeira obstétrica na maternidade; mas, quando atuam em outros hospitais, principalmente nos privados, apresentam comportamentos e atitudes completamente diferentes, pois desenvolvem um trabalho em equipe e de forma multidisciplinar na assistência ao parto e ao nascimento.

[...] Nós temos preceptores que em outro serviço têm posturas diferentes e, quando chegam aqui, são totalmente modificados por esse sistema, se tornam outras pessoas, nós não acreditamos, a pessoa em outra instituição se comporta de uma forma, chega aqui é outra com as enfermeiras obstétricas, mas é isso o que acontece, é por causa desse sistema, o que acontece aqui não causa impacto para eles. Se eles fizerem em outras instituições o que fazem aqui com as enfermeiras obstétricas, provavelmente o posicionamento da instituição será outro, não será o mesmo daqui, mas eu tenho esperança ainda, porque eu acho que nós caminhamos bastante, desde a inserção das enfermeiras obstétricas, tem muito o que melhorar, mas nós já caminhamos (Participante 1).

Na maternidade em estudo, em que há um cenário de disputas e legitimidades profissionais, o trabalho em equipe é considerado um desafio até mesmo entre os profissionais de enfermagem, devido a uma divisão técnica e social do trabalho no setor saúde, articulada a relações de poder.

Apesar das dificuldades observadas na maternidade serem relativas, sobretudo, ao poder médico, nos encontros socio-clínicos o grupo também trouxe à tona questões que às vezes ficavam “ocultas” no cotidiano da enfermagem, como as relações de poder e as disputas entre os próprios profissionais de enfermagem:

Eu vejo assim, a questão do trabalho em equipe, ela é muito difícil, por várias questões, por exemplo, as novas residentes chegam e eu só vou conhecê-las quando eu precisar delas, que eu vou ter que ir até elas, porque no mais não existe uma apresentação formal dessas pessoas que irão trabalhar conosco, porque nós vamos ficar aqui durante um bom tempo, essas pessoas vão passar por aqui e nós inclusive contribuimos com essa formação e essa relação tem que ser favorável, mas isso não acontece. Entre nós também, não há uma boa relação, é uma relação política de trabalho, não existe uma relação de convivência harmoniosa, de querer o bem para as pessoas, nós temos que criar essas relações, mas nós temos dificuldades porque existe a disputa de vínculos (Participante 10).

Este relato mostra os atravessamentos cotidianos das instituições ensino, medicina e enfermagem na prática profissional das enfermeiras obstétricas no hospital universitário, em que ainda predomina o modelo de assistência centralizado na figura do médico. Além disso, há desconhecimento, por parte da equipe, do real motivo da contratação das enfermeiras e uma fragilidade na integração ensino-serviço, principalmente no que diz respeito à formação das residentes em enfermagem obstétrica. Todos estes fatores levam a uma desvalorização do trabalho realizado pelas enfermeiras obstétricas, que a princípio foram contratadas visando qualificar cada vez mais o cuidado prestado às gestantes e seus familiares.

Nos encontros socio-clínicos também foi analisada a preocupação das enfermeiras obstétricas em oferecer uma assistência segura, baseada em evidências científicas, no cuidado à mulher e à sua família, além da necessidade de melhorar a comunicação e a articulação em rede para atender às reais necessidades das mulheres:

[...] Então, uma coisa eu fico pensando, são os relatos das pacientes que a assistência foi boa, se foi boa porque utilizaram práticas baseadas em evidências científicas ou se é por uma visão cultural das intervenções médicas e, aí, quando eu falo em fazer diferente, é fazer uma assistência

segura, é fazer o que está escrito nos protocolos. O que eu acho que traz angústia, preocupação e sofrimento é quando a gente observa que isso não acontece (Participante 5).

[...] O que nós queremos fazer diferente é o cuidado que seja mais seguro, o cuidado que atenda à necessidade da mulher, será que um dia ela vai descobrir isso? Mas isso também é trabalho nosso, é trabalho do pré-natal, é trabalho em rede [...] nós precisamos nos articular melhor, é o que eu preciso fazer diferente, melhorar a nossa comunicação. [...] Às vezes a mulher, quando está em trabalho de parto, ela fica toda apagada, nem se sentindo mais como pessoa, e, de repente, ela dá um sorriso, então, eu percebo que isso faz diferença na minha vida e me dá muita satisfação, apesar de tudo o que acontece aqui (Participante 8).

As enfermeiras obstétricas também puderam analisar suas implicações ideológicas e profissionais acerca de suas aspirações na maternidade. Dentre tais aspirações, figuram o trabalho em equipe e integrado em um contexto que favoreça a autonomia dos profissionais, o reconhecimento da mulher sobre seus direitos e a necessidade de os profissionais orientarem as mulheres e seus familiares sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, evidenciados nas falas a seguir.

[...] Onde nós queremos chegar? Penso na lei do exercício profissional, que nós tenhamos autonomia, que possamos atender a mulher de forma integrada, inclusive atendendo-a na porta [...] nós queremos chegar nessa assistência que seja mais integrada, é uma coisa que eu fico o tempo inteiro pensando aqui (Participante 8).

[...] Eu acredito que hoje nós queremos chegar a prestar uma assistência multiprofissional, mas a minha preocupação também é, às vezes, entrar em uma disputa de poder, de aqui eu mando e eu exerço o que eu aprendi e o seu conhecimento é nulo, se for essa assistência de poder, eu acho que a cada dia nós vamos entrar em um sofrimento maior e não vai avançar. Então, eu não sei exatamente onde nós queremos chegar, eu acredito que seja nessa assistência multiprofissional, com respeito ao paciente, profissional, colega (Participante 5).

[...] Onde eu quero chegar? Eu gostaria que o hospital fosse realmente uma referência terciária, de muitíssimo alto risco para Minas Gerais, que, para mim, não é, eu achava que era, mas não é (Participante 10).

Os encontros socio-clínicos ajudaram a compreender que esse trabalho idealizado nem sempre acontece, pois a prática profissional é atravessada por vários fatores, reconhecidos pelas enfermeiras obstétricas, tais como: fragilidade do grupo diante das demandas e da organização do serviço; dimensionamento de pessoal inadequado; burocratização dos processos de trabalho; falta de autonomia e tomada de decisão na assistência à mulher, principalmente no momento do parto e do nascimento; falta de foco e comunicação para se organizarem de modo a encontrar soluções para seus problemas, dentre outros. Estes instituídos presentes na prática profissional colocam em xeque as práticas instituintes, dificultando a institucionalização das atribuições da enfermagem obstétrica em um modelo de atenção humanizado.

[...] O que eu vejo aqui é que nós realmente não temos autonomia para estar atuando, fazer discussão de casos, tem a questão do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, são várias especialidades que nós temos aqui na maternidade, mas não tem diálogo, ninguém fala a mesma língua, cada um tem uma forma de pensar e de agir, faz do jeito que acha que tem que fazer e não existe comunicação, não falo só da enfermagem, falo da equipe multiprofissional, toda essa questão que eu venho vivenciando aqui (Participante 9).

[...] porque a gente tem um número defasado de enfermeiros e a gente acaba ficando com um enfermeiro para atuar no bloco obstétrico e pré-parto, de fato, você não consegue atuar como enfermeiro obstétrico (Participante 2).

Outro forte atravessamento da prática profissional das enfermeiras obstétricas, que influencia o modelo de assistência ao parto e ao nascimento, são os posicionamentos da diretoria e da divisão de enfermagem do hospital, que nem sempre são claros e, muitas vezes, deixam de fazer enfrentamentos necessários, principalmente com os docentes e a equipe médica. As enfermeiras obstétricas analisam a sua dificuldade e fragilidade para, sozinhas, provocarem os processos de mudança, diante destes processos fortemente instituídos.

Os médicos ainda determinam o modelo hegemônico de assistência, centrado na medicalização do parto, ou seja, o instituído é regido por um poder institucional. Contudo, há um processo de institucionalização das práticas da

enfermagem obstétrica e, dessa forma, é possível observar a correlação de forças entre o movimento do instituído e do instituinte, mediante inúmeros desafios que essas profissionais têm enfrentado para serem reconhecidas e valorizadas, ao defenderem um trabalho interdisciplinar, os direitos da mulher e um modelo de assistência ao parto e nascimento integral e mais humanizado.

[...] Igual nós discutimos na última reunião: qual é o modelo de maternidade que a diretoria quer? É isso que nós precisamos saber, muitas coisas nós não sabemos, porque o hospital tem um modelo médico-centrado e todos nós sabemos disso. O do [projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On)] tenta quebrar esse paradigma [...] É isso, a diretoria não compra a briga, não assume isso com a equipe médica (Participante 1).

[...] Todos nós queremos acertar naquilo que estamos fazendo e estamos falando a mesma língua. Por isso, eu me pergunto: qual é o objetivo da instituição em relação à maternidade? Qual é o objetivo da instituição em relação à enfermagem? Qual é o objetivo da instituição em relação à enfermagem obstétrica? Qual é o objetivo da instituição em relação ao profissional médico na maternidade, ao acadêmico e à residência em enfermagem obstétrica? (Participante 12).

Neste cenário de contradições, a enfermagem obstétrica, paulatinamente, tem ocupado um espaço de reconhecimento por sua atuação no cuidado à mulher e à sua família, pois, em alguns momentos, consegue adotar estratégias de humanização do parto e do nascimento, como por exemplo os métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como: banho de imersão; massagem; exercícios respiratórios; técnicas de relaxamento muscular; deambulação e mudança de posição.

[...] A questão dos elogios, nós oferecemos todo o cuidado para a mulher e muitas das vezes eu escuto, a própria paciente chega e elogia, elogia os residentes de enfermagem, fala que foi assim, que fez a diferença, que foi importante e ela pergunta onde ela pode elogiar, eu falo para ela ir na ouvidoria. Isso é muito importante para nós, até para nós sabermos como anda o serviço [...] eu acho que a partir do momento que ela fala que foi bem assistida, ela fala da equipe médica, a palavra médico, mas já ouvi elogio da equipe de enfermagem, elogio para os técnicos de enfermagem, para as doulas. Teve [outro] elogio na ouvidoria,

então, eu acho que aí entra a questão do acolhimento, por mais que nós aqui dentro estejamos sufocados, nós da equipe de enfermagem conseguimos acolher essa mulher e sua família, o que a mulher mais percebe é o acolhimento, é a forma de acolhimento da equipe, eu penso assim (Participante 9).

Ainda a partir da análise das implicações, as enfermeiras obstétricas puderam falar de suas estratégias de sobrevivência para continuar a desempenhar suas atribuições na maternidade, se sentirem menos frustradas e, ao mesmo tempo, compreenderem suas potencialidades individuais e coletivas para prestarem uma assistência diferenciada à mulher e ao recém-nascido:

[...] Então, a minha válvula de escape, aqui, foi trabalhar no alojamento conjunto, trabalhar no aleitamento materno, e como as enfermeiras obstétricas não gostam muito do alojamento conjunto e eu gosto, então dava certo. Porque pelo menos eu consigo fazer alguma coisa lá, no bloco obstétrico eu não iria conseguir (Participante 6).

[...] Eu vou trabalhar porque eu preciso trabalhar e vou fazer o meu melhor. Agora... a sensação é que nunca é suficiente, então, o que eu acho que falta aqui é isso, é ter uma real cogestão de todos, porque eu vejo cheio de pessoas com potencial aqui dentro, cheio de médico pesquisador, enfermeiro pesquisador, mas nós não conseguimos articular (Participante 10).

De modo geral, a análise coletiva das implicações durante os encontros socio-clínicos possibilitou às enfermeiras obstétricas o (re)-conhecimento e a compreensão de suas situações cotidianas, que são, em si, complexas e determinadas por uma diversidade de elementos e de relações, atravessadas por diferentes instituições.

Considerações finais

O processo de transformação da realidade estudada é dinâmico e, no caso desta pesquisa-intervenção, começou a ocorrer desde a apresentação do projeto de pesquisa ao grupo de enfermeiras e docentes. Destaca-se que essa prática de pesquisa participativa ainda é pouco desenvolvida no hospital universitário em

foco, o que já significou um avanço para a enfermagem obstétrica e reforçou ainda mais o desejo da pesquisadora de desenvolver essa investigação tendo como referencial teórico metodológico a AI.

Pode-se dizer que uma transformação significativa foi a visão das participantes da pesquisa, pois elas não só se mostraram interessadas no projeto como também acreditaram que, a partir dele, podem se fortalecer como um coletivo, a fim de mudarem sua prática profissional, o processo de trabalho e as relações interpessoais. Elas trouxeram à tona o sentimento de esperança na perspectiva freiriana, do “verbo esperar”.

Neste sentido, as expectativas e os sentimentos de “esperança (r)” analisados a partir das diferentes implicações das participantes nesta pesquisa intervenção pode ser um disparador para que o grupo saia do imobilismo e possa provocar mudanças e transformações significativas na prática profissional das enfermeiras obstétricas. Apesar do curto espaço de tempo entre o início da pesquisa-intervenção e a defesa da dissertação de mestrado, foi a partir dos encontros socio-clínicos que este movimento coletivo das enfermeiras obstétricas se fortaleceu.

Fazer parte deste movimento coletivo configurou-se em um desafio para a pesquisadora/trabalhadora, que pôde analisar, conjuntamente às participantes da pesquisa, suas implicações e compreender algumas demandas da sua realidade profissional, tendo em vista seu duplo vínculo de trabalhadora/pesquisadora.

Para dar continuidade às discussões que surgiram nos encontros socio-clínicos, contribuindo para a produção do conhecimento na enfermagem obstétrica, foi proposto pelo grupo iniciar uma discussão mais específica sobre a elaboração de uma linha de cuidados materno-infantil e de um planejamento estratégico como uma tecnologia leve de apoio à gestão, a fim contribuir na organização do processo de trabalho, pactuando metas e compromissos coletivamente, de acordo com as necessidades e prioridades das mulheres atendidas e seus familiares.

Enfim, foi preciso transformar o tempo e o espaço deste grupo de profissionais para conhecerem a sua prática profissional, o que permitiu um movimento de reflexão, análise, intervenção e produção de conhecimento com a finalidade de cada vez mais qualificar o cuidado prestado à mulher, ao recém-nascido e à sua família.

Referências

ABRAHÃO, A. L. **Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes da saúde.** In: S. L'ABBATE, S; MOURÃO, L. C; PEZZATO, L. M. (Orgs.). *Análise Institucional e Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 315-332.

AMORIM, T. **O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil.** 2010. Tese. (Doutorado) – Curso de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-10112010-085756/publico/TeseTorcata.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2023.

BORGES, F. A. et al. A análise de implicação profissional como um dispositivo de educação permanente em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. 1-9, 2019. doi: 10.1590/1518-8345.3114.3189. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. **Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Nº 20,** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria n. 2.815, de 29 de maio de 1998.** Dispõe sobre o acompanhamento ao trabalho de parto visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Resolução COFEN n. 516/2016, de 23 de junho de 2016.** Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 14 fev. 2023.

L'ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, 194-219, 2012.

LIMA, G. P. V. et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 593-599, 2015. Disponível em: 10.5935/1414.8145.20150079. Acesso em: 14 fev. 2023.

LOURAU, R. *A análise institucional.* Petrópolis: Vozes, 2014.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ:** análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MARTINS, J. B. Análise institucional e o processo de construção de conhecimento: a questão da implicação. **Psicologia em Revista**, v. 23, n. 1, p. 488-499, 2017.

MONCEAU, G. **A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde**. In L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). *Análise Institucional e Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 91-103.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008. Disponível em: 10.1590/S1984-02922008000100007. Acesso em: 14 fev. 2023.

MONCEAU, G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 1, p.197-217, 2015. Disponível em: 10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P197. Acesso em: 14 fev. 2023.

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 467- 482, 2005.

PENIDO, C. M. F. A análise da implicação como dispositivo de transformação do processo de trabalho. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 248-257, 2015.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da análise institucional: potencializando reflexões no cotidiano da saúde bucal coletiva. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p.1297-1314, 2011. Disponível em: 10.1590/S0103-73312011000400008. Acesso em: 14 fev. 2023.

PEZZATO, L. M.; PRADO, G. V. T. **Pesquisa-ação e pesquisa-intervenção**: aproximações, distanciamentos, conjugações. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). *Análise Institucional e Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 149-179.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; DAVID, H. S. L. *Productive restructuring in the area of health and obstetric nursing*. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1123-1129, 2014. Disponível em: 10.1590/0104-07072014002040013. Acesso em: 14 fev. 2023.

REIS, T. R. et al. Obstetric nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36(esp), p. 94- 101, 2015. Disponível em: 10.1590/1983-1447.2015.esp.57393. Acesso em: 14 fev. 2023.

IMPLICAÇÕES DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS

Angelina Lettiere Viana
Luana Pinho de Mesquita Lago
Silvia Matumoto

Introdução

No Brasil, a Enfermagem atua no cuidado, na gestão, no ensino e na pesquisa e tem um importante papel tanto na articulação entre profissionais de saúde quanto na organização do processo de trabalho nos serviços de saúde (Fortuna; Ribeiro Santana; Spagnol, 2014). O cuidado aos usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), especificamente Diabetes *Mellitus* (DM), nos serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) é parte importante do cotidiano da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), na assistência direta e indireta, no planejamento e no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e educação em saúde. É importante que esse cuidado se pautar na concepção ampliada do processo saúde-doença e, sobretudo, esteja voltado para a construção da autonomia do indivíduo, que passa a ser protagonista das ações e decisões que envolvem a sua própria condição de saúde.

Neste processo, a enfermeira⁹ estabelece diversificadas relações com o trabalho em saúde e com as práticas de cuidado, permanecendo implicada com e nessas relações, quer queira quer não (Melo, 2017). Para a Análise Institucional (AI), a implicação é o conjunto de “relações (afetivas, organizacionais e ideológicas) que se estabelecem entre os sujeitos e as instituições” (Monceau, 2012, p. 29).

Sendo assim, pretendemos neste texto abordar a implicação profissional de enfermeiras em sua prática de cuidado à pessoa com DM, evidenciando os não-ditos, os afetos e a rede de relações que essas profissionais estabelecem com as instituições que as atravessam.

Este texto foi elaborado a partir da pesquisa intitulada “O processo de trabalho do enfermeiro associado aos atributos da Atenção Primária à Saúde”. Tal

⁹ Neste capítulo, adotamos como forma de escrita a palavra “enfermeira”, visto que no estudo em questão apenas mulheres enfermeiras aceitaram participar.

pesquisa, de abordagem qualitativa, foi realizada em uma distrital de saúde de um município de grande porte do interior paulista, no ano de 2019. Essa distrital de saúde compõe o campo de atividades teórico-práticas de uma universidade pública do Estado de São Paulo. Participaram 17 enfermeiras que trabalhavam em Unidades de Saúde com equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB), todas mulheres, que, em entrevista semiestruturada, relataram como desenvolvem atividades assistenciais às pessoas com DM.

Sobre a dinâmica do trabalho das enfermeiras e suas implicações

Dentre as implicações na pesquisa, Monceau (2008) distingue as implicações primárias das secundárias. As primárias dizem respeito às implicações das pesquisadoras, durante a realização da pesquisa, com o objeto de pesquisa e a análise de dados; já as secundárias remetem às implicações que compõem o campo de análise e interferem diretamente nas suas ações no campo de intervenção.

Nesse início, torna-se importante realizar a análise de implicação das autoras deste capítulo. Compartilhamos dessas implicações secundárias, a saber: a implicação ideológica em acreditar nos princípios do Sistema Único de Saúde e no trabalho em saúde enquanto uma prática social, a inserção na universidade enquanto docentes na área de saúde coletiva e a atuação em pesquisas de cunho social. Vale salientar, ainda, que a encomenda deste capítulo proporcionou a escrita coletiva, o encontro e a enunciação de implicações das autoras durante a análise dos dados, uma vez que apresentam trajetórias e olhares diferentes que ajudam a compor novas formas de análise.

Os investimentos para a realização do presente estudo se pautaram na certeza da necessidade de divulgar aportes teórico-metodológicos que apresentassem potencial para ampliar a capacidade de análise dos profissionais de saúde, visando uma possível mudança de perspectiva do trabalho, dirigindo-a para a saúde como direito e em defesa da vida. No campo do trabalho em Enfermagem, a aposta é a de que o conhecimento ora posto possa contribuir para que os profissionais de Enfermagem e a gestão dos serviços reflitam sobre o foco do trabalho, a fim de verificar se está efetivamente sendo dirigido à pessoa que convive com DM e se existe a busca da sua autonomia para conduzir a própria vida.

Em relação às implicações das enfermeiras que participaram deste estudo, tomamos inicialmente a dimensão ideológica da implicação profissional, que se refere àquilo em que os sujeitos acreditam, ou seja, a relação ideológica estabelecida no cuidado de enfermagem às pessoas com DM, com destaque para o modelo de atenção à saúde:

Na parte assistencial é questão de consultas, procedimentos de maneira geral, visita domiciliar (E1-eSF).

[...] **nosso papel é realmente ter um tempo a mais para conversar com o paciente**, para ver se realmente ele está tendo dificuldade, se ele está conseguindo aderir ao tratamento, como que é para fazer o uso das medicações, se faz uso de insulina ou não, os hábitos alimentares que é essencial também, a gente solicita os exames de sangue, o exame do pé diabético (E5-eSF, grifo nosso).

Por um lado, o trecho citado mostra uma implicação direta com a questão organizacional procedimental; por outro lado, revela este lugar de escuta, de dedicação de tempo, bem como a realização da consulta e da visita domiciliar como instrumentos de um cuidado centrado no indivíduo e na família. Essas contradições entre o modelo ampliado e o modelo biomédico e curativista, centrado na doença e no seu controle, presentes na prática clínica da enfermagem na APS, permitem divisar uma zona de tensões, medos, conflitos e incertezas (Matumoto et al., 2011). O processo de autoanálise tem potencial para fazer com que as enfermeiras participantes do estudo percebam melhor o que vivem, pois podem nomear essas tensões, esses medos e esses conflitos, e apreender a APS como um campo de trabalho permeado por inesperados e de incertezas.

As enfermeiras são implicadas profissionalmente na realização da consulta de enfermagem, por diferentes motivos: porque dedicam tempo e espaço na agenda, uma vez que há uma normativa da Secretaria Municipal de Saúde para tal; por ser uma atividade legalmente reconhecida e fiscalizada pelo Conselho Regional de Enfermagem e um ato privativo da classe (Brasil, 1986); por, recentemente, ser uma ação programada dentro da linha de cuidado para esse grupo populacional. No tocante ao atendimento às pessoas com DM, as enfermeiras acreditam que a consulta de enfermagem e a visita domiciliar são espaços de cuidado importantes:

[...] eu acho que a atuação fica mais pautada na consulta e nas orientações de prevenção e promoção que a gente faz (E1-eSF).

[...] a gente consegue atender, mesmo quando não tem vaga, a gente dá um jeito, vai na casa, faz visita [...] (E8-eSF).

[...] nós fazemos o atendimento intercalado com o médico (E9-eAB).

A gente também acompanha eles [*sic*] em visita domiciliar (E2-eSF).

A consulta de enfermagem é uma ação de muito destaque, e o seu exercício abre caminhos para alguns questionamentos. Um deles refere-se ao sentido atribuído de intercalar consultas com o médico: com qual finalidade? Para o trabalho conjunto ou para a diminuição da sobrecarga da agenda médica? O outro questionamento refere-se à perspectiva do usuário, que muitas vezes entende a consulta médica como prática instituída de cuidado enquanto a consulta de enfermagem lhe causa estranhamento. Ao se ofertar consultas de enfermagem, provoca-se um rearranjo do que se concebe como consulta, e quando o usuário experimenta uma consulta de enfermagem, por vezes, indaga se a enfermeira é médica. Neste sentido, há um incômodo, e até um desapontamento, por parte das enfermeiras, levando-se em conta seu desejo de fazer da consulta um efetivo espaço de cuidado:

[...] quando sabem que é consulta com o enfermeiro, não dá [*sic*] muita importância, às vezes por falta de, não sei se é de conhecimento, é falta de hábito mesmo, porque sempre consulta com médico (E16-eAB).

[...] o paciente acaba valorizando mais o atendimento médico do que o atendimento da enfermagem, infelizmente (E17-eAB).

As enfermeiras são profissionais de referência para os cuidados, e a oferta da consulta de enfermagem tem papel importante para instaurar novas práticas de saúde. Com efeito, questiona-se o reconhecimento da profissional de enfermagem, uma vez que tem de lidar com o instituído da consulta médica (Fortuna et al., 2019). Essa questão não se dá somente na consulta, mas no caso

da visita, quando esta ocorre com outros profissionais, sem a presença do médico, persiste o instituído – a visão de que não houve o cuidado e o acompanhamento devido (Schenker; Costa, 2019).

A visita domiciliar é outra prática muito presente na agenda das enfermeiras, configurando-se como uma ferramenta essencial no cuidado às pessoas com DM, uma vez que aproxima a equipe da família e da comunidade, possibilitando assim compreender o contexto social da pessoa com a condição crônica. Tal circunstância é incorporada, conseqüentemente, ao seu plano de cuidados, concretizando uma abordagem contextualizada e mais integral (Barbiani; Dalla Nora; Schaefer, 2016; Becker et al., 2018). Algumas enfermeiras expressam a sua implicação ideológica com um modelo de cuidado integral com a família e a comunidade e, portanto, com a realização do cuidado no domicílio. Juntamente com a consulta, constituem-se assim espaços para a prática de educação em saúde, de escuta e de construção de vínculo:

[...] então a gente não pode colocar todos esses pacientes com esse problema num lugar e fazer um projeto, um plano de ação igual para todo mundo, **esses planos eles vão mudando** de acordo com exatamente família, o quanto que ele tem de suporte, se está empregado ou não está (E12-eSF, grifo nosso).

[...] a gente procura assim, principalmente da saúde da família a gente procura ver ele como um todo e a parte de a gente estar visitando também ao domicílio a gente tem uma noção da realidade deles, o que realmente dá para ser feito, ou às vezes você pega uma visita e eles estão almoçando aí você vê o que é que está comendo, porque as vezes chega em consulta fala uma coisa, fala outra. Então eu acho assim, tem principalmente na saúde da família tem essa facilidade acho que de a gente estar mais perto do paciente e estar orientando mais **dentro da realidade** deles (E2-eSF, grifo nosso).

Na APS, o cuidado se orienta para a promoção do autocuidado e, portanto, o usuário é que terá de realizá-lo. Para tanto, a conduta prescritiva é insuficiente; há que se fazer compreender, há que se criar sentido para o usuário inserir uma nova prática em seu cotidiano, por meio de ferramentas pedagógicas utilizadas considerando o seu contexto de vida.

Esta dimensão ideológica da implicação das enfermeiras traz incômodos diante da corresponsabilidade do cuidado. Exploram-se aqui duas questões: de um lado, as dificuldades dos usuários em se responsabilizarem pelo seu autocuidado, e do outro, a responsabilidade do profissional diante do processo saúde-doença-cuidado:

[...] a importância do empoderamento, do quanto **eu sou responsável também** pela minha vida, pela minha saúde [...] (E4-eAB, grifo nosso).

[...] a gente tem tentado colocar para o paciente que o papel do paciente é fundamental no tratamento dos diabéticos, que o médico pode fazer pouco por eles, que 80% do **tratamento está na mão deles** e que **a gente tem perdido muitos pacientes por causa do diabetes** [...] (E3-eAB, grifo nosso).

O relato da profissional E3-eAB revela a preocupação com a sensibilização das pessoas com DM ao cuidado ampliado de saúde diante da morte, e com a responsabilização do indivíduo por seu autocuidado, uma vez que sua saúde não depende unicamente do uso da medicação e do tratamento médico. A enfermeira implicada ideologicamente com a defesa da vida é afetada pela perda e pelo óbito das pessoas das quais cuida e esta implicação ideológica a mobiliza em favor de práticas baseadas no modelo ampliado de saúde, nos princípios da promoção de saúde e da corresponsabilização do cuidado.

Para Malaman (2013), um desafio no cuidado das pessoas com doenças crônicas é a sua sensibilização para a adoção de novos hábitos de vida, para além do tratamento farmacológico. Assim, é preciso questionar o cuidado médico-centrado e apostar na construção de vínculos e no investimento de todos os profissionais da equipe no componente educativo do cuidado, respeitando condições de vida e cultura de cada população. Para esta autora, a presença ou não da responsabilização das pessoas com doenças crônicas em atividades coletivas, como grupos de educação em saúde, tem caráter contraditório, uma vez que as práticas educativas se caracterizam ao mesmo tempo como disciplinadoras e como incentivadoras de autonomia.

Portanto, a não responsabilização das pessoas com DM é um importante analisador tanto das práticas e concepções de educação em saúde como das

condições estruturais e de trabalho dos profissionais de saúde para realizá-las. Neste sentido, observam-se contradições entre as ações disciplinadoras e incentivadoras de hábitos de vida saudáveis e o movimento que tem por base as práticas educativas criativas, consideradas importantes, sem, no entanto, abrir um espaço de diálogo e escuta dos usuários em relação às sugestões apresentadas, o que acaba por reproduzir os modos instituídos das ações educativas com pessoas portadores de DM.

A gente tem grupo de orientação quinzenal aqui na unidade, que é um **grupo de adequação de saúde** e eles são em sua maioria hipertensos e diabéticos, ele é aberto para a comunidade, mas são hipertensos e diabéticos todos os que participam nesse momento. Que a gente faz dinâmica aborda assuntos, passa filme enfim (E6-eSE, grifo nosso).

Então eu procuro, aí nesse grupo **eu trago, da minha casa**, eu trago um suco, certo?! Então assim, eu aproveito aquele suco para falar alguma coisa também da dieta, então é um suco por exemplo se for de laranja eu já diluo o suco e eu mostro e ponho adoçante, eu mostro, eu falo do adoçante, eu falo da diluição, eu às vezes bato uma laranja com maçã e a casca eu falo da fibra, eu aproveito aquele suco para falar alguma coisa, introduzir alguma coisa da dieta e eu sirvo o suco para eles, eu mostro que não é tão ruim assim a gente tomar um suco diluído (E3-eAB, grifo nosso).

É interessante notar, nesses relatos, a relação com o instituído do controle quando uma das enfermeiras diz que “é um grupo de adequação de saúde”, enquanto, por outro lado, há a experimentação de práticas instituintes incentivadoras de novos hábitos, a exemplo da ingestão do “suco diluído”, que revela a implicação organizacional delas em construir respostas, seja pela gestão dos recursos disponíveis para o cuidado ou por suas afiliações a diferentes concepções de educação em saúde.

Além da responsabilização, as enfermeiras abordaram limites e desafios frente ao tratamento farmacológico e não farmacológico no cuidado às pessoas com DM, principalmente no caso dos idosos. Estes, muitas vezes, possuem baixo nível de instrução ou ainda complicações fisiológicas relacionadas à idade e/ou à doença. Isto se mostra mais fortemente quando as enfermeiras reconhecem as

condições de vida, de alimentação e a falta de suporte familiar como componentes essenciais para pensar o cuidado nesta fase da vida:

[...] Tem muitos pacientes que às vezes tem dificuldade até para ler, não tem uma condição educacional tão boa e às vezes tem que lidar com a seringa, com o glicosímetro, às vezes o paciente nem enxerga direito então... muitos não têm suporte familiar, às vezes mora sozinho e não tem quem consiga ajudar [...] Às vezes a alimentação também é difícil, atividade física, às vezes é complicado de aderir também ao tratamento não farmacológico, talvez até mais do que o farmacológico [...] conhecer o paciente a família, quando a gente está mais perto às vezes a gente até conhece a casa, conhece realmente a condição que ele vive, a gente sabe se ele tem condições de comprar aquele alimento, de cozinhar em casa. Tem paciente minha que não tem fogão por exemplo em casa, então é difícil. Acho que entender isso facilita muito para gente conseguir trabalhar junto para ver como que pode melhorar (E5-eSF).

Frente a isso, cabe aos profissionais de enfermagem pensar em estratégias para superar tais obstáculos. Tais estratégias devem envolver o contato ainda mais próximo da equipe, a comunicação com familiares ou pessoas próximas que possam representar uma rede de apoio para estes idosos, tendo em vista a potência do apoio que a família representa nas ações para o cuidado e para o suporte no autocuidado (Santos et al., 2018). Isto evidencia sua implicação profissional na articulação intersetorial com serviços de apoio social da rede de atenção à saúde, em vias de promover uma atenção integral a esta população (Schenker; Costa, 2019).

A dimensão libidinal está relacionada ao desejo e ao afeto, no sentido de uma relação de afetação mútua, em que as profissionais enfermeiras são afetadas de diferentes modos, a depender de quem é o outro da relação, aproximando-se da realidade vivida pelos usuários e criando, involuntariamente, diferentes formas de comunicação. A dimensão subjetiva é a substância desses afetos e, para algumas enfermeiras, o cuidado às pessoas idosas com DM despertou afetos que mobilizaram desejos por práticas de cuidado contínuos que, vale frisar, nem sempre são possíveis:

Nós temos na nossa área também uma grande dificuldade, muito idoso sozinho, que não tem um cuidador específico, não tem filho ali muito

próximo mesmo que tenha morando próximo, mas não tem muito próximo, porque praticamente não se veem porque o filho é muito atarefado, tem muita coisa então não posso dar problema para ele, muitos casos da vulnerabilidade do idoso em si (E6-eSF).

Ainda tem alguns usuários que são analfabetos e tem alguns idosos que não tem cuidador, então isso fica bastante difícil. Eu fiquei muito preocupada outro dia que um senhor me falou que quando a pressão estava alta ele tomava insulina, e aí eu tive que ir desconstruindo o que que era pressão alta, o que que era o diabetes e aí a gente foi conversando, mas aí depois de um tempo ele sumiu, então eu não consegui ter continuidade (E16-eAB).

Outro elemento presente é a vivência da DM e o sentimento de saber lidar e conviver com ela:

Ó, aqui eu tenho um carinho muito grande no tratar diabéticos **porque eu sou diabética**. Eu fiquei diabética em 99. Meu diabetes é tipo 1. Então eu lido com essa doença todos os dias comigo, então eu tenho uma atenção especial com esses pacientes (E3-eAB).

Na perspectiva do processo saúde-doença-cuidado, enquanto uma produção social e afetiva, a vivência da DM pode contribuir para que essa profissional faça ofertas de cuidado a partir de um lugar diferente, uma vez que compreende este lugar de conviver com a DM, apoiada no seu saber de experiência (Bondía, 2002), e que vive o desejo de construir práticas saudáveis. Isto reforça a produção de processos de subjetivação e ressignificação que podem se constituir em encontros potentes para o cuidado, seja pelo fortalecimento de vínculos ou por negociações na direção da autonomia (Abrahão, 2013).

As enfermeiras apostam no vínculo como ferramenta de cuidado às pessoas com DM nas eSF, pois a equipe atua de forma mais próxima às famílias, e a enfermeira investe na criação de laços de confiança com os usuários:

[...] aí o vínculo, o paciente também conseguir confiar na gente, saber que se ele precisar de alguma coisa, tiver alguma dúvida ele pode procurar, esse contato mais próximo que a saúde da família tem é importante (E5-eSF).

A implicação profissional ideológico-libidinal, por meio do vínculo, constitui-se como fator fundamental para a efetivação do cuidado longitudinal, resultado de uma atuação na perspectiva da humanização, alimentada por uma rede de afetos que conhece e compreende as necessidades de saúde biopsicossociais do usuário (Santos et al., 2017; Gontijo et al., 2017).

A dimensão organizacional da implicação profissional diz respeito à base material e organizacional que o sujeito estabelece com a profissão – de forma sintética, à organização de seu tempo e sua agenda. As práticas de gestão e gerência dos serviços de saúde na APS são caracterizadas pela falta de tempo e pela sobrecarga de trabalho, e isso afasta as enfermeiras do cuidado centrado no usuário:

[...] a gente não tem tempo e isso é só um detalhe do nosso atendimento, a gente faz muitas outras coisas, a gente faz pré-natal, a gente faz planejamento familiar, a gente faz puericultura, e essa porta que não para de bater, é toda hora e se a gente sair ali fora, cada hora é um problema. São os curativos, e tem a parte administrativa [...] (E3-eAB).

O trabalho em enfermagem passa por situações marcantes, tais como “a deterioração das condições de trabalho, o sofrimento no trabalho, a perda da autonomia, a deterioração das relações interpessoais e a sobrecarga de funções e tarefas” (Souza; Teixeira; Souza, 2017, p. 638). Contraditoriamente, ao mesmo tempo que as enfermeiras são atravessadas pelo instituído da lógica produtivista, disciplinar e burocrática (Fernandes et al., 2019), elas dedicam tempo e destinam espaço para o exercício da cogestão, por meio do compartilhamento de saberes e poderes e da pactuação com a equipe, os movimentos que incentivam a ressignificação do trabalho em equipe e a abertura para processos coletivos de gestão compartilhada:

[...] o cuidado de enfermagem, que eu acho que também é um cuidado que muitas vezes ele não é direto, mas ele é na questão da gestão dos casos. Então, por exemplo, eu como enfermeira, eu consigo também, a gente propor melhorias dentro do serviço para a equipe toda. Então, por exemplo, agora recentemente a gente discutiu a necessidade de fazer uma classificação de risco para os hipertensos e diabéticos, então eu participei disso e a gente classificou em relação ao risco cardiovascular e em relação à capacidade de autocuidado. Então, se era suficiente ou se

era insuficiente e aí a gente fez uma, baseado no referencial teórico do Eugênio Vilaça Mendes uns extratos de avaliação. Então, esse também é um cuidado que não é direto, mas ele é, acho importante (E4-eSF).

Apesar de protagonistas no trabalho na APS e no gerenciamento do cuidado, os profissionais da enfermagem têm de lançar mão de estratégias integradoras com a equipe de saúde, com uso e equilíbrio entre diferentes tecnologias (Silva; Assis; Santos, 2017). No entanto, as enfermeiras revelam a angústia que resulta do acúmulo de tarefas e do fato de serem as profissionais de referência para a resolução de problemas:

[...] eu acho que a gente é quase que **engolido por muitas atribuições**, o enfermeiro tem muitas atribuições e o enfermeiro de saúde da família ele tem mais atribuições ainda porque, além dos pacientes que nós estamos falando aqui, tem toda a unidade, tem a parte gerencial, tem a parte de supervisão da equipe e ainda tem os agentes comunitários, então são essas dificuldades que eu vejo (E6-eSF).

[...] o médico só atende geralmente com hora marcada ou com atendimento programado, alguns médicos são diferentes, mas de uma forma geral, o enfermeiro é quem eles vêm e batem na porta “Aí estou com problema. Ai o que é que eu faço, me orienta” [...] **e a equipe de enfermagem é a testa de ferro, é quem está na frente, é quem conduz o serviço** [...]. Hoje, por exemplo, eu não estou com nenhum médico aqui, a não ser o gerente e o serviço está aberto, a gente está tocando. Por quê? Porque tem uma equipe. Então eu acho assim, não se faz saúde sem enfermagem, não querendo ser taxativa, e eu acho muito importante nosso papel, eu acho que o enfermeiro é **o articulador de tudo aqui dentro** (E17-eAB).

Borges et al. (2019) ressaltam que a instituição “profissão de enfermagem” carrega consigo um imaginário social de “chefia, controladoria, rigor técnico, sistematização e planejamento de ações” (p. 6). Essa situação acaba colocando as enfermeiras na posição administrativa do cuidado, muitas vezes afastando-as do cuidado direto e prejudicando o planejamento e desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da qualidade da assistência prestada pelo serviço como um todo (Caçador et al., 2015).

Na percepção das enfermeiras, a enfermagem é “testa de ferro”, ou seja, é quem recebe as demandas advindas dos usuários e conduz e articula o serviço. A formação em Enfermagem desenvolve competências e habilidades para realizar a assistência e a gestão do cuidado; entretanto, na APS, os profissionais precisam ao mesmo tempo possuir autonomia e serem corresponsáveis para realizar o trabalho em equipe (Campagnoli et al., 2017). Compreende-se então que é necessário não se deixar capturar pelo instituído do trabalho fragmentado e tensionar o estímulo à cogestão e ao cuidado em equipe à pessoa com DM.

Essa posição de liderança na equipe de saúde e o acúmulo de atribuições geram sobretaxa e provocam certa cegueira diante das práticas profissionais da Enfermagem, o que se caracteriza por uma sobreimplicação. É, pois, importante realizar a análise de práticas a fim de questionar o cuidado às pessoas com DM, ressignificando a produção de vida e de subjetividades no encontro enfermeiro-pessoa com DM (Abrahão, 2013; Campagnoli et al., 2017).

Os conceitos da AI, como a implicação, podem revelar as dinâmicas presentes nos serviços de saúde e trazer à tona aquilo que se encontra no processo de cuidar e não consegue ser expresso, reconhecendo as limitações presentes (Abrahão, 2013). Finalmente, cumpre frisar que o encontro entre o profissional da Enfermagem e a pessoa a ser cuidada é uma dimensão muito complexa e gera tensões na equipe, pois o momento do cuidado exige que se possa articular respostas coerentes com as necessidades de saúde e promover o diálogo, a fim de abrir espaço para a produção de novos encontros (Abrahão, 2013).

Considerações finais

Neste capítulo, buscou-se elucidar as implicações das enfermeiras que realizam o cuidado às pessoas com DM. Identificou-se a implicação ideológica com o modelo de atenção à saúde, que expõe as disputas entre a produção de procedimento *versus* a produção de cuidado ampliado. A consulta de enfermagem evidencia o instituído da consulta médica, que confronta o não reconhecimento com o desejo de fazer da consulta de enfermagem o seu espaço de cuidado. Observa-se ainda que a implicação ideológica com o modelo de cuidado integral traz incômodos, como as dificuldades dos usuários em se responsabilizarem pelo seu autocuidado

e a responsabilidade do profissional diante do processo saúde-doença-cuidado. Nas práticas de educação em saúde, há contradições entre as ações reguladoras e as promotoras de cuidado, o que exige criatividade nas práticas educativas a partir da experiência das profissionais no cotidiano do trabalho em saúde.

Na dimensão libidinal, tanto a vivência da DM e o sentimento de saber lidar e viver com ela quanto a aposta das enfermeiras no vínculo como ferramenta de cuidado às pessoas permitem ofertas singulares movidas pelos afetos e pelo desejo de construir práticas saudáveis. A dimensão organizacional da implicação profissional é caracterizada pela falta de tempo e sobrecarga de trabalho, e isso afasta as enfermeiras do cuidado centrado no usuário. A sua posição articuladora e o acúmulo de atribuições gera o sobretrabalho e provoca certa cegueira diante de suas práticas profissionais.

Em face dessas considerações, conclui-se que o trabalho dos profissionais de enfermagem no encontro com a pessoa com DM pode produzir novas práticas; mas isso demanda investimentos contínuos, como a análise das práticas pelos profissionais. Assim, a depender de suas implicações profissionais, a Enfermagem poderá continuar a questionar o cuidado biomédico e descontextualizado das condições de vida das pessoas, e este pode ser um caminho para um cuidado que potencialize a autonomia no que tange à produção de subjetividades.

É importante refletir sobre os limites da análise, visto que, nesta pesquisa, a análise de implicações não foi uma proposta a ser realizada coletivamente com as enfermeiras; no entanto, as entrevistas individuais foram dispositivos importantes para destacar as contradições nas práticas das enfermeiras e as implicações com o cuidado às pessoas com DM.

Referências

Abrahão, A. L. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes de saúde. *In*: LABBATE S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs). **Análise institucional e saúde coletiva**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 315-332.

Barbiani, R.; Dalla Nora, C. R.; Schaefer, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2721, 2016.

Becker, R. M. et al. Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. Suppl. 6, p. 2643-2649. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>

- Bondía, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 20-28, 2002. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>.
- Borges, F. A. et al. Analysis of professional implication as a tool of permanent education in health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3189, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3114.3189>
- Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União** de 26.6.1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 18 set. 2023.
- Caçador, B. S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>.
- Campagnoli, M. et al. Análise institucional das práticas de enfermagem: uma experiência na atenção básica. **Diversitates Int J**, v. 09, n. 2, p. 25-43, 2017. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/188/112>. Acesso em: 18 set. 2023.
- Fernandes, J. C. et al. Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde em Debate** online, v. 43 (spe6), 2019. p. 22-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S602>.
- Fortuna, C. M.; Santana, F. R.; Spagnol, C. A. La formation universitaire des infirmières au Brésil: trois expériences. **Recherche en soins infirmiers**, v. 119, n. 4, 2014. p. 85-98. DOI: <https://doi.org/10.3917/rsi.119.0085>
- Fortuna, C. M. et al. Enfermagem em Saúde Coletiva: desejos e práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72 (Suppl. 1), 2019. p. 336-340. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0632>
- Gontijo, T. L. et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, 2017. p.741-752. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711406>
- Malaman, L. B. Diabetes e grupalidade: a responsabilização dos pacientes pelas atividades de grupo educativo, um potente analisador. In: LABBATE S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs). **Análise institucional e saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 292-312.
- Matumoto, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2011. p. 1-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421953017.pdf>. Acesso em: 18 set. 2023.
- Melo, F. A. B. **Análise de implicação profissional: um dispositivo disparador de processos de educação permanente em saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.22.2018.tde-01032018-194200>.
- Monceau, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2008. p. 19-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000100007>
- Monceau, Gi. **L'analyse institutionnelle des pratiques: une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France**. Paris: L'Harmattan, 2012.
- Santos, N. A. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária por profissionais de saúde. **Rev. APS**, v. 20, n. 3, 2017. p. 339-348. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15964>

Santos, F. P. dos A. et al. Práticas de cuidado da equipe da estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE online**, v. 12, n. 1, 2018. p. 36-43. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a230589p36-43-2018>

Silva, S. S.; Assis, M. M. A. A.; Santos, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, 2017. p. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>

Schenker, M.; Costa, D. H. da C. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n 4, 2019. p. 1369-1380.

Souza, E. A.; Teixeira, C. F.; Souza, M. K. B. Análise da produção científica nacional sobre o trabalho da enfermeira (1988-2014). **Saúde em Debate online**. v. 41, n. 113, 2017. p. 630-646. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711322>

O INSTITUÍDO E O INSTITUINTE NO CUIDADO ENVOLVENDO O BANHO E A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: ROTINA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL PARA AS SINGULARIDADES

Marcela Pimenta Guimarães Muniz
Ana Lúcia Abrahão

As instituições psiquiátricas, em sua natureza simbólica, são espaços férteis para o engessamento na macro e micropolítica do trabalho em saúde. Neste sentido, a produção da liberdade para as singularidades não se dá neste tipo de espaço se não for por investimentos que desloquem as instituições de poder para a desterritorialização e retorritorialização das suas práticas e rotinas.

Neste estudo, aplicaram-se alguns conceitos-ferramentas da Análise Institucional (AI) que permitissem a qualificação desta reflexão teórica. A Análise Institucional é um campo de conhecimento, formado a partir da psicanálise, ciências sociais e filosofia e é um processo permanentemente em reformulação versátil dependente do devir e não um saber instituído, cristalizado, estático como as perspectivas científica tradicionais.

A AI valoriza o fazer consciente no cotidiano como forma de se estar “vacinado” contra a alienação, a manipulação e o assujeitamento das subjetividades aos saberes dominantes. Para isto, este referencial vai se apoiar em processos de autogestão e auto-análise. Muitos acontecimentos em uma organização não são revelados. Neste sentido, a AI permite que se ouça o inaudível, aspectos até então não percebidos através de instrumentais tradicionais (Muniz, 2011).

Lapassade (1989) explica que a AI busca extinguir o desconhecimento do sentido estrutural dos atos do sujeito, do que determina as suas escolhas/opções, rejeições, opiniões, aspirações (Muniz, 2011). Os conceitos-ferramentas da AI empregados neste estudo foram: instituição; instituído; instituinte; dispositivo; implicação; e sobreimplicação.

A motivação para o desenvolvimento deste estudo é o desafio da implementação das práticas desinstitucionalizantes da saúde mental que tornam-se ainda mais difíceis no âmbito do hospital psiquiátrico, onde as forças de assujeitamento produzem relações silenciadoras nas subjetividades. A implicação das pesquisadoras passa por – apesar de não estarem hoje inseridas em instituições psiquiátricas como enfermeiras – serem movidas pelo desejo constante de produzir fluxos que mobilizem existencialmente as práticas de Enfermagem na saúde mental, rumo ao devir da emancipação da pessoa em sofrimento psíquico. A implicação das pesquisadoras para o emprego da AI no desenvolvimento deste debate se dá pela predileção pelo paradigma de inspiração marxista, incluindo a vertente “transformar para conhecer” que é uma proposta deste referencial, tendo, neste estudo, a própria implicação como ferramenta para “transformar” e a partir disso “conhecer”, sem a cisão sujeito-objeto no estudo.

O objetivo do estudo foi fomentar um deslocamento reflexivo no que versa sobre a rotina de banho e dos modos de administração de medicamentos pela equipe de Enfermagem nos hospitais psiquiátricos, a partir do referencial da AI.

Instituições que se (re)produzem no panorama em discussão

Pelo instrumental filosófico, teórico e prático da AI, tem-se que a sociedade é regulada por instituições.

(...) se diferencia o conceito de instituição daqueles de organização e estabelecimento. Tanto as condições materiais do estabelecimento escola, manicômio ou partido (edificação), quanto o organograma ou fluxograma (regras de circulação e organização de pessoas e informações desse estabelecimento) não eram mais o espectro de análise pretendido. Acontece, então, a abertura da análise para a instituição da educação, da doença mental, da política partidária, criando-se efetivamente uma Análise Institucional (Rossi; Passos, 2014, p. 160).

Para Lapassade, as instituições são “formas”, produtos históricos que (re)produzem as relações sociais e se instrumentalizam em estabelecimentos e/ou dispositivos (Rossi; Passos, 2014).

A AI nomeia como instituições os processos que existem na organização (normas, leis, lógicas reguladoras, escritas, ou não). Algumas regras são claras, como

as escritas. Outras são “invisíveis”, mas também regulam os grupos. Determinada organização pode ser atravessada por diversas instituições (educação, relações de poder, funcionamento, dentre outras). As instituições moldam uma organização (Lourau, 1996 apud Muniz, 2011).

Desde a década de 60, Lapassade colocava em análise as instituições presentes nos diferentes tipos de organizações e/ou estabelecimentos, sejam escolas, sejam hospitais psiquiátricos, seja outra estrutura que compõe ou está presente na sociedade. Neste sentido, o presente trabalho elegeu 02 (duas) instituições como foco para a pesquisa implicada: a instituição “rotina do banho na enfermaria psiquiátrica” e a instituição “modos de administração de medicamentos”.

Considerando que as instituições moldam uma organização e que as questões de banho e lida com medicamentos estão fortemente presentes nas ações da enfermagem psiquiátrica desde o formato manicomial, toma-se a dimensão do lugar destas duas instituições nos hospitais psiquiátricos.

Na psiquiatria, a enfermagem surge exatamente em um lugar de vigiar e isso inclui vigília das práticas de higiene no manicômio, bem como um lugar de servir à centralidade da conduta do médico, o que inclui fortemente a garantir que todos sejam medicados.

A problemática é que, este lugar de “vigiar”, seja a higiene, seja a tomada de medicamento, está intimamente relacionada a uma busca incessante pela docilização dos corpos, de tornar o corpo aquilo que ele não é, de produzir corpos que sirvam às normas de um sistema higienista que quer limpar/extinguir as singularidades existenciais.

É neste sentido que essas duas instituições têm papel indispensável na discussão sobre a revisão das práticas de Enfermagem. As práticas do banho e da administração de medicamento representam e são, muitas vezes, por natureza própria, o silenciamento existencial do sujeito pelos saberes normalizadores que querem moldar o corpo e a existência segundo parâmetros que são externos àquilo que faz sentido para o sujeito.

Isso porque, se pensarmos nas questões da higiene, os externos a esta profissão já concebem como hegemonicamente uma obrigação da equipe de enfermagem e esta, por sua vez, veste uma roupa simbólica que diz “não tolero que você não tome banho” ou “não tolero que sua higiene seja feita a seu modo”.

Por que este debate é importante? Por diversas razões, mas neste momento especificamente vamos considerar uma delas: porque quando luta-se hoje pela Reforma Psiquiátrica, não se trata somente da mudança física nas organizações, mas, sobretudo, dos modos de encontro corpo da profissional-corpo do usuário, pensando o corpo como instância da existência; corpo sensível-corpo pensamento.

A propósito, no que tangem as mudanças nas organizações pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, nem mesmo deveria ser necessária ainda a produção de textos como este, no qual pensa-se em práticas que se dão no hospital psiquiátrico, uma vez que tais diretrizes guiam para a centralidade da saúde mental no território (aqui no sentido físico e de local de produção de vida) e não nos hospitais. No entanto, pela pesquisa implicada, este estudo dá passagem para a inquietação decorrente do fato de que ainda existe o predomínio das práticas hospitalares em detrimento dos serviços territoriais, seja por internações de “crise”, seja por leitos de longa permanência.

E aqui cabe relativizar até mesmo a noção de “Crise” ainda usada como justificativa para a internação psiquiátrica em diálogo com as instituições aqui em questão; noção esta que ainda é empregada por interesses manicomializantes de um estado autoritário, higienista e que não desenvolve espaços de acolhimento à crise no território. Não é raro que seja dado destaque no prontuário hospitalar a uma chamada “higiene precária” ou “abandono do medicamento” no movimento de justificar a necessidade de uma internação. Isto traz um tom de que garantir higiene, limpeza e tomada de medicamento são ações centrais no planejamento das internações psiquiátricas e atribui à enfermagem o papel de fortalecer essas medidas na vida do sujeito, em detrimento de fortalecer ações que deem passagem às diferenças existenciais.

Quando se traz ao debate a instituição “administração de medicamento”, tem-se que a Enfermagem vem historicamente ocupando-a com exclusividade e que as ações que visam garantir a tomada de medicamentos pelos usuários neste cenário muitas das vezes são feitas às custas da inspeção. Ainda que, pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a ideia de inspetor não esteja mais incluída como composição da equipe de saúde mental, a realidade é que as práticas de inspeção ainda não foram totalmente extinguidas, incluindo o que se refere à administração de medicamento.

Práticas Instituídas e Instituintes e os Dispositivos para a plasticidade envolvendo banho e administração de medicamento pela enfermagem psiquiátrica hospitalar

O **instituído** é a instituição engessada, cristalizada e que nega o saber social. Ele resiste às mudanças. Na instituição onde predomina o saber instituído ocorre a reprodução de um sujeito do desejo assujeitado aos interesses dominantes, aos interesses exploradores, aos interesses mistificantes e totalitários (Barembly, 2002).

O instituído define o funcionamento da organização e não se revela (por ser naturalizado). A AI contribui para a percepção de aspectos que regulam os grupos. Fortalece e dá potência aos grupos minoritários dentro das organizações (Altoé, 2004). Vem mostrar as instituições que regulam o comportamento dos grupos sociais (inclusive o que está como inconsciente ou naturalizado).

Desta forma, a AI busca compreender as forças institucionalizadas que opera na organização para, a partir disto, modificá-la por movimentos instituintes.

O **instituinte** é um movimento de mudanças na instituição e na organização. Ou seja, o instituinte rompe o instituído em busca de uma subjetivação livre. Neste contexto, nota-se a necessidade de movimentos instituintes constantes, abrindo linhas de fuga e operando práticas que desestabilizam as forças instituídas (Lourau, 1993 apud Muniz, 2012).

Uma prática instituinte pode ter força social que a torne instituída. Isto dependerá de muitos aspectos. Dependendo da organização, o instituinte pode ser reprimido, capturado, marginalizado ou se tornar instituído. Muitas vezes, isto ocorre sem a consciência dos grupos que operam a prática instituinte (Lourau, 1993).

Tendo apresentado este conceito-ferramenta, a partir das instituições “banho” e “administração de medicamento” no âmbito da enfermagem psiquiátrica hospitalar, *o presente estudo verifica como força instituída o “engessamento dos modos de se operacionalizar as rotinas”.*

Se a equipe de enfermagem se perguntasse “Por que o remédio é dado às pessoas às 5h com elas precisando se levantar e ir ficar em pé ‘na fila’ de medicamentos logo às 5h se elas tomam tantos medicamentos psicotrópicos à noite que aumentam a profundidade do sono no amanhecer do dia seguinte?”, via de regra a resposta seria “Tudo bem ser assim porque sempre foi assim”.

Mudar ou transformar aquilo que “sempre foi” e que produz até então algum conforto às forças dominantes e às práticas instituídas é parte fundamental da Reforma Psiquiátrica, que não é somente a queda dos muros manicomiais, mas também a (des)reconstrução das práticas engessadas que silenciam os grupos minoritários e seus desejos.

A força instituída do “engessamento dos modos de se operacionalizar as rotinas” produz corpos normalizados e docilizados pelos saberes-poderes do médico, do medicamento, da enfermagem, da psiquiatria. O medicamento enquadra a vida e muitas das vezes despotencializa a vida à medida que retira a liberdade do corpo de ser o que mesmo ele é. O medicamento vem quando – ou da forma que – o sujeito não escolheu. Além disto, o medicamento produz no corpo do sujeito um resultado que é, em última análise, para que ele passe a estar “mais apropriado” para a sociedade e não necessariamente para o bem-estar dele.

Outro aspecto instituído que coloca o medicamento como aspecto central em muitas enfermarias psiquiátricas é a cultura de não empregar outras estratégias terapêuticas que podem contornar os sinais e sintomas psicopatológicos em alguma medida. Pela força do engessamento das práticas, ocorre que outras estratégias de manejo da sintomatologia não são exploradas no âmbito da psiquiatria tradicional.

Outro elemento que provém da força do instituído que coloca o medicamento como centro das interações psiquiátricas é a força capitalística da “*Big Pharma*”, que lucra com as vulnerabilidades dos usuários e das práticas de saúde vigentes.

“*Big Pharma*” (termo de cunho crítico e não aumentativo) produz o aumento dos números e tipos de medicamentos a serem consumidos a partir da “criação” de novas doenças. Ela também impossibilita que as pessoas tenham acesso a medicamentos mais simples e de preços mais módicos que os que ela pratica. As práticas da psiquiatria tradicional reforçam o poder crescente da “*Big Pharma*” ao aderir ao movimento de criação de novos nomes para doenças antigas não mais presentes nos debates clínicos da atualidade e de atribuir novos diagnósticos psicopatológico ao que não é da ordem de uma doença e sim da singularidade da pessoa. Colocar as experiências humanas cada vez mais no lugar de doença/sintoma é produzir o aumento do consumo de medicamentos

e reforçar o direcionamento das ações da equipe de saúde que priorizam as intervenções farmacológicas em detrimento de outros modos de interpretar os funcionamentos existenciais e intervir no sofrimento psíquico.

Neste mesmo universo, o presente estudo aponta para a possibilidade de construção de linhas de fuga que dêem passagem à liberdade das singularidades a partir da *força instituinte a “produção de plasticidade nas rotinas de banho e administração de medicamentos segundo às singularidades dos usuários”* tendo o desejo e a implicação da enfermeira como mola propulsora para a fabricação dessa plasticidade.

A abertura às forças instituintes ocorre a partir do que a AI chama de **Dispositivo**.

Para que seja produzida a força instituinte “plasticidade nas rotinas de banho e administração de medicamentos segundo às singularidades dos usuários”, o presente estudo considera como possíveis dispositivos: a “inclusão dos pacientes nos processos de (re)construção da sistematização, da rotina de banho e medicamentos”; a “criação de fluxos pelos pacientes com as informações necessárias à equipe de enfermagem para a operacionalização da rotina para cada (grupo de) paciente”; a “generosidade da enfermeira”.

A “inclusão dos pacientes nos processos de (re)construção da sistematização, da rotina de banho e medicamentos”; a “criação de fluxos pelos pacientes com as informações necessárias à equipe de enfermagem para a operacionalização da rotina para cada (grupo de) paciente” são os movimentos que favorecem à produção de práticas de rotina a partir de parâmetros das próprias pessoas que estão internadas e não somente pelos parâmetros dos profissionais.

Os três dispositivos supramencionados podem ser aposta para a produção de forças instituintes tanto nas práticas de banho quanto de medicação no âmbito das interações psiquiátricas.

Além disso, como movimentos de mudanças no que concerne à relação da Enfermagem com as medicações, considera-se o emprego das Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS); o emprego de práticas alternativas de saúde mental junto ao usuário em crise antes de sinalizar uma necessidade de aumento da dose do medicamento; o estudo de possibilidades fitoterápicas para o manejo farmacológico para cada caso.

No que concerne ao dispositivo “generosidade da enfermeira”, pode-se relacioná-lo com o conceito-ferramenta da AI nomeado Implicação. René Lourau buscou apresentar este conceito em diversos momentos de suas obras no âmbito da AI.

Uma vez mais quero afirmar que a Análise Institucional não pretende fazer milagres. Apenas considera muito importante, para a construção de um novo campo de coerência, uma relação efetiva, e nítida, com a libido e com os sentimentos em geral. A teoria da **implicação**, nós veremos, tem qualquer coisa que flerta com a loucura (LOURAU, 1993, p. 19).

Assim, considerando o conceito de **implicação** pela AI, é preciso, sobretudo, que a profissional de enfermagem esteja atenta e interrogue suas implicações, não para escondê-las ou neutralizá-las, mas revelando-as para si mesma, prevenindo uma sobreimplicação em sua subjetividade.

A implicação pode operar como produtora de práticas instituintes, enquanto a sobreimplicação da profissional de enfermagem produz “reforço do instituído nas rotinas da enfermagem”.

Neste sentido, ao invés de negar os conflitos e tensões, a análise de implicações permite que se fale o não-dito, que sejam notadas as sobre implicações e que se produza potências de vida a partir da autoanálise e da auto-gestão.

Voltando à questão da generosidade enquanto dispositivo para a produção de movimentos instituintes, tem-se que a história da Enfermagem Moderna, colocando a generosidade e outras qualidades/virtudes pessoais como “risco” para a condução da profissão enquanto ciência. Sabe-se que a generosidade pode se aproximar mais do cuidado ontológico (referente à essência das particularidades de quem cuida) do que ôntico (dimensão concreta) e que, por isto, propor a fabricação de espaços para a generosidade da enfermeira como dispositivo.

No entanto, Guattari (2000) propõe como forma de militância a construção de dispositivos que justamente tragam essa potência produtiva do caos. Dispositivos que elaborem estratégias destinadas a produzirem formações complexas no seio do “acaso”; formações de ordem elástica, com uma ordem fraca, que permita o efeito produtivo, que permita a emergência do caos criador (Muniz, 2011).

Dedicando espaço agora para a proposta de produção de linhas instituintes a partir dos dispositivos “inclusão dos pacientes nos processos de (re)construção

da sistematização, da rotina de banho e medicamentos” e “criação de fluxos pelos pacientes com as informações necessárias à equipe de enfermagem para a operacionalização da rotina para cada (grupo de) paciente”, sabe-se do quanto pode ser entendida como algo que está na contramão das gestões do cuidado pela Enfermagem Moderna na qual a enfermeira é a ordenadora das rotinas; mais ainda no campo da Psiquiatria desde o nascimento dos hospitais psiquiátricos.

Porém, contar com dispositivos que de fato tenham força enquanto molas propulsoras para as mudanças, não é provável que isso se dê por meios tradicionais, desgastados, esgotados, repetidos no atual modelo. É preciso que haja a ousadia de questionar o instituído na gestão das rotinas de Enfermagem. O cuidado estando centrado não somente nos parâmetros da enfermeira e sim no binômio usuário-enfermeira exige que este binômio seja atuante também no debate, reflexão e planejamento para a execução dessas práticas de banho e administração de medicamentos.

Para encerrar este texto, reforça-se que quando (Guatarri) fala de uma ordem em um movimento de desordem para a produção de linhas de fuga (práticas instituintes), é sobre uma ordem que não quer dizer normatização. Para isto, é preciso que as profissionais de enfermagem (o mesmo vale para os demais profissionais do hospital psiquiátrico, mas aqui falamos de uma profissão especialmente) possa enfrentar e sustentar a angústia que advém da perda da certeza e da segurança que é dada pelo Instituído. E isso inclui – por que não? – incluir os usuários na construção do que são as rotinas voltadas a eles pelas profissionais como, por exemplo, listarem as escolhas, os hábitos e a cultura de cada usuário internado a respeito da sua rotina com o banho quando está fora da internação, bem como as sugestões, as preferências, as dúvidas e as dificuldades no que se refere ao aprazamento e tudo que se refere à administração de medicamento junto a cada um, desde que não coloque em risco os conhecimentos da farmacologia aplicada.

Referências

Altoé, S. René Lourau: a Análise Institucional como cultura e generosidade. **Mnemosin**. Rio de Janeiro, 3(2), p. 298-302; 2007.

Altoé, S. (org.). **René Lourau - Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

Baremblytt, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 5. ed. 2002.

Lourau, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1996.

Lourau, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ;1993.

Monceau, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal, Rev. Psicol.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008.

Muniz, M. P. **Cartografia dos processos educativos presentes no cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem de um Hospital Psiquiátrico**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem, Niterói, Rio de Janeiro, 2011

Muniz, M. P. Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem. **Rev. RENE**. Belo Horizonte, 15(2), 2012.

A ANÁLISE INSTITUCIONAL DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS: UMA INTERVENÇÃO EM UMA EQUIPE DE IMUNIZAÇÃO

Karen da Silva Santos
Thalita Caroline Cardoso Marcussi
Cinira Magali Fortuna

Contextualização

O presente texto emergiu da escrita de um trabalho de conclusão proposto pela disciplina de Pós-graduação: “Tópicos em Ciências Sociais em Saúde – Análise Institucional: teoria e prática em Saúde Coletiva”, ofertada pela Pós-graduação em Saúde Coletiva (L’Abbate, 2012), da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). A coordenação desta disciplina foi realizada pela professora e doutora Solange L’Abbate, grande estudiosa e nossa referência em Análise Institucional (AI) no Brasil. Contamos com a valorosa colaboração de Daniel Vannucci Dóbies na condução da disciplina. O objetivo proposto pela disciplina consistia em trabalhar os conceitos da Análise Institucional, dialogando com a Saúde Coletiva, a partir das práticas profissionais dos estudantes.

Destacamos que a opção por cursar a disciplina não aconteceu ao acaso, mas sim pela indicação da professora e orientadora Cinira Magali Fortuna, que coordena o Grupo de Estudos em Análise Institucional (GEPAI) na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, este atrelado ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva Prof^a Dr^a Maria Cecília Puntel de Almeida (NUPESCO).

No decorrer de um semestre, o percurso da rodovia entre Ribeirão Preto e Campinas rendeu muitas conversas e reflexões, principalmente no que tange à Análise Institucional (AI) enquanto descoberta e aprofundamento de um campo de possibilidades direcionado à análise de práticas profissionais. Assim, parte deste trabalho também foi construído na “estrada”. A primeira autora, na época, coordenava um serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) em uma cidade no interior paulista e, assim, também era responsável pelo Programa Municipal de

Imunização. Ressalta-se aqui que a disciplina, bem como os conceitos da AI, foi um dispositivo importante na análise de implicações desta autora.

A proposta de trabalho de conclusão da disciplina provocou, assim, uma análise de práticas e localizações de demandas de um trabalho com as vacinadoras, o que levou à formulação de uma oferta de intervenção.

Portanto, optou-se por realizar uma intervenção com as trabalhadoras (vacinadoras) do programa de imunização. Assim, a encomenda e a demanda foram sendo articuladas para a condução do trabalho. Conforme aponta Monceau (2013), o enunciado da demanda constitui o “diagnóstico” estabelecido por quem encomenda a intervenção ao socioanalista sobre uma determinada situação. As demandas vão surgindo ao longo do trabalho e são produzidas em ato por todos os sujeitos do processo socioanalítico. Lourau(2003) esclarece que o campo de intervenção se constitui durante a própria prática de intervenção, no sentido da ida ao campo, sendo este possível através da encomenda e da sua problematização, quando assim, pode o processo de intervenção transformar encomenda em demanda de trabalho.

Assim, colocamo-nos no desafio da escrita deste capítulo no sentido de apresentar a experimentação de um trabalho da intervenção, desenvolvida com a equipe de imunização.

A nossa experiência de intervenção

Para a presente intervenção, apoiamo-nos no referencial teórico-metodológico da análise institucional francesa, utilizando aproximações da linha socio-clínica (Monceau, 2013).

Para Monceau (2013), a socio-clínica envolve oito características que nortearão este estudo, sendo estes: análise da encomenda e das demandas, participação dos sujeitos no dispositivo, trabalho dos analisadores, análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança, trabalho das implicações primárias e secundárias, intenção da produção de conhecimento, atenção ao contexto e interferências institucionais.

Alguns elementos conceituais e operativos da análise institucional foram tomados para explorar o processo de análise do objeto deste trabalho, tendo como pressuposto que os atores envolvidos neste estudo participam da análise

coletivamente com as analistas. A análise institucional se propõe a descobrir o que está oculto nas relações entre os indivíduos e os grupos, como estas se estabelecem com as instituições, ou seja, busca revelar o não-dito, o implícito, geralmente reprimido, nas práticas sociais (Baremlitt, 2002).

Ao adentrar neste processo, estamos operando com os conceitos de autoanálise e autogestão. A autoanálise consiste no processo em que os coletivos podem compreender seus problemas, suas necessidades, seus não-saberes; no mesmo movimento em que produzem a autogestão (Baremlitt, 2002), isto é, o coletivo vai mergulhar no cotidiano do trabalho, problematizar os diferentes conceitos que têm orientado suas práticas e quais os sentidos que estas assumem. Os momentos específicos dos dispositivos de intervenção socio-clínica assemelham-se essencialmente às sessões de análise prática (Pesce, 2020).

Como o próprio Monceau (2012) aponta, a AI das práticas não é um dispositivo padrão, pronto, mas sim um meio de aproximação das práticas que mobilizam alguns conceitos como implicação, demanda, encomenda, analisador, transversalidade, entre outros. É por meio dela que buscamos entender como estamos implicados nos processos institucionais.

Participaram da intervenção duas analistas que são autoras deste texto, além de 12 profissionais da equipe de imunização. Salienta-se que todas as participantes da intervenção eram mulheres e tinham formação na área de Enfermagem. A intervenção aconteceu em 2018.

Como uma das autoras/analistas trabalhava no setor, o contato com as vacinadoras se deu através de agendamento de um encontro a partir da disponibilidade do serviço. A intervenção foi realizada no próprio município de trabalho das vacinadoras, com duração de, aproximadamente, três horas, organizada em dois momentos, a saber:

- Momento 1: aquecimento e breve apresentação dos participantes por meio de um exercício em que cada um contava, rapidamente, a história do seu nome.

Em um papel (distribuído no início do encontro), pedimos para que cada participante escrevesse, brevemente, a história do seu nome (O porquê do nome, quem escolheu e qual o significado), tendo como consigna do exercício a seguinte sentença: “Escreva, brevemente, a história do seu nome”.

- Momento 2: conhecendo um pouco do contexto/da realidade do município e das práticas desenvolvidas por estes profissionais.

Iniciamos esta etapa pedindo para que as vacinadoras escrevessem, no papel distribuído, uma metáfora relacionada com o trabalho desenvolvido por elas, de acordo com a seguinte consigna: “Escreva uma metáfora que representa as práticas profissionais exercidas por você”.

Desta forma, faremos um relato, a seguir, referente ao desenvolvimento desta intervenção, dando ênfase à análise das implicações e à análise de práticas nesse capítulo. Utilizaremos, ainda, trechos anotados pelas analistas durante a intervenção.

As implicações das analistas

Na análise institucional, o conceito de implicação é uma ferramenta para o pesquisador analisar como lida com as suas relações no campo de estudo, visto que este também é sujeito no processo de análise (Lourau, 2014).

Para Monceau (2015, p. 198), “a implicação profissional é o conjunto das relações que o sujeito estabelece com a profissão [...] à qual ele pertence, e com as outras instituições nas quais, ou em ligação às quais, ele exerce sua profissão”.

Assim como a implicação, a sobreimplicação é um outro aspecto essencial para o referencial utilizado, auxiliando na compreensão do processo de pesquisar. O conceito de sobreimplicação é determinado pela impossibilidade de analisar a implicação (Monceau, 2008; Lourau, 2014).

Como explicitado logo no início do texto, a primeira autora deste trabalho foi diretora da Divisão Municipal de Vigilância Epidemiológica, sendo assim responsável pelo Programa de Imunização (PI). Partindo deste contexto, trazemos uma análise das implicações. Destaca-se que a análise foi realizada pelo coletivo de autoras desse trabalho, com elementos vivenciados na intervenção.

A então diretora e enfermeira chegou ao município em janeiro de 2017, no “*Advento da Febre Amarela*”. Várias mortes estavam ocorrendo no Estado de São Paulo, e houve uma reação de medo por parte da população. Não podendo entender ao certo o funcionamento do município, a analista chegou tendo que lidar com demandas importantes relacionadas às ações de bloqueio vacinal, às escalas de pessoal e aos insumos de campanhas, por exemplo. Em meio ao

“caos” instalado, a recém-chegada na Vigilância Epidemiológica conheceu seus colegas de trabalho, incluindo as vacinadoras. A sobrecarga para as atividades relacionadas a Vigilância Epidemiológica (VE) era alta, sendo 80% das ações desse período relacionadas à Febre Amarela.

Conforme o tempo foi passando, vários problemas e desafios foram surgindo, principalmente aqueles relacionados às salas de vacinas. Não havia profissionais suficientes e as demandas eram cada vez maiores. As negociações relacionadas à contratação de profissionais pareciam impossíveis. Além do programa de imunização, a direção do setor de VE era responsável por todos os agravos, as investigações, pela coleta de alguns exames, bem como pela condução e orientação de pessoas do setor. Desse modo, a primeira autora/analista era a única profissional enfermeira e de nível universitário, respondendo legalmente por todas as ações exercidas.

A participação da direção da VE durante toda a intervenção foi uma tarefa desafiadora, pois houve interferências no encontro que foram fundamentais para a análise da implicação.

Com o objetivo de apontar mais elementos da análise de implicação, trouxemos aqui um exercício proposto na disciplina de Análise Institucional, com a consigna de escrever uma carta contendo o remetente e o destinatário, como é possível observar a seguir:

Carta da Transferência para a Contratransferência

O conceito de implicação está atrelado a toda minha prática profissional. Todo o meu ser histórico-cultural é passado para você e eu sei, embora você até não queira, também é passado para mim.

Às vezes, eu acho que essa troca não é justa, mas, como as instituições nos atravessam, fica difícil definir os papéis aqui. Segundo a teoria de Freud, criador da psicanálise, tudo isso faz parte da descoberta do inconsciente.

Mas se é inconsciente, por que temos que descobri-lo? Talvez tenha uma razão para ele não ser aparente. Na verdade, eu acho que o inconsciente nos move tanto quanto o consciente, por isso eu acho que transfiro meus valores – aquilo que acho certo – para você. Ah, mas você também contra transfere para mim, por isso seu nome é contratransferência.

Complexo, não? Muito. Mas ainda fico inquieta. Até onde vai essa transferência e contratransferência? Será que tem um limite? Eu consigo saber esse limite?

Assim, percebemos que a implicação da analista perpassa várias instituições de forma complexa e singular, interferindo em suas próprias práticas profissionais. Não é um processo fácil de análise e, muitas vezes, a sobreimplicação dificulta. As implicações profissionais se atualizam e se potencializam de acordo com as situações. São múltiplas, elas não estão ou não aparecem de maneira aleatória, mas sim com uma certa coerência (Monceau, 2012).

Desta forma, a analista, na posição que ocupa como enfermeira e, ao mesmo tempo, em cargo de chefia, também tem sua sobreimplicação. Aqui apontamos a questão das influências na organização da intervenção, bem como as perguntas que foram feitas às vacinadoras.

Posturas e significados dos nomes das participantes

Inicialmente, na atividade de intervenção, ao solicitar que cada vacinadora, junto às analistas, falasse sobre o significado do seu próprio nome, várias situações e explicações surgiram.

No primeiro momento, ao explicarmos como se daria este exercício, observamos que as participantes começaram a cochichar e, ainda, tiveram uma certa dificuldade de entender o que nós, analistas, queríamos realmente com esta atividade, verbalizando: “Vocês querem saber a origem?”; “Por que colocaram este nome?”; “Significado do nome?”, estes foram alguns dos questionamentos feitos por elas. Mas, no geral, este exercício foi bem descontraído para iniciarmos o encontro, e todas participaram.

A maioria das participantes exerciam a função de vacinadoras há mais de 10 anos e relataram que nunca tinham vivenciado nada parecido, surpreendendo-se com as histórias ali contadas. Algumas não sabiam o significado de seus nomes, outras já tinham histórias marcantes, como a homenagem à Joana d’Arc ou um nome fazendo referência aos lírios. Duas delas assinalaram que os pais mudaram seus nomes entre a maternidade e o cartório. Outras duas também falaram de forma explícita que não gostavam de seus nomes, mas que acabaram se conformando com eles ao longo do tempo.

Um fato interessante que vale ressaltar é o de uma das participantes que coordenou toda atividade de forma espontânea, mesmo tendo duas analistas que

desempenhariam este papel. Além desta vacinadora se propor a começar todas as atividades, ela chamava uma por uma e, quando alguém se estendia na explicação, ela já pedia para não se prolongar e solicitava que outra continuasse. O significado de tal postura não ficou claro. Podemos talvez pensar que ela gostaria de “agilizar” o exercício, no sentido de terminá-lo logo ou simplesmente estava exercendo sua liderança na atividade. Não conseguimos colocar em análise esse momento, pois ainda estávamos tentando entender o processo de dinâmica do grupo (Lapassade, 1989). Entretanto, após um certo distanciamento dessa atividade, foi possível refletir que nós, enquanto enfermeiras, não reconhecemos, por vezes, que auxiliares e técnicos também podem exercer movimentos de coordenação de um grupo.

Outro aspecto importante vivenciado no encontro foi a dificuldade das participantes em entenderem a atividade proposta durante o momento 2, em que a tarefa das vacinadoras era escrever uma metáfora que estivesse relacionada com o trabalho desenvolvido por elas. Algumas começaram a rir após dada a consigna, outras cochicharam, algumas questionaram várias vezes como os exercícios seriam realizados e uma foi, inclusive, pesquisar no *Google* o que seria uma metáfora. O entendimento desse movimento do grupo não ficou tão claro para as analistas no momento da atividade.

As metáforas serviram como dispositivos neste contexto para análise de práticas, pois vários sentimentos, percepções e vivências foram surgindo e sendo colocadas em análise.

Ressalta-se aqui que ambas as analistas, embora tivessem aproximação com pesquisas de intervenção, não tinham experiências na organização de discussões grupais na perspectiva da AI, podendo interferir, assim, na comunicação com o grupo.

Pistas e caminhos para a análise de práticas

Para a AI, de acordo com Baremblytt (2002), não existe separação total entre as maneiras de vida: econômica, política, do desejo inconsciente, vida biológica e natural. O autor (2002, p. 39) ressalta que, “a rigor funcionam sempre, por assim dizer, um ‘dentro’ do outro, incluindo-se no outro”. Assim, dentro desta concepção de vida social como uma rede, em que os diversos processos são imanentes um ao outro, a vida é produzida assim como as práticas profissionais.

Nessa perspectiva, com o intuito de disparar a análise de implicação e das práticas profissionais, utilizamos a atividade referente à metáfora e ao processo de trabalho nas salas de vacinas, provocando vários sentimentos e expressões. Dentre eles, optamos por trazer apenas duas que exprimem uma certa relação: “eu me sinto em uma guerra com três soldadinhos”, fala atrelada principalmente aos momentos de campanhas de vacinação. Outra participante relata que são “batalhadoras e persistentes, guerreiras”.

É possível identificar nas expressões que as palavras “guerra” e “batalha” são expressões que estão associadas a disputa, conflitos e tensões. O período de campanha é muito estressante para as vacinadoras, pois é neste período que aumenta, de forma considerável, o movimento nas salas de vacinas.

A própria história da vacinação aponta as campanhas e as ações de bloqueio como formas de manter um centro controle, inclusive militar, e de constante vigilância não apenas das doenças, mas dos corpos. Assim, as instituições exército e vigilância atravessam a imunização historicamente, e colocam os trabalhadores de saúde como agentes sentinelas preparadas para o combate.

Nos últimos anos, o aumento da procura nas salas de imunização ocorreu devido aos casos de febre amarela em vários locais do Estado de São Paulo (Fioravanti, 2018). Durante a atividade, uma participante apontou que os problemas começaram em 2016, devido, principalmente, às campanhas de febre amarela, à diminuição de funcionários e à ampliação do calendário vacinal. Estudos apontam que a compra de imunobiológicos, por exemplo, cresceu 44 vezes entre os anos de 1995 e 2017 (Zorzetto, 2018).

Destaca-se que, embora tenhamos avanços consideráveis na produção de vacinas, o Brasil, enquanto um país continental, possui desigualdades sociais expressivas, sendo os determinantes sociais questões importantes a serem levadas em consideração, pois possuem relação direta com a oferta de serviços e de profissionais, incluindo os imunobiológicos e os profissionais da Enfermagem. Outro desafio são as questões de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a incorporação da iniciativa privada, inclusive no controle das ações de gestão e na oferta de serviços, que acentuam ainda mais o quadro de desigualdades.

Por outro lado, a ampliação do calendário vacinal vem também como resposta aos estímulos da indústria farmacêutica e de seus laboratórios, principalmente em

relação à parte lucrativa, pois sabe-se que os imunobiológicos são produtos caros e há empresas privadas que lideram as disputas de concorrência no mercado, ainda que haja grandes investimentos públicos nas pesquisas e na produção.

O SUS ainda realiza a compra de vacinas do exterior; entretanto, também vem crescendo na produção de um número considerável de imunobiológicos, sendo referência o Instituto Butantã, em São Paulo, e o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), no Rio de Janeiro. Atualmente, o SUS disponibiliza mais de 20 vacinas no calendário regular. O PNI abrange todas as faixas etárias, proporcionando imunidade ampliada a vários tipos de doenças. As salas de vacinas desempenham um papel extremamente importante, pois é ali que a vacinação de fato se concretiza.

Outra questão apresentada pelas vacinadoras refere-se ao modelo de gestão do Programa Municipal de Imunização. Na época da atividade, os profissionais de saúde que trabalhavam nas salas de vacinas respondiam ao setor de Vigilância Epidemiológica, embora tivesse um enfermeiro responsável técnico nas Unidades de Saúde. Este modelo estava vigente há mais de 10 anos no município. Essa subdivisão de trabalhadores, reafirmou uma fragmentação e uma divisão do trabalho, o que desencadeou sentimentos de exclusão. Muitas relataram que “a enfermagem é enfermagem, vacina é vacina”, que membros da equipe falavam que “as vacinadoras não fazem nada” e que “o trabalho na sala de vacinas não é reconhecido”.

Percebe-se que vai se dando uma outra divisão do trabalho e uma disputa por espaços, inclusive nas equipes. É possível inferir que quem está na função de vacinador tem uma certa autonomia e que não se queria reconhecê-la na Enfermagem.

Lapassade (1989) afirma que a “experiência do grupo” é o elemento vivo de uma determinada ordem estruturante, institucional, que dentro dos grupos estão traduzidas pela organização da sociedade, principalmente a organização política e a produção. Nessa perspectiva, as vacinadoras, enquanto um grupo específico, apontam elementos importantes inseridos na análise das práticas, que expressam o sentimento de não pertencimento a uma determinada equipe ou até mesmo a uma determinada profissão, apesar de todas serem contratadas e exercerem a função de auxiliares e técnicas de enfermagem. Relataram se sentirem desamparadas pelos próprios colegas de equipe, por exemplo: quando estão sendo

agredidas verbalmente por pessoas que estão aguardando atendimento na sala de vacinas, com as expressões “ninguém vem ajudar”, “não posso nem ir ao banheiro”.

Sendo assim, ao pensar em todas as dificuldades apontadas pelas vacinadoras, principalmente pelo sentimento de não pertencimento à equipe, uma das analistas propõe a análise dessas situações e convida as vacinadoras a pensarem em formas ou alternativas que pudessem promover tal mudança. Porém, ao colocar essa situação em análise, as vacinadoras começaram a cochichar entre elas e verbalizaram que sempre foi daquele jeito e, por isso, que nenhuma nova proposta vai dar certo, podendo ser esta uma forma de se negarem a aceitar mudanças.

A instituição fala através dos analisadores e o analisador, por sua vez, conduz a análise. Lourau (2014) aponta que, “nós damos o nome de analisador ao que permite revelar a estrutura da instituição, provocá-la, forçá-la a falar”. Desta forma, “a proposta de mudanças” é um analisador, pois saltou (de forma reluzente) no processo de análise. Este analisador interfere, inclusive, no cuidado prestado ao usuário no dia a dia do trabalho, da maneira como visualizam seus lugares dentro das equipes/unidades e perante a gestão, tendo uma fragmentação na assistência prestada. Apontamos que a instituição Enfermagem, embora esteja atravessada nas práticas das vacinadoras, tensiona a instituição imunização e vice-versa.

Merhy e Franco (2009) ressaltam que, na sociedade brasileira, pautada na Constituição de 1988, o “trabalho em saúde” tem seus alicerces na ação de cuidar da vida do outro, como maneira de produção em saúde. Trabalhar com vacinação é produzir cuidado, produzir saúde em ato que é originado pelas relações humanas e institucionais. Mas, por outro lado, e dentro da mesma perspectiva que atravessa as ações de cuidado, como já exposto, é necessário pensar na vacinação autorizada também nos aspectos históricos de controle dos corpos.

As auxiliares e técnicas de enfermagem, a qual chamamos de vacinadoras, têm a saúde como objeto de trabalho, ou seja, lidam, diretamente, com o usuário do serviço de saúde e atuam na prevenção de doenças por meio da vacinação. Sem o usuário, este trabalho não poderia ser realizado. Entretanto, acabamos percebendo que o usuário não é o centro do cuidado, e que não há reflexões sobre a importância de não fechar a sala de vacinas, por exemplo. Na verdade, uma das vacinadoras até sugere que as salas ficassem abertas apenas seis horas

por dia, e que todas as funcionárias deveriam trabalhar no mesmo horário, indicando que o funcionamento das salas deveria ser das 07h30 às 13h00, e não até às 15h00, como ocorre cotidianamente.

Uma pesquisa realizada com profissionais da sala de vacinas também destaca como um grande obstáculo para a imunização da população os problemas com recursos humanos e o horário de atendimento ao público (Martins et al., 2018). Assim como aponta outro estudo, a elevada cobertura vacinal está atrelada, entre outros motivos, à ampliação do horário das salas de vacinas (Elisário et al., 2017). Com as salas de vacinas abertas por mais tempo, os pais e/ou responsáveis teriam mais oportunidades para levarem os seus filhos para a vacinação. Entretanto, a falta de profissionais para a sala de vacinas tem sido sempre um grande problema para a ampliação do horário de atendimento.

Um dos objetivos da intervenção se pautou no estímulo da autoanálise e autogestão do grupo, pois a AI busca por grupos mais sujeitos e menos assujeitados (Lourau, 2014). Barembliitt (2002, p. 17) ressalta que,

A autoanálise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida, ou seja: não se trata de que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou não conseguir.

Entretanto, durante o encontro, não percebemos esse movimento no grupo, pois acabaram desenvolvendo uma certa reatividade. Quando uma das analistas (analista externa) pergunta: “o que vocês poderiam fazer para melhorar o trabalho nas salas de vacinas? O que está ao alcance de vocês?”, todas falam ao mesmo tempo, não sendo compreensível entender. Vale lembrar que é preciso considerar que ali eram enfermeiras, incluindo a chefe da vigilância, que realizou a intervenção, o que certamente interferiu no movimento do grupo.

Uma das vacinadoras relata, como já exposto aqui, a sugestão de diminuição da carga horária. Outra relata que a responsabilidade e a resposta para essa pergunta seria da chefia. Podemos refletir essa situação a partir da reflexão de Lapassade

(1989) que afirma que para o grupo sobreviver, enquanto uma unidade corroída pela alteridade, ele encontra-se impotente para realizar qualquer tipo de modificação. Assim, “o controle de possibilidades de fuga, de desvio, de não participação pode assumir formas mais duras” (1989, p. 260). Ressalta-se que as analistas buscaram envolver as participantes da intervenção no movimento de autoanálise.

As analistas propuseram, como tarefa e ações, que, ao retornarem ao trabalho nos próximos dias, as vacinadoras refletissem sobre os elementos que poderiam ser modificados e que facilitassem o processo de trabalho nas salas de vacinas. Não foi possível realizar novos encontros para a continuação do desenvolvimento dessa intervenção, devido à mudança de coordenação da Vigilância Epidemiológica. Concordando com Monceau (2012, p. 23): “O tempo é, portanto, dentro do próprio dispositivo, um analisador particularmente interessante das implicações profissionais”.

Para finalizar esse encontro de intervenção, realizamos uma atividade de avaliação e todas disseram que nunca tinham sido ou se sentido ouvidas e que achavam que precisavam de mais momentos como este, afirmando que gostariam, principalmente, do envolvimento da Secretaria de Saúde. Algo que nos chamou a atenção é que todas saíram muito quietas, o que pode ser considerado algo não comum. Assim, esse movimento de tentar entender ou diagnosticar (Lapassade, 1989) problemas e aspectos das práticas profissionais, pode ser considerado como “efeito pororoca”, revelando um movimento de forças no território (Da Silva, 2004) que atravessa o cuidado em saúde, demonstrando que os trabalhadores nem sempre estão preparados para vivenciá-los.

Considerações finais

Ressalta-se o caráter experimental do trabalho e o recorte realizado para esta produção, pois, com a realização de apenas um encontro com as participantes, entendemos que há elementos que não foram explorados, devido, principalmente, ao processo de formação inicial em AI das analistas.

O fato da oferta e da condução da intervenção terem sido desenvolvidas por alguém em exercício de cargo de chefia nos aponta possibilidades para a reflexão sobre os papéis exercidos dentro de um grupo. Nesta perspectiva, identificamos a análise de implicação como um recurso potente para essas análises.

Evidenciamos, ainda, que, com esta atividade de intervenção, foi possível identificar aspectos importantes atrelados às implicações e às práticas profissionais, ao provocar movimentos no grupo e promover uma certa desterritorialização. Embora não houvesse a oportunidade de realização de um segundo encontro, algumas mudanças foram sendo percebidas pela primeira autora no retorno às suas atividades, principalmente em relação à ideia de aproximação com os enfermeiros das unidades e às novas formas de reorganização das campanhas de vacinas, por exemplo.

Assim, é salutar pensar que produções dessa natureza, que utilizem conceitos da AI, possam estimular encontros de reflexão/intervenção com os profissionais de saúde, em especial na equipe de Enfermagem, colocando em análise as implicações e as práticas profissionais que interferem diretamente nas ações de cuidado em saúde.

Referências

- Baremblyt, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.
- Da Silva, A. L. A. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. 2004. Tese doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- Elisário, R. N. et al. Avaliação das salas de vacinas nas unidades de estratégia de saúde da família. **Enfermagem Revista**, v. 20, n. 3, p. 1-17, 2017.
- Fioravanti, C. H. **O combate à febre amarela no estado de São Paulo – História, desafios e inovações**. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Fioravanti/publication/330094358_O_combate_a_febre_amarela_no_estado_de_Sao_Paulo_-_Historia_desafios_e_inovacoes/links/5c2d39c3458515a4c70863ba/O-combate-a-febre-amarela-no-estado-de-Sao-Paulo--Historia-desafios-e-inovacoes.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.
- L'Abbate, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, 8(1), pp. 194-219, 2012. Disponível em: http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/247/pdf_232. Acesso em: 20 nov. 2018.
- Lapassade, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1989.
- Lourau, R. **A análise institucional**. 3ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
- Lourau, R. Implicação e Transdução (1994). In: ALTOÉ, S. (Org.). **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Martins, J. R. T. et al. Educação permanente em sala de vacina: qual a realidade? **Revista Brasileira de Enfermagem**, 71(Suppl 1), p. 715-724, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0560>.

Merhy, E. E.; Batista, T. F. Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, p. 278-284, 2009. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

Monceau, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008. doi: <https://doi.org/10.1590/s1984-02922008000100007>.

Monceau, G. **L'analyse institutionnelle des pratiques : une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France**. Paris: L'Harmattan, 2012.

Monceau, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

Monceau, G. Técnicas socio-clínicas para a análise institucional das práticas sociais. *Psicologia em Revista*, v. 21, n. 1, p. 197-217, 2015. Doi: <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P197>.

Pesce, S. Gestos de intervenção socio-clínica e processos de deliberação. In: Tomasi, A.; Romagnoli, R. C. **Diálogos entre trabalho e educação: desafios contemporâneos** (pp. 13-36). Belo Horizonte: JADesign, 2020.

Zorzetto, R. As razões da queda na vacinação. In: Pesquisa FAPESP, **Causas da queda na vacinação**, (270), pp. 19-27, 2018. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2018/08/Pesquisa_270-1.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

GESTÃO EM SAÚDE

O CONFLITO ORGANIZACIONAL COMO ANALISADOR NA GERÊNCIA EM ENFERMAGEM

Carla Aparecida Spagnol
Solange L'Abbate
Daniel Vannucci Dóbies

Introdução

Este capítulo foi desenvolvido mediante um processo coletivo de construção e (des) construção de saberes e práticas, a partir do encontro de uma enfermeira, um psicólogo e uma socióloga, analistas institucionais, que focaram seus olhares na prática da enfermagem, buscando analisar como o profissional enfermeiro lida com os conflitos no âmbito da gerência em enfermagem no contexto hospitalar.

No hospital, a gerência em enfermagem se baseia num modelo de gestão racional e hegemônico com um enfoque ainda prescritivo, a partir da padronização e do controle da execução das tarefas, nos quais são demarcadas relações fortemente hierárquicas entre o enfermeiro e os técnicos/auxiliares de enfermagem (Spagnol, 2005; Azevedo et al., 2013). Isto dificulta ou até impede, na maioria das vezes, colocar em análise os conflitos, a organização e as relações de trabalho na equipe.

O principal objetivo deste capítulo é possibilitar uma reflexão acerca dos conflitos como analisador, visto que podem revelar aspectos ocultos ou não manifestos nas organizações, os quais possibilitam compreender melhor o processo e as relações de trabalho.

Para isso, inicialmente, será tecida uma trama conceitual entrelaçando três fios-teóricos: Teorias Organizacionais, Gerência em Enfermagem e Análise Institucional. Esta trama dará sustentação às discussões e às análises acerca das situações conflituosas, vivenciadas pelas equipes de enfermagem na organização hospitalar.

O Fio das Teorias Organizacionais

Para compreender as diferentes visões de conflito elaboradas ao longo do tempo, optamos por fazer uma breve incursão pelas seguintes teorias organizacionais: Teoria Clássica, Teoria das Relações Humanas e Estruturalismo, que historicamente influenciaram e, ainda, influenciam a gerência nos serviços de saúde.

O ponto de partida é a Teoria Clássica da administração, preconizada por Taylor e Fayol, em meados do século XIX, que enfocaram em suas análises alguns fatores como a tarefa, as normas e os regulamentos, bem como a estrutura interna da organização.

Os teóricos pioneiros da Teoria Clássica realizaram estudos que contribuíram, sobretudo, para racionalizar a organização do trabalho e trataram pouco da questão do conflito. Nesta visão clássica, o conflito deveria ser suprimido, uma vez que era considerado algo negativo e que interferia na produtividade dos trabalhadores (Ciampone; Kurcgant, 2016). Neste sentido, tentava-se reduzir, ao máximo, a probabilidade de ocorrer relações conflituosas no contexto organizacional, criando mecanismos normativos para manter a harmonia no relacionamento entre gerentes e trabalhadores.

Para contrapor os princípios da Teoria Clássica da administração, surge, a partir de 1924, um movimento denominado Escola das Relações Humanas ou Teoria das Relações Humanas. Um de seus precursores foi o psicólogo George Elton Mayo que desenvolveu alguns estudos para alterar as condições de trabalho, introduzindo e alternando algumas variáveis tais como: salário, iluminação, intervalos para repouso, número de horas trabalhadas, entre outras, a fim de verificar se tais elementos influenciavam a produção. Esta teoria surge com o intuito de compreender os comportamentos humanos nas organizações, enfatizando os conceitos de motivação, liderança, comunicação e dinâmica de grupo (Pugh; Hickson, 2004).

Apesar da ênfase nesses conceitos relacionados ao comportamento humano no trabalho, o movimento da Escola das Relações Humanas também negava os conflitos existentes no contexto organizacional, pois eram considerados como uma doença que necessitava ser curada (Ciampone; Kurcgant, 2016). Nesta abordagem, os gerentes utilizavam medidas profiláticas e preventivas para que

o aspecto desagregador do conflito fosse evitado, a fim de manter superiores e subordinados integrados em torno de objetivos comuns (Bastos; Seidel, 1992).

Assim, o fato de os estudiosos desse movimento terem focalizado em suas pesquisas o fator humano nas organizações, inegavelmente, foi um avanço para as teorias organizacionais. No entanto, é preciso não ser ingênuo e fazer uma análise crítica dessa escola. Primeiro, porque estando num sistema capitalista, os incentivos sociais previstos por Mayo seriam meramente uma estratégia para que os trabalhadores exigissem menos de seus patrões e produzissem cada vez mais. Segundo, porque os meios utilizados para satisfazer as necessidades psicossociais do trabalhador, poderiam acabar ocultando questões fundamentais, como as condições salariais e de trabalho, além de encobrir os conflitos inerentes ao ambiente organizacional.

O Estruturalismo é outra abordagem teórica, que marcou os estudos sobre as organizações, no final da década de 1960. De acordo com Motta e Vasconcelos (2006), os estruturalistas contemporâneos das teorias das organizações revelaram que as relações de conflito são processos sociais significativos na organização do trabalho. Tal fenômeno é considerado um importante elemento propulsor do desenvolvimento organizacional, mesmo sabendo que esse desenvolvimento nem sempre ocorre. Portanto, nem todos os conflitos são desejáveis, mas não se pode ignorar a sua existência, pois são inevitáveis e aparecem sob diversas formas, sendo algumas extremamente violentas.

Bastos e Seidel (1992) destacam que uma ruptura importante produzida pelo estruturalismo em relação às teorias organizacionais anteriores foi incluir em seus estudos a questão do conflito como um fator inerente a qualquer grupo ou organização, tornando-se visível ao invés de ser algo que, na maioria das vezes, era camuflado nas organizações.

O Quadro 01 apresenta uma síntese da visão de conflito nas teorias organizacionais aqui abordadas e que foram descritas por Bastos e Seidel (1992) e Ricci, Lima e Begnami (2017):

Quadro 01. Síntese das visões de conflito a partir das Teorias Organizacionais apresentadas por Bastos e Seidel (1992); Ricci, Lima e Begnami (2017):

Pontos abordados	Teorias Organizacionais		
	Escola Clássica	Movimento das Relações Humanas	Estruturalismo
O conflito é um fenômeno estudado?	Não é foco de estudo.	Existe a preocupação em evitá-lo.	Sim. É um processo social básico e natural nas organizações.
Tipos de conflitos estudados	Para os estudiosos se os princípios desta teoria fossem implementados adequadamente não haveria divergências e desacordos, apenas comportamentos de cooperação.	O aspecto desagregador do conflito era evitado para se manter a integração da equipe e o alcance de objetivos comuns.	Conflitos ocorriam devido: <ul style="list-style-type: none"> - objetivos organizacionais divergentes; - organização x pessoal; - coordenação x comunicação; - disciplina x competência profissional; - planejamento x iniciativa
Consequências do conflito	Desagrega as organizações e provoca problemas que interferem na produtividade	Interfere nas relações interpessoais e impede o ótimo desempenho da equipe	As consequências não são apenas negativas, mas também se constituem fontes de mudança
Formas de intervenção	A tarefa é eliminar o conflito	Tratar por meio de medidas preventivas e profiláticas	Deve ser específica para cada tipo de conflito e contexto. A busca de soluções gera novos conflitos. Há um estímulo ao debate de ideias.

Fonte: os autores

As teorias organizacionais apresentadas nesse tópico mostram que o conflito é um fenômeno que variou de acordo com o contexto de cada época, com os posicionamentos dos teóricos da administração e com os estudos realizados nas organizações. Inicialmente, negado ou tratado como um fenômeno que deveria ser prevenido e até mesmo visto como falha da administração, o conflito passou a ser entendido como inerente a qualquer organização e algo a ser enfrentado pela direção, pelos gerentes e pelas equipes de trabalho.

O Fio da Gestão em Enfermagem

Na gerência em enfermagem, grande parte dos enfermeiros desenvolve o trabalho utilizando as tecnologias duras, envolvendo-se demais com materiais e equipamentos (previsão, aquisição e manutenção), protocolos,

normas, escalas e outros, ao invés de utilizar melhor as tecnologias leve-duras e investir mais nas tecnologias leves.

As tecnologias duras estão relacionadas aos equipamentos, às máquinas, às normas e às estruturas organizacionais; as leve-duras dizem respeito aos saberes estruturados como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise, o taylorismo, o fayolismo; e as tecnologias leves são caracterizadas pelas relações sociais no trabalho, produção de vínculo, acolhimento e a gestão do processo de trabalho (Merhy, 2002).

Um investimento maior nas tecnologias leves, por parte dos enfermeiros, pode propiciar, progressivamente, o desenvolvimento da sua capacidade de análise, de escuta e de comunicação efetivas, visto que na organização hospitalar, estes profissionais rotineiramente lidam com diversas situações de conflito. Estudos demonstram que estes conflitos são de diversas naturezas, desde a falta de consenso da equipe diante de uma escala de serviço, até agressões verbais e violências físicas (Spagnol et al., 2010; Lorenzini et al., 2015; Teixeira; Silva; Draganov, 2018).

O conflito é definido como uma situação de desacordo, em que duas ou mais pessoas que possuem interesses, objetivos, valores e/ou crenças diferentes ou até incompatíveis, são levadas a se oporem. Apesar de o termo conflito ser frequentemente associado às noções de tensão e de violência, tais palavras comportam diferentes significados quanto à sua intensidade. O conflito se caracteriza por evidenciar uma divergência ou um antagonismo, enquanto a tensão é a intensidade relacional e traduz exatamente uma pressão e um maior aprofundamento dessa oposição, ressaltando as diferenças existentes entre as pessoas e os grupos. Já a violência é resultante de um conflito em que a força bruta e excessiva se manifesta numa pessoa contra outra, contra si mesma ou em um transbordamento de agressividade (Marsan, 2010).

De acordo com esta autora os principais tipos de conflitos podem ser classificados como: intrapessoal, interpessoal, intragrupal, intergrupar e organizacional. O **conflito intrapessoal** ocorre no âmbito individual, envolvendo valores ou desejos contraditórios da própria pessoa. O **conflito interpessoal** acontece quando duas ou mais pessoas possuem valores, crenças e metas diferentes. O **conflito intragrupal** está relacionado às tensões que surgem no seio de um grupo e que podem afetar o seu funcionamento. Já o **conflito intergrupar**

acontece entre dois ou mais grupos de pessoas, departamentos ou organizações. Por fim, o **conflito organizacional** é proveniente das oposições e confrontos ocasionados, principalmente, a partir da estrutura organizacional e do processo de trabalho das organizações (definição de cargos, funções e responsabilidades; hierarquia; remuneração, entre outros) (Marsan, 2010).

Os conflitos supracitados podem estar associados a outros tipos, tais como: **conflitos de valores**, que são as divergências devido às crenças e às opiniões diferentes de cada indivíduo; **conflitos de interesse**, que se baseiam na defesa de um ponto de vista ou quando alguma vantagem conquistada por um indivíduo está ameaçada por outro; e **conflitos de poder**, que surgem quando alguém considera que a sua forma de influenciar as pessoas está em perigo, ou ainda, quando há ameaça de divisão do poder com outra pessoa e ela deixa de ter o controle das situações (Sorin, 2003).

Para lidar com as diferentes situações de conflito, autores como Assis e Straub (2016); Dimas e Lourenço (2011) e Spagnol e L'Abbate (2010) descreveram estratégias de resolução, para serem utilizadas pelos gerentes na mediação de conflito no cotidiano de trabalho, conforme apresentadas no quadro 02:

Quadro 02. Síntese das estratégias de resolução de conflito encontradas na literatura.

ESTRATÉGIA	DESCRIÇÃO
Confrontação	As partes envolvidas no problema são abordadas frontalmente.
Competição	Uma das partes procura atingir seus interesses às custas de outras pessoas. É uma atitude não cooperativa, em que prevalece o uso do poder para vencer.
Compromisso	Um terceiro estabelece um acordo, por meio de uma negociação em que cada uma das partes oferece algo e ganha algo em troca. Mas isso pode dar margem para outros conflitos se uma das partes ficar insatisfeita.
Colaboração	Os envolvidos colocam de lado suas metas originais e trabalham em conjunto para estabelecer uma meta comum. Busca-se encontrar uma solução que satisfaça plenamente os interesses de todas as partes.
Negociação	Cada uma das partes abre mão de alguma coisa, conciliando as diferenças entre todos os envolvidos.
Transformação das diferenças em resolução de problemas	Os envolvidos buscam compreender as divergências individuais ou grupais como enriquecedoras e as situações de conflito passam a ser problemas que podem ser resolvidos de forma criativa e cooperativa.

Repressão	Busca-se encobrir ativamente as diferenças individuais, em função de um ideal harmônico do trabalho em equipe. Há um clima de repressão e uma dificuldade para se expressar as divergências. Utiliza-se um sistema de recompensas para os trabalhadores que cumprem as normas vigentes e punições para os que perturbam a harmonia da equipe.
Evitação	Constituem-se equipes homogêneas, com pontos de vista, metas e objetivos comuns para controlar as relações interpessoais, evitando assuntos polêmicos e manipulando condições ambientais, físicas e emocionais.
Retirada	Entende-se que o tempo, por si mesmo, é capaz de resolver o conflito. Atrasa-se e demora-se com as ações para que com o próprio tempo se encaminhe alguma resolução.
Acomodação	Determinadas pessoas, numa atitude cooperativa, renunciam aos seus próprios interesses para satisfazerem os interesses de outros. Apresentam um comportamento generoso, altruísta e dócil.
Abrandamento	Enfatiza-se os interesses comuns, procurando minimizar as diferenças entre os membros.
Ganha-perde ou Peso da autoridade	Uma das partes exerce a sua autoridade sobre a outra para eliminar o conflito. A última palavra decisória é dada por uma autoridade competente. É uma estratégia que tende a gerar sentimento de vingança e ressentimento, ao invés de propiciar consenso e soluções criativas para o problema.
Perde-perde	Nenhuma das partes envolvidas no conflito sai satisfeita, visto que nenhuma concede a vitória à outra. As partes envolvidas estão mais interessadas em impedir que a outra parte vença do que em solucionar efetivamente o conflito.
Ganha-ganha	As partes envolvidas devem confrontar os pontos de vista para tratar as suas divergências. Todas as pessoas devem expressar suas ideias e sugerir alternativas em busca de uma solução, a partir de uma atmosfera de confiança, colaboração e respeito mútuo, visando uma solução benéfica para toda a equipe.

Fonte: os autores

Algumas estratégias descritas na literatura apresentam um caráter bastante racional e prescritivo, centralizando a resolução dos conflitos somente na figura do gerente, o que implicitamente enfatiza as linhas de subordinação existentes nas organizações, dificultando uma análise coletiva das relações de trabalho.

Dessa forma, o referencial teórico metodológico da Análise Institucional (AI) pode ser uma potente ferramenta para analisar a gerência em enfermagem no cotidiano dos hospitais. Nessa perspectiva, o conflito pode ser um importante analisador presente nos processos organizacionais e nas relações sociais no trabalho. Além disso, os trabalhadores podem apresentar diferentes tipos de implicação em relação aos membros da equipe e às instituições saúde e enfermagem.

O Fio da Análise Institucional

A Análise Institucional, que surgiu durante os anos de 1960, na França, apresenta-se sob duas formas principais: de base sociológica, na perspectiva de René Lourau e Georges Lapassade, seja como análise de papel ou como intervenção, neste caso denominada Socioanálise, e Esquizoanálise, baseada na filosofia da diferença, fundada por Gilles Deleuze e Félix Guattari (L'Abbate, 2012). Para além das diferenças de perspectivas e de autorias, tais criações, que podem ser consideradas como movimentos, nasceram em um momento sócio-histórico de muita tensão, permeado por conflitos existentes, sobretudo, no ambiente educacional (universidades) e no ambiente de trabalho (fábricas), mas que se alastraram pelo tecido social. As contestações miravam, principalmente, os aspectos autoritários e alienantes vividos pela sociedade francesa à época, que produziam violências, muitas delas ocultadas pela naturalização ou banalização de certas práticas ou normas institucionalizadas ao longo dos anos (Rodrigues, 2000).

Ao analisar a temperatura social do momento da escrita do clássico Análise Institucional publicado na França em 1970, e no Brasil em 1975, texto que corresponde à sua Tese de Estado, René Lourau (2014, p. 313) avalia que escreveu “um livro frio sobre um assunto abrasador”. O autor explica que era um momento de muitas contestações do instituído ou estabelecido e pressões por transformações sociais. As revoltas eclodiram na sociedade francesa, mas também em outras partes do mundo: Revoltas de Maio de 1968; Primavera de Praga; protestos contra a Guerra do Vietnã e pela igualdade racial nos Estados Unidos da América; movimento hippie; surgimento da Teologia da Libertação na América Latina; movimentos estudantis em luta contra a ditadura civil-militar no Brasil e por mais liberdade civil e contra repressão policial no México, entre outros.

Neste contexto, Lapassade (1989, p. 13) explica que, independentemente dos objetivos e características de um grupo reunido, sempre há uma “dimensão oculta” a ser analisada, que é a dimensão institucional. Tal constatação o levou em 1963, a definir a AI como um método que objetiva “revelar nos grupos, esse nível oculto de sua vida e de seu funcionamento”, compreendendo que esses grupos sempre serão atravessados por instituições, determinadas pela própria sociedade.

Assim, para entender o conflito nas organizações, tema desse capítulo, é fundamental destacar o conceito de instituição elaborado por Lourau (2004a), para quem as instituições são normas construídas ao longo da história e nas relações sociais, com as quais os sujeitos se relacionam, seja concordando ou não. Logo, não se trata de algo exterior ao sujeito, pois as instituições permeiam as relações e encontram-se em todos os possíveis níveis de análise (individual, organizacional, grupos formais ou informais).

Diferentemente da maioria das teorias organizacionais, que reduziam a instituição à sua vertente conservadora, normatizadora e instituída, Lourau (2014) demonstra como a instituição transforma-se a partir de um movimento dialético. Para este autor, a instituição é algo muito mais tenso e permanentemente em transformação pela interação entre forças de reprodução e conservação e forças de contestação e inovação. Descreve a dinâmica institucional numa perspectiva dialética composta pelo instituído (norma explícita, a forma reconhecida), instituinte (as forças de questionamento) e institucionalização (resultado do tensionamento entre instituído e instituinte).

Tal perspectiva institucional visava oferecer inclusive alternativas para os modelos de gestão, com reforço da importância de coletivizar os espaços de análise e de decisão nas organizações, em substituição à hierarquização e à alienação. Para tal, René Lourau e Georges Lapassade passaram a fazer intervenções socioanalíticas, nas quais se estimulava a ampla circulação da palavra para se localizar os ocultos institucionais e produzir um ambiente de análise (certamente conflituoso) que pudesse resultar na institucionalização de novas práticas sociais. Descrições e análises dessas intervenções foram feitas pelos próprios fundadores durante os primeiros anos da prática socioanalítica, como nos livros “Sociólogo em Tempo Inteiro” (Lourau, 1979) e “*L’Arpenteur*” (Lapassade, 1971).

O conflito, portanto, é fortemente presente na gênese social da AI e, desde então, é um material analítico extremamente relevante para esse referencial teórico-metodológico, pois exhibe divergências de palavras, pensamentos e ações que podem suscitar a oportunidade dos envolvidos para analisarem a origem das normas que regem as suas práticas, a execução das decisões e as consequências para os diferentes sujeitos e grupos sociais. Sem sombra de dúvida, o contexto social do início do

século XXI é bastante diferente daquele dos anos de 1960, inclusive no âmbito da gerência em enfermagem, que é o centro da discussão desse texto.

No entanto, consideramos que a AI é um referencial teórico-metodológico que procura compreender as bases institucionais e histórico-sociais presentes no conflito, o que contribui para analisar e intervir na gerência em enfermagem. Em outras palavras, o conflito pode ser uma perturbação na ordem estabelecida que traz à tona a presença de certas normas institucionais que produzem violências por alienação, enfraquecimento, vulnerabilização ou subalternização nas relações sociais. Não se trata de algo a ser superado ou resolvido a qualquer custo. A busca por uma saída, nesse sentido, obriga uma transformação nessas normas institucionais, inclusive nos modos como ocorre o processo de gestão e decisão, que passa por um domínio maior de todos os sujeitos envolvidos. Assim, há uma perspectiva de ampliar as relações democráticas, por meio da criação de espaços abertos à participação de todos no exercício do poder.

No referencial da AI, os acontecimentos, os agentes ou os arranjos que perturbam e vão provocar essas transformações são chamados de analisadores, pois são reveladores daquilo que não é mais possível manter às escondidas, aceleram mudanças que estavam latentes e têm a força de intervenção que exige uma análise das implicações entre os sujeitos envolvidos. Para Lourau (2020), as instituições possuem o poder de objetivar os sujeitos, reduzindo-os aos seus lugares estatutários e às funções a serem exercidas. No entanto, para este autor, os analisadores provocam uma desobjetivação ao desfazer tais reduções e fazer emergir a subjetividade. Tal ruptura abre espaço para o surgimento das forças instituintes até então sufocadas pela objetivação, rompendo a sustentação naturalizada do arranjo organizacional.

Outro conceito fundamental da AI é o de implicação, ao qual René Lourau dedicou grande parte da sua obra. A implicação diz respeito ao modo como os sujeitos se relacionam com as instituições. Lourau (2004 b) explica que a ideia de implicação articula aspectos subjetivos e objetivos, pois a implicação envolve os elementos objetivos de apoio para a reprodução automatizada e, por vezes, inconscientes de certas práticas cotidianas, mas também como se é atingido subjetivamente por eles, o que está relacionado aos aspectos políticos, às práticas sociais, à ideologia e à afetividade.

Sendo assim, é possível pensar as relações humanas de forma menos racional e objetiva. Afinal de contas, estamos falando de seres humanos e das interações sociais, que ocorrem no ambiente de trabalho, sendo atravessadas por desejos, interesses, necessidades, poderes individuais e grupais. É nesta perspectiva, que focalizamos o conflito como analisador das relações de trabalho na gerência em enfermagem realizada no contexto hospitalar.

O Conflito como Analisador da Prática da Enfermagem no Contexto Hospitalar

Neste tópico foram analisados alguns fragmentos de situações de conflito, que compõem o “Banco de Situações de Conflito Organizacional” utilizado como material didático na disciplina optativa: “Análise de situações de conflito nas organizações de saúde” ministrada, na modalidade à distância, aos alunos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Este banco é composto por entrevistas realizadas com profissionais de saúde e se constituiu como um produto de um projeto de pesquisa, que seguiu os preceitos éticos, garantindo o sigilo e o anonimato dos informantes (Spagnol; Guimarães; Godoy, 2014), sendo portanto, casos reais que foram adaptados para fins acadêmicos.

Caso 1

Quando eu era recém-formada, um hospital me convidou para organizar o bloco cirúrgico e a Central de Material Esterilizado, porque apresentavam um alto índice de infecção. O bloco estava tão desorganizado, que ninguém obedecia a ninguém. O maior conflito que eu tive foi com a equipe médica. Eu comecei a fazer o controle a partir das desinfecções terminais que eram marcadas para acontecer aos finais de semana, reservando somente uma sala para as emergências. No livro de marcação de cirurgia, eu colava um aviso de interdição do bloco para desinfecção terminal. Os médicos cirurgiões retiravam e rasgavam essa folha do livro de marcações de cirurgia, e marcavam a cirurgia normalmente. No primeiro final de semana, eu aceitei a situação e ao conversar com o médico chefe do bloco cirúrgico, ele apoiou minha conduta de fazer a interdição do local para a

desinfecção. Em um determinado sábado quando a equipe de enfermagem começou a fazer a desinfecção, a enfermeira da unidade de clínica médica ligou perguntando se podia descer com os pacientes agendados para cirurgia naquele dia. Respondi que não e que poderiam liberar a alimentação para os pacientes, pois naquele dia estava programada a desinfecção terminal do bloco. Eram todas cirurgias simples: amigdalectomia, cirurgia de varizes, e nenhuma emergência. Então, às 08 horas, os médicos começaram a procurar os pacientes na sala de espera e viram que o bloco estava todo inundado de água e que a equipe de enfermagem estava fazendo a desinfecção. Diante desta situação eles perguntaram: “Cadê meu paciente? Quem autorizou a desmarcar as cirurgias?” Eu falei: “Fui eu! Eu sou a enfermeira contratada para isso!”. A minha maior briga foi com um médico angiologista, que me colocou “abaixo de zero”, falando que eu não tinha poder para fazer aquilo e questionando quem eu era. Ele ainda usou esta expressão: “Quem é você, menina, para suspender uma cirurgia minha?” Na frente de toda a equipe, eu falei assim: “Olha, me estranha muito Dr. Fulando, o senhor ser casado com uma enfermeira, professora universitária e não respeitar e nem zelar pela profissão da sua esposa”. O médico foi na diretoria, reclamou e fez um abaixo-assinado para me demitir, mas o diretor apoiou minhas decisões, eu fui parabenizada e tive meu trabalho reconhecido no hospital. Tanto é que outro hospital de grande porte também me chamou depois para organizar o bloco cirúrgico que estava com risco de infecção. O meu papel como enfermeira passou a ser respeitado e ninguém mais retirou o aviso de interdição do bloco e marcou cirurgias para os dias programados para a desinfecção terminal.

O Caso 1 faz pensar que controlar a infecção hospitalar não é uma tarefa específica da enfermagem, e muito menos apenas do enfermeiro. Todos os profissionais atuantes no bloco cirúrgico devem estar envolvidos com essa questão e deveriam discutir coletivamente esse processo de trabalho. Além disso, as ações não podem acontecer de forma fragmentada, com condutas isoladas, por exemplo, a desinfecção terminal, e que neste caso foi uma ação determinada em tom de ordem dada pela enfermeira aos cirurgiões.

Uma ordem escrita de interdição do bloco cirúrgico deu início a uma disputa de poder entre duas categorias profissionais: a médica e a de enfermagem. As ações isoladas, tanto da equipe de enfermagem quanto dos cirurgiões, acabaram

trazendo consequências para os pacientes que ficaram em jejum prolongado e no final não foram submetidos ao procedimento cirúrgico.

Diante das divergências e em busca de uma decisão, tanto a enfermeira quanto o médico recorreram ao chefe do bloco cirúrgico, numa “disputa de poder” para definir quem tinha mais razão. Entretanto, essa saída pelo arbítrio de uma autoridade, como se percebe, cria supostos “perdedores” e “vencedores” sem envolver uma discussão entre todos os implicados com a situação, visto que a enfermeira utilizou claramente somente a estratégia de resolução denominada “ganha-perde”. Assim, a responsabilidade de todos pela desinfecção do bloco cirúrgico e pelos cuidados a serem prestados aos usuários, acabou perdendo espaço para essa disputa, por se tratar de uma busca por demarcação de territórios.

Devido à falta de análise e pactuações na equipe de trabalho, corre-se o risco dessa disputa retornar, até de forma mais agressiva. Neste caso, a resistência médica não pode ser reforçada pela defesa do núcleo específico da enfermagem, pois, isso pode alimentar essa disputa entre as categorias, uma vez que os profissionais deixam de ver as interfaces e articulações que as profissões da área da saúde necessitam fazer na prática profissional para que a assistência ao paciente não seja prejudicada.

Portanto, nesta situação, o conflito foi aparentemente resolvido para o retorno ao suposto “bom funcionamento” do trabalho. A sua resolução passou por uma revisão do relacionamento entre os sujeitos envolvidos e houve alguns ajustes mais imediatos como a padronização do processo de trabalho, esquivando-se da análise do atravessamento das várias instituições presentes (saúde, medicina, enfermagem, entre outras). Imperou uma ideia geral de que havia um instituído ameaçado, que deveria ser reestabelecido. Assim, as relações de poder, os recursos de comunicação, a centralidade do cuidado ao usuário, a responsabilidade de todos os profissionais com a desinfecção do bloco cirúrgico, o trabalho interprofissional e em equipe, nenhum desses aspectos foi analisado. Mesmo que isto não tenha sido abordado durante esse conflito, tais aspectos indicam o quanto o conflito é um potencial analisador no processo de trabalho das equipes de saúde nos hospitais.

Esse caso também nos conduz a pensar nas características da sociedade atual, que regem os modos como as pessoas atuam em suas práticas profissionais. Nesse sentido, os profissionais envolvidos nesse conflito não escapam da

influência da racionalidade neoliberal, que avança em toda sociedade, pois inflam as atuações e os interesses individuais diante do conflito. A principal característica dessa racionalidade é a lógica da administração de empresa generalizada para quaisquer atividades, seja na gerência de serviços privados e/ou públicos, mas também na “administração” da vida profissional e pessoal de cada um. É uma racionalidade apoiada na concorrência entre os grupos e as pessoas, na meritocracia desequilibrada e no empreendedorismo de si, mergulhada em indicadores de produção e no alto desempenho.

Tanto os franceses Dardot e Laval (2016) quanto o sul-coreano Han (2018) ressaltam que o neoliberalismo reforça a importância da liberdade a tal ponto de explorá-la, usá-la a favor da produção de trabalho e capital, pois promete que cada um poderá atingir o sucesso pessoal e profissional sem se submeter às clássicas relações hierárquicas do mundo do trabalho. É um tipo de poder que não se exerce por meio de coerções e negativas explícitas, mas, como destaca Han (2018), é um poder mais sutil, flexível e inteligente, que quanto mais invisível for, mais será bem-sucedido.

A partir dessas descrições, podemos considerar que a disputa de poder destacada entre a enfermeira e o cirurgião oculta toda cadeia hierárquica das relações de poder, visto que cada um está ali para se constituir como um bom profissional. No caso da enfermeira, o empreendedorismo de si fica bem evidente a considerar que lhe foi atribuída a encomenda de resolver o problema de alto índice de infecção, à qual ela aderiu com empenho e, ao final, foi gratificada.

Essa característica da sociedade neoliberal traz uma alerta importante sobre a sutileza como os trabalhadores podem ser iludidos por promoções e elogios, o que reforça a importância de ampliar a análise dos conflitos numa perspectiva institucional.

Caso 2

Há situações em que o conflito fica mais evidente: vou citar uma situação de remanejamento de pessoal. Em uma instituição de grande porte sempre tem funcionários que faltam e, então, você tem que redividir a escala ou remanejar um profissional de um setor para outro. Quando remaneja o funcionário para outro setor, ele fica mais

resistente, fala que já começou o trabalho em um lugar e que não vai para outro setor. As pessoas envolvidas foram um técnico de enfermagem e eu, enfermeira. Quando eu solicitei ao técnico de enfermagem seu remanejamento para outro setor porque tinha um déficit de dois funcionários na escala, ele ficou com raiva e disse que não iria, descumprindo as normas da instituição. Diante da recusa do técnico, eu disse: “Pode pegar a bolsa e ir embora e você vai receber uma advertência. Infelizmente se não for por bem vai por mal”. A gente tenta fazer uma escala com um revezamento, conversar, mostrar o que está acontecendo e porque que é necessário tomar a decisão, ressaltando que o remanejamento acontece não porque o enfermeiro ou a instituição quer, e sim, porque o colega dele que é técnico que faltou ao serviço. Mesmo assim, ele não aceitou e disse: “Daqui eu não saio, daqui ninguém me tira” e eu respondi: “Tira sim, porque tem regras que têm que ser cumpridas”. Como muita gente gosta de burlar as regras, você tem que impor o controle. Mas, sempre que possível, eu tento conversar com os funcionários, no entanto, certos funcionários são mais complicados. Então, mesmo conversando com o técnico de enfermagem que eu remanejei, mostrando que a falta prejudica a equipe e os pacientes, ele resistiu e optou por abandonar o plantão. Este foi um conflito difícil, pois na minha opinião antes de tomar decisões drásticas, precisamos dialogar, estabelecer regras, negociar a escala, e para isto, realizar reuniões semanais durante o plantão.

O Caso 2 é um conflito interpessoal e de poder que ocorreu entre uma enfermeira e um técnico de enfermagem, que claramente queriam demarcar suas posições de poder diante de uma situação que envolve fatores relacionados à estrutura organizacional, às condições de trabalho e às normas institucionais, que muitas vezes não estão na governabilidade destes dois trabalhadores. A enfermeira utilizou a estratégia do “peso da autoridade” para lidar com o conflito em análise, exercendo uma gerência intermediária numa dimensão racional, autoritária, centrada no controle e no cumprimento das tarefas realizadas pela equipe de enfermagem. Apesar de trazer à tona a importância do diálogo para a tomada de decisão, esse aspecto oculto do exercício de poder traz uma exigência de mais atenção e minuciosidade para localizar como as instituições estão permeando as relações conflituosas.

Em situações de conflitos relacionadas à gerência em enfermagem, deve-se considerar todo o conjunto de instituições que atravessam a comunicação, a

divisão do trabalho e a tomada de decisão. Além disso, uma situação de conflito explicita as implicações dos envolvidos, mas somente ganhará um caráter analítico se encontrar condições para tal. Certamente, o apelo à autoridade para resolução de conflitos reforça as implicações presentes na situação: “quem manda e quem obedece”. Isto, como se observa, não favorece a análise do que está acontecendo. Um apelo democrático, no sentido de criar espaço para uma participação maior na resolução do problema, seguramente aumentaria as condições para uma análise das implicações dos sujeitos e abre o campo para uma transformação ampliada nas relações e no processo de trabalho. Diferentemente do Caso anterior, aqui há uma hierarquia bem estabelecida, pois um dos envolvidos tem o poder de punir o outro e não há o apelo a um terceiro (o diretor do hospital do Caso anterior, por exemplo) que irá decidir que tem razão. A desobediência, nesse sentido, é uma ação que merece uma análise mais atenta, uma vez que é uma resistência possível dos que estão submetidos ao poder de outrem e que pode ser um alerta sobre um funcionamento complicado ou inaceitável nessas relações. Lourau (2014) destaca a relevância dos dissidentes organizacionais na revelação dos aspectos que demandam análise do coletivo e Monceau, em uma entrevista para Passos et al. (2008, p. 316), alerta para importância de dedicar-se a saber “o que querem aqueles que não querem” em um processo de análise. Por essa razão, o “desobediente” não pode ser imediatamente tachado como um insensato ou um insensível às necessidades coletivas, pois ele pode estar manifestando uma incômoda contradição institucional. Ou seja, a desobediência pode vir a ser uma aliada analítica. No caso, por exemplo, a recusa do técnico de enfermagem poderia abrir uma análise a respeito do motivo de tantas faltas, dos inconvenientes de uma troca de setor, das possíveis sobrecargas de trabalho, das condições de trabalho inadequadas, do sentido dos protocolos de cuidado, da construção das normas da organização do trabalho, dos eventuais problemas pessoais dos envolvidos, das hierarquias de poder estabelecidas no hospital, entre outros.

Outro aspecto interessante, no Caso 2, é o desfecho oneroso para quem seguiu naquele plantão, pois o conflito decorre da ausência de um técnico de enfermagem e finaliza com dois trabalhadores a menos. A falta de profissionais aumentou e forçou um remanejamento ainda maior. Isto gera a possibilidade de alguns questionamentos sobre as motivações e as condições

para a desobediência, a execução do recurso de autoridade e o rearranjo da equipe após a expulsão do técnico de enfermagem.

O conflito como analisador, portanto, exige uma compreensão de que se trata de um fenômeno complexo, que não pode ser reduzido a um recorte do tempo, do espaço e das pessoas envolvidas. O analisador emerge quando alguém, dentre os sujeitos envolvidos, faz a conexão da situação em curso com os aspectos macrossociais e, com isso, articula como as instituições, na ação das suas normas, atravessam uma determinada relação social. No referencial teórico metodológico da AI, segundo Guillier (2004) a intervenção socioanalítica se realiza justamente quando o analista tem esta habilidade de identificar essas conexões mediante deslocamentos e realocamentos, que podem levar, em certas condições, a momentos disruptivos.

A questão que fica latente é: como fazer emergir os analisadores em tais condições e conseqüentemente promover a análise das implicações numa sociedade atravessada pela racionalidade neoliberal, que pouco favorece a localização das instâncias de poder e a cooperação entre os sujeitos? Portanto, nas reflexões finais deste capítulo os autores ousaram ensaiar uma resposta para essa questão.

Respostas, Ousadias, Revelações: Algumas Reflexões...

Diferente da lógica do modelo de gestão racional em que a previsão pode ser resumida na perspectiva de “conhecer para prever” e “prever para saber como agir”, os analisadores são “provocadores” e não “previsores”. Os analisadores são acontecimentos e agenciamentos que deslocam os sujeitos das suas bases, exibidas como falhas ou problemáticas, obrigando-os a movimentar em busca de novos apoios e sentidos para suas práticas. Para emergir e fazer o seu trabalho, os analisadores não requerem um preparo nem um espaço determinado. Entretanto, quando se constroem espaços coletivos analíticos o seu potencial transformador das práticas ganha possibilidades de um alcance maior e, talvez, mais sustentável.

Assim, há possibilidades de realizar ações coletivas, seja nas organizações de saúde ou de ensino. Como exemplo, podemos citar a criação de grupos para um trabalho socioanalítico em um determinado serviço de saúde, isto é, construir dispositivos para que os sujeitos envolvidos nas situações de conflito

organizacional possam colocá-las em análise com a presença de um analista externo, considerando as suas implicações e como as instituições permeiam suas práticas (Spagnol; L'Abbate; Monceau; Jovic, 2016). Ou ainda, por meio da elaboração coletiva de um diário institucional, no qual sejam registrados eventos do dia-a-dia, incluindo os conflitos organizacionais, para que os profissionais compartilhem cotidianamente suas percepções e seus sentimentos a serem oportunamente trabalhados em reuniões de equipe (Jesus, 2017). Mas, também podemos pensar em trabalhar o conflito organizacional em espaços de formação seja na graduação, na pós-graduação ou na educação permanente em saúde (Spagnol et al., 2013; Spagnol; Guimarães; Godoy, 2014; Borges et al., 2017). Nestes espaços, o tema pode ser trabalhado por meio de experiências, inclusive as dos próprios participantes, com a finalidade de suscitar a relevância de uma leitura e uma atuação coletiva perante as situações de conflito.

Seja nos espaços acadêmicos ou nos serviços de saúde, é fundamental que as equipes analisem a gerência em enfermagem e interroguem as relações de poder que, muitas vezes, estão naturalizadas por força do mandato de controle que é atribuído ao enfermeiro na divisão técnica e social do trabalho. Uma perspectiva mais analítica dos profissionais de enfermagem pode contribuir para que, “no quente” do conflito organizacional, pelo menos algum dos envolvidos, possa criar condições para uma análise do que está acontecendo, ao invés dos trabalhadores apresentarem posições de defesa ou mesmo atenderem prontamente à lógica neoliberal, de que a responsabilidade e as resoluções dos conflitos devem ser meramente individuais.

É evidente que nem sempre há condições de tempo ou de recursos objetivos e subjetivos para uma análise no fervilhar da situação, por isso as reuniões regulares de equipe são espaços importantes para tratar os conflitos organizacionais ou seus resquícios nas mais diversas perspectivas. Nos casos narrados anteriormente, por exemplo, temos apenas a versão da enfermeira. Nos momentos de análise do conflito, entretanto, é fundamental a circulação da palavra e a abertura para todos os envolvidos relatarem o acontecimento, criando maior possibilidade de uma análise coletiva das implicações.

Os casos foram trabalhados nesse texto numa perspectiva de exercitar possibilidades de análise, sem a pretensão de julgar as saídas encontradas pelos

envolvidos nos conflitos para definir o “certo” e o “errado”, pois reconhecemos as contingências, incluindo as dificuldades envolvidas. Quisemos, contudo, ressaltar o quanto a gerência em enfermagem é parte do conflito a ser analisado e o enfermeiro, no exercício da gerência, poderá criar condições analíticas ao se incluir no processo e abandonar o recurso do distanciamento (ficar de fora) que lhe reserva um lugar de arbitragem ou apaziguamento dos conflitos.

Tratar o conflito organizacional na gerência em enfermagem como analisador não é localizar uma “lei” explicativa, nem fornecer apenas um manual de instrução de como proceder em cada situação, mas convidar para uma disponibilidade analítica em busca de relações sociais mais potentes e libertárias na produção do cuidado coletivo em saúde.

Referências

Assis, A. F.; Straub, A. Gestão de conflitos: a oportunidade de aprendizagem através da exploração de divergências. **Revista da FAE**, v. 19, n. 2, p. 220-231. 2016.

Azevedo, I. C. et al. A teoria clássica da administração no âmbito da enfermagem e da atenção básica. **Revista APS**, v. 16, n. 3, p. 338-343. 2013.

Bastos, A. V. B.; Seidel, T. T. O conflito nas organizações: a trajetória de sua abordagem pelas Teorias Organizacionais. **Revista de Administração**, v. 27, n. 03, p. 48-60. 1992.

Borges, F. A. et al. Analysis of professional implication as a tool of permanent education in health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3189, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3114.3189>.

Ciampone, M. H. T.; Kurcgant, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem** (org.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 51-61.

Dardot, P.; Laval, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo. 2016.

Dimas, I. D.; Lourenço, P. R. Conflitos e gestão de conflitos em contexto grupal. In: GOMES, D. **Psicologia das organizações, do trabalho e dos recursos humanos**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2011. p. 203-240). Doi: [10.14195/978-989-26-0238-7_4](https://doi.org/10.14195/978-989-26-0238-7_4)

Jesus, A. F. **Saúde Mental no contexto da realidade brasileira**. Curitiba: Editora Appris, 2017.

Guillier, D. Comentando as noções de implicação e transdução de René Lourau. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 16, n. 2, p. 11-16. 2004.

Han, B. C. **Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder**. Belo Horizonte: Editora Áyiné, 2018.

L'Abbate, S. Análise Institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219. 2012.

- Lapassade, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.
- Lapassade, G. **L'Arpenteur: une intervention sociologique**. Paris: EPI Editeurs, 1971.
- Lorenzini, E. et al. Conflitos na equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1764-73. 2015.
- Lourau, R. Dos indicadores sociais aos analisadores sociais. **Mnemosine**, v. 16, n. 1, p. 232-246. 2020.
- Lourau, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.
- Lourau, R. Objeto e método da Análise Institucional. *In*: ALTOÉ, S. (org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Editora Hucitec, 2004 a. p. 66-86.
- Lourau, R. Implicação um novo paradigma? *In*: ALTOÉ, S. (org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Editora Hucitec, 2004 b. p. 246-258.
- Lourau, R. **Sociólogo em tempo inteiro: análise institucional e pedagogia**. Lisboa: Editorial Estampa, 1979.
- Marsan, C. **Gérer et surmonter les conflits**. Paris: Dunod, 2010.
- Merhy, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.
- Motta, F. C. P.; Vasconcelos, I. F. G. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Pioneira, 2006.
- Passos, E. et al. Entrevista com Gilles Monceau. Rio de Janeiro, 24 de abril de 2006. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 309-318. 2008.
- Pugh, D. S.; Hickson, D. J. **Os teóricos das organizações**. Rio de Janeiro: QualityMark, 2004.
- Ricci, L.; Lima, W. F.; Begnami, P. S. Gestão de conflitos no ambiente organizacional: uma análise teórica. **Revista Espacios**, v. 38, n. 24, p. 27-35. 2017.
- Rodrigues, H. C. B. À beira da brecha: uma história da análise institucional francesa nos anos 60. *In*: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 195-256.
- Sorin, C. **Interêt du conflit et conflit d'interets au Bloc Operatoire**. 2003. (Memoire - Diplome Cadre de Santé) Institut de Formation des Cadres de Santé - Assistance Publique Hopitaux de Paris. p. 150.
- Spagnol, C. A. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 119-127. 2005. Doi: 10.1590/S1413-81232005000100019
- Spagnol, C. A.; L'Abbate, S. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 822-27. 2010. Doi: 10.4025/ciencucsaude.v9i4.7721
- Spagnol, C. A. et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 3, p. 803-11. 2010. Doi: 10.1590/S0080-62342010000300036

Spagnol, C. A. et al. Vivenciando situações de conflito no contexto da enfermagem: o esquete como estratégia de ensino-aprendizagem. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 184-189. 2013. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100026>

Spagnol, C. A.; Guimarães, E. M. P.; Godoy, S. C. B. A educação à distância como estratégia de ensino na abordagem do conflito em Enfermagem. *In*: Spagnol, C. A.; Velloso, I. S. C. (org.). **Administração em enfermagem: estratégias de ensino**. Belo Horizonte: Coopmed, 2014. p. 71-83.

Spagnol, C. A. ; L'abbate, S. ; Monceau, G. ; Jovic, L. Dispositif socianalytique: instrument d'intervention et de collecte de données en recherche qualitative en soins infirmiers. **Recherche en Soins Infirmiers**, v. 124, n. 1, p. 108-117. 2016.

Teixeira, N. L.; Silva, M. M.; Draganov, P. B. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 73, p. 1-12. 2018. Doi: 10.23973/ras.73.138

ANÁLISE INSTITUCIONAL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE SAÚDE

Michele Campagnoli
Luciane Maria Pezzato

Introdução

A saúde engloba diversos elementos, construídos socialmente, individualmente e coletivamente, os modos de viver podem ser reorganizados em sua singularidade e complexidade. O cuidado está ligado à produção de vida e no Sistema Único de Saúde (SUS) a integralidade do mesmo se dá, principalmente, quando as necessidades de saúde dos usuários o direcionam. Cabe aos profissionais da saúde estarem atentos às várias dimensões da vida humana, desde o histórico social, cultural e a construção de vida deste sujeito para a realização do cuidado (Feuerwerker, 2016; Merhy, 2016).

Para isso, os profissionais de saúde devem avaliar a micropolítica do trabalho, a produção do cuidado em seu cotidiano, a prática de saúde em sua subjetividade (Feuerwerker, 2016).

Durante o cuidado ocorre a troca de afetos entre os trabalhadores e usuários. Esses afetos gerados pelas relações fazem parte da vida social e nela se encontra o poder que permeia os coletivos. A composição complexa da sociedade e sua diversificação de sujeitos que compõem as instituições de saúde, possuem interesses e projetos para se socializarem. Nos serviços de saúde existem vida e dinâmica influenciada por diversas instituições, as quais estabelecem uma relação de saber e poder (Ferigato; Carvalho, 2009; Merhy, 1999).

A formação do trabalho em saúde se faz pelas concepções dialéticas, embasada na prática social da circulação do entendimento saúde-doença-cuidado (Santos et al. 2018). Do mesmo modo que a prática de saúde é realizada através de atos produtivos, estabelecidos pelos saberes científico e pela finalidade social. Na assistência prestada ocorre a produção de atos e o consumo do produto simultaneamente, variando de acordo com a relação do usuário-trabalhador (Feuerwerker, 2014).

O cuidado se organiza de acordo com os conceitos aplicados pelos trabalhadores de saúde com seus pensamentos críticos, apoiados na autonomia em sua prática (Cecílio, 2007).

O cotidiano do trabalho traz as experiências de vida e as relações dos indivíduos envolvidos, na coletividade e instituições, em um determinado tempo e espaço. Assim, ocorre o desenvolvimento da prática social, na qual encontra-se a interação de diferentes campos (Pinheiro, 2009).

O profissional de saúde constrói a sua prática nas vivências do cotidiano, nas situações que emergem, na forma como lidam com as mesmas e nas rotinas estabelecidas (GUILLIER, 2003). Cada profissional exerce uma atividade, podendo ser diferentes entre si, em função das experiências, formação e perspectivas particulares que determinam seu trabalho. Possui um conjunto de conhecimentos explícitos e planejados sistematicamente, com valores, preferências e normas (mais ou menos técnicas) que compõe uma prática, exprimindo seu objeto e diretrizes para a ação (Schön, 2000). Para se ter a reflexividade sobre a própria prática o profissional necessita localizar-se no contexto institucional, pois as práticas profissionais são atravessadas por diversas instituições que irão compor singularmente diversas dimensões institucionais que o envolvem. Conseqüentemente, esta complexidade institucional irá interferir nas ações individuais colocadas em confronto nas práticas do cotidiano (Monceau, 2008).

De maneira geral a formação da enfermagem corresponde à competência assistencial, gerencial, ensino e pesquisa, com consciência crítica sobre a prática e o compromisso social (Puschel, 2015).

As práticas de saúde modificam-se constantemente e a Enfermagem acompanha este movimento, através de seus saberes, conhecimentos, procedimentos e atribuições que se ampliam e tornam-se mais complexas em seus saberes e técnica (Almeida; Rocha, 1989).

A prática de enfermagem é desenvolvida através do cuidado e este é totalmente executado e diversificado de acordo com a situação. Um único conhecimento se transforma na aplicação, não se perde a essência, mas se ganha em diversificação na execução da prática (Almeida; Rocha, 1989).

Através do trabalho coletivo pode-se modificar o cotidiano da forma de produzir saúde (MERHY, 2013). Com essa lógica, o presente estudo se concentrou na reflexão

sobre mudanças perceptíveis e possíveis no campo da micropolítica do cuidado, com o objetivo de analisar a transformação da prática, através das subjetividades manifestadas na produção do cuidado pelos profissionais que compõe a equipe de enfermagem, discutindo suas limitações e potências para a (re) construção de práticas de cuidado.

Deste modo, o objetivo foi analisar as práticas de enfermagem em um Centro de Saúde (CS) que compõe a rede de saúde do município de Campinas-SP.

Percurso Teórico-Metodológico

O estudo foi transversal de natureza qualitativa, centrado nos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos envolvidos (Minayo, 2010). Atua na problemática das práticas de enfermagem apresentada no momento da investigação, com foco nas relações entre indivíduos e sociedade, em suas diversas ações, estrutura e significado. Trabalhou o cotidiano das práticas, em seu entendimento através dos sujeitos que a vivenciaram (Minayo, 2014).

A prática, embasada na micropolítica do trabalho em saúde, com foco nas práticas de enfermagem num CS representada por diversos sujeitos que formulam e reformulam conceitos, disputam, possuem suas corporações como indicadores de práticas. Cada profissional e usuário possuem ideias, valores e concepções sobre as múltiplas dimensões da saúde; considerando que os trabalhadores agem com sua autonomia e da forma como consideram correto (Cecílio, 2007).

O referencial teórico-metodológico utilizado foi da Análise Institucional, em sua abordagem sociológica. A Socioanálise, corrente da Análise Institucional (AI), surgida na França na década de 60/70, tendo como destaque em sua produção os autores René Lourau e George Lapassade. Chegou na América Latina na década de 80. Coloca em análise a prática do cotidiano institucional, desmontando os ambientes e reformulando novas práticas (Rocha; Aguiar, 2003).

Por se tratar de uma intervenção socioanalítica, caracterizou-se numa pesquisa-intervenção, em que “o pesquisador é, ao mesmo tempo, técnico e praticante” (Lourau, 2004) e a produção do conhecimento e de práticas se dão num mesmo movimento (Pezzato; L’abbate; Botazzo, 2013). Segundo as autoras, na pesquisa-intervenção, “o pesquisador não se pretende agente de mudança, mas sim produtor de novos sentidos, novas intercessões” (Pezzato; L’abbate; Botazzo, 2013).

A pesquisa-intervenção investiga a vida de coletividades diversificadas, exercendo atuação transformadora da realidade sócio-política. Esta metodologia de pesquisa modifica a ação instituída, de forma lenta, através da produção de novas interações entre teoria e prática, sujeito e objeto. Ela trabalha com a micropolítica do cotidiano, buscando formar caminhos concretos nos movimentos produzidos (Spagnol et al., 2019).

Desta forma, a equipe de enfermagem do referido CS constituiu-se num coletivo que produziu um processo singular que definiu o trajeto da pesquisa. Assim, a pesquisa provocou movimentos no instituído daquela equipe, envolveu ação, construção, transformação coletiva, possibilitando análise das forças sócio-históricas e políticas presentes nas situações e nas implicações (Spagnol et al., 2019).

O estudo foi desenvolvido em um Centro de Saúde do município de Campinas, interior do estado de São Paulo. Os sujeitos participantes da pesquisa foram os profissionais da equipe de enfermagem, incluindo a gestora, que era enfermeira e aceitou participar da investigação.

O dispositivo de intervenção construído para a produção dos dados foi o grupo, no qual realizou-se cinco encontros com a equipe de enfermagem, que tiveram duração de uma hora cada um. Os encontros foram realizados na própria unidade, no horário de trabalho, de acordo com pactuações prévias com a gestão e os sujeitos envolvidos. Neles foram analisados coletivamente situações problemas do cotidiano da equipe de enfermagem.

A proposta para a análise das práticas de enfermagem foi colocar em discussão temas envolvendo a prática profissional e assistência em saúde, focada no cotidiano do trabalho e analisando suas potencialidades e fragilidades.

As análises das práticas profissionais são a busca de respostas para situações do cotidiano do trabalho, ela auxilia na construção da identidade profissional (L'Abbate, 2012).

O processo grupal dos encontros produziu narrativas do cotidiano da equipe. Cada um dos sujeitos escreveu sobre seu cotidiano no CS, trazendo situações singulares vividas na produção do cuidado em saúde, se aproximando das técnicas de si através da produção da subjetividade (Imbrizi et al., 2018).

Estas narrativas foram analisadas com os conceitos-ferramentas da AI, quais sejam: análise da encomenda e da demanda, a auto-gestão do grupo,

a intenção do dizer tudo, a transversalidade, a análise das implicações, as explicitações dos analisadores e a restituição (Monceau, 1996).

Todos os procedimentos da pesquisa cumpriram os critérios éticos estabelecidos na Resolução CNS n. 466/2013, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer n. 1.051.461.

A intervenção socioanalítica: os encontros grupais

No primeiro encontro, foi levada a proposta da pesquisa (demanda) para discussão em roda sobre a prática da enfermagem no Centro de Saúde; em seguida foram pactuados os demais encontros e seus temas, estes relacionados ao objetivo do estudo. Também foi utilizado um diário pela pesquisadora, no qual foram descritas suas percepções e implicações da prática profissional ao longo do desenvolvimento da pesquisa.

Para nortear os encontros utilizou-se o dispositivo Groupe Entraînement de Analyse de Situations Éducatives (GEASE) que foi adaptado para facilitar a análise das práticas (L'Abbate, 2012).

Aplicou-se as seguintes fases nos encontros: um sujeito do grupo colocava uma situação de sua prática profissional, contava sobre o caso, os outros participantes faziam pergunta ou acrescentavam algo que soubessem para complementar a situação. A pessoa que expôs, saía da discussão e passava a ser observadora. O grupo discutia aquela situação, buscava compreender a prática de enfermagem e tentava encontrar potências e fragilidades sobre aquela prática. O sujeito que ficou observando retorna para a discussão e falava o que percebeu daquele debate, depois os outros participantes colocavam como foi para eles a discussão.

Os encontros foram gravados através do celular; em seguida transcritos com dupla confirmação. A participação nas discussões dos grupos foi de livre e espontânea vontade dos participantes. A identidade foi mantida em sigilo. Os encontros aconteceram durante o horário de trabalho dos profissionais.

A análise dos dados foi pela intervenção socioanalítica que se faz através de uma análise coletiva, realizada por indivíduos que estão inseridos em uma organização, e esta análise é conduzida e coordenada por um socioanalista (Monceau, 1996).

[...] fazer uma intervenção significa, dentre outras coisas, “articular lacunas, ver relações onde só se percebiam elementos coerentes e homogêneos, comprovar um problema onde se julgava existirem soluções [...]”, ou seja, estranhar e mesmo questionar a homogeneidade, a coerência, a naturalidade dos objetos e dos sujeitos que estão no mundo. Ao mesmo tempo, afirma as multiplicidades, as diferenças, a potencialidade dos encontros que são sempre coletivos e a produção histórica desses mesmos objetos e sujeitos (Lourau, 1975, p. 15).

Também utilizou o diário da pesquisadora para anotar o que lhes toca durante os encontros e durante a prática no cotidiano do trabalho.

O diário pode ser um instrumento para analisar a implicação, nele encontram-se registros das atividades cotidianas, podendo reconstituir a história do pesquisador, além de poder evidenciar como foram os encontros, as recusas, as exigências, as angústias, as dificuldades entre outras anotações (Monceau, 1996; Lourau, 1993; Pezzato; L'Abbate, 2011).

Podemos considerar o diário como uma ferramenta de intervenção na qual movimenta a reflexão da prática, traz o vivido, o não dito e a implicação (Pezzato; L'Abbate, 2011).

Análise das Implicações do Grupo: Analisando as Práticas de Enfermagem

Participaram da pesquisa 17 indivíduos, destes, 4 enfermeiras, 5 técnicas de enfermagem e 8 auxiliares de enfermagem. Houve predominância do sexo feminino. O tempo de formação com a atuação na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi quase equivalente, ou seja, muitas iniciaram a atuação no SUS Campinas recém-formadas. Quando comparado o tempo da SMS com o tempo de trabalho no CS, percebe-se que a maioria iniciou o trabalho na unidade de estudo, muitas vivenciaram algumas das mudanças que ocorreram nos modelos de saúde de Campinas, acompanhando o desenvolvimento do SUS. Porém, quando se reportam às características de algumas práticas não se referem ao modelo de atenção, mas sim como se fosse apenas uma questão de tempo, do passado e não relacionado às diretrizes de uma política.

As práticas de enfermagem presentes no cotidiano do trabalho se faz diariamente, todo dia reinventamos, com embasamento em nossa formação e acrescentamos nossa experiência.

Na Saúde Coletiva encontramos diversos campos de saberes e práticas atuando concomitantemente, existindo contradições e conflitos de interesses entre trabalhadores e usuários. A Enfermagem, por sua vez em seu trabalho, não utiliza apenas saberes e práticas técnicas, mas precisa delas para estabelecer o trabalho social (Matumoto et al., 2001).

As práticas profissionais não estão estagnadas, se modificam e percorrem o universo saúde o tempo todo, possibilitando aos profissionais da saúde analisarem suas modificações para desenvolverem a sua própria prática. Essas modificações envolvidas em um contexto sócio-econômico e político, geram no profissional da saúde diferentes formas de implicação, que muitas vezes cega e dificulta o desenvolvimento cotidiano de seu trabalho (Passos et al., 2008).

A enfermagem na Atenção Primária deve ser acessível ao processo ensino-aprendizagem, enfrentando novas experiências, identificando e refletindo sobre problemas do trabalho buscando soluções interdisciplinares (Campos, 2000).

Verifica-se a necessidade de espaço como o dos grupos que foram constituídos para a reflexão do trabalho, pois as reuniões programadas são completas de informações, demandas normativas e não abrangem questões do cotidiano da unidade unicamente. A enfermagem é complexa, lida com diversas situações e precisa ter a sabedoria de diversas áreas para efetuar o atendimento.

Uma contribuição para a prática são as discussões do cotidiano que poderá reduzir as opressões ocasionadas pela angústia profissional ou por pressão da população.

De acordo com a dinâmica proposta, a equipe de enfermagem considera-se o principal agente para o funcionamento da unidade e de mais fácil acesso para a população. Vimos que também são a maioria dos profissionais existentes no serviço.

[...] o pilar desta unidade é a enfermagem, porque é a porta de entrada, é a porta de saída, é onde todo o processo do cuidado passa [...] (Catarina, 1º Encontro, 10/06/2015).

A equipe de enfermagem fica dimensionada em todos os setores do CS, e dificilmente um indivíduo que passe por atendimento na unidade de saúde não entrará em contato com algum profissional da enfermagem.

A prática de enfermagem envolve o cuidado integral, e ela se faz através das técnicas e conhecimento dos profissionais, elas estão além do que é direcionado para a profissão.

Os profissionais precisam entender que na Atenção Primária em Saúde (APS) precisam de uma prática social ativa, e isso exige o trabalho de núcleo e campo (CAMPOS, 2000), mas para isso precisam reconhecer o seu trabalho.

[...] ir além pode ser positivo, se for partir do pressuposto que a enfermagem atua no sentido mais amplo, de ver aquele sujeito como alguém que tem um trabalho, casa, família, fica mais fácil [...] é bom sair desse quadradinho da enfermagem, só da técnica, do procedimento. Esse deveria ser o papel [...] tem um limite, uma coisa é a gente atuar no lugar do outro, a prática da enfermagem é mais ampla. (Luiza, 1º Encontro, 10/06/2015).

Os profissionais por desenvolverem a assistência integral e se envolverem efetivamente com as diferentes situações sociais, encontram dificuldades para identificar o objeto de sua prática (Backes et al. 2009).

Na fala “[...] nossa atuação vai além disso [...]”, a enfermagem se vê com muitas tarefas e se sente responsabilizada por diversas funções que passam de sua atuação, mas o trabalho na APS exige dos profissionais flexibilidade e visão ampla para saber lidar com situações que ultrapassam a formalidade da profissão, existem diversos problemas e a complexidade dos atendimentos precisa de maior integração da equipe.

O cuidado vai além das práticas técnicas, possui os valores do toque, do olhar e da escuta, realizada através do diálogo, valorizando o contexto no qual o indivíduo está inserido. A enfermagem tem o saber afetivo, que são atos diferenciados presentes no processo de cuidar (Acioli et al., 2014).

Neste CS, muitas das falas mostram que sua prática ainda é curativista e justificam isso com o ritmo de trabalho mecanizado e com grande demanda, no qual a população está acostumada com a rotina médico centrado e de atendimento

como queixa e conduta, porém para um atendimento integral é necessária a comunicação com os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde.

Muito desta atuação é moldada pelo trabalhador, sistema e usuário. A valorização dos profissionais de saúde ainda é diferenciada e isso impacta na assistência.

[...] a gente tem que trabalhar às vezes em ritmo de produção, você abre a porta para chamar a senha, você vê aquele monte de gente com senha na mão e você tem que atender rápido, porque as vagas médicas podem ser perdidas e você precisa solucionar ou tentar solucionar o problema [...] (Britney, 1º Encontro, 10/06/2015).

A demanda incompatível com a qualidade e quantitativo dos profissionais, a deficiência da estrutura física e equipamentos, exibem a vulnerabilidade da APS, dificultando a implantação do SUS (Trindade; Pires, 2013).

[...] a nossa dificuldade é muito grande em desenvolver ações de prevenção de forma geral [...] eu não tenho visto a gente se debruçar sobre isso, a gente tentar fazer um movimento para tentar superar algumas coisas [...] isso é uma fala de todos nós, [...] tem experiência em grupos, tem um histórico importante, de já ter feito vários, de ter tentado algumas formas e tal. E eu sei que isso é verdade, não é nada que ninguém inventou, mas a gente não consegue abraçar isso como algo nem da equipe e muito menos da enfermagem [...] (Luiza, 3º Encontro, 01/07/2015).

Encontramos uma equipe de enfermagem que reconhece atuar num modelo que não parece ideal, devido às demandas encontradas e à falta de compartilhamento da responsabilização dos setores como se os outros profissionais fossem mais próximos do acolhimento, e não existisse a separação do acolhimento com a consulta, tirar o muro que isola os profissionais que complementa a equipe além da enfermagem, poderia facilitar a adaptação de um modelo mais vertical e focado na família.

A assistência no corpo biológico e a objetivação não permitem observar outros elementos que compõem a produção da vida, não sendo trabalhados como forma de intervenções. Assim, a ação do profissional que fica centrado

nos procedimentos, torna a escuta deficiente, perdendo sua dimensão cuidadora (Merhy et al., 2009).

Deparamos com falas que demonstram a necessidade do trabalho em equipe para a realização do cuidado em saúde. Também encontramos questionamentos sobre por que antes dava certo e agora não dá mais, e percebeu-se nas discussões que isso vem da mudança do contexto, juntamente com o perfil profissional - a existência do gostar do que faz auxilia no desenvolvimento das ações estabelecidas pelo serviço, e o envolvimento dos outros profissionais em nossa prática talvez modifique a forma de se prestar assistência tendo maior resolutividade.

É a equipe multiprofissional que gera o trabalho coletivo, com múltiplas intervenções técnicas e diversos profissionais atuantes, articulando as ações através da comunicação. Sendo a enfermagem parte da equipe que compõe a unidade, ela deve interagir com outros profissionais para conseguir prestar o cuidado (Marques et al., 2004).

Existem interações entre os profissionais, no entanto não é recíproco e isso sobrecarrega o profissional da enfermagem, que leva a questionar se ele está cumprindo seu papel.

Uma auxiliar de enfermagem se sente uma guarda, protegendo o médico, como se tivesse o poder da seleção, quem passará ou não pelo clínico, e o interessante que ela consegue ver que tem algo errado, que não deveria ser assim, também concordo que não deveria ser desta maneira, e sim teria que existir o trabalho compartilhado, com trocas de informação, assim todos os profissionais poderiam ser reconhecidos e não haveria sobrecarga de trabalho (Diário da Pesquisadora, 12/08/2015).

A equipe de enfermagem apresenta dificuldade de interação e articulação no saber-fazer das práticas no cotidiano, devido à organização do trabalho.

[...] a gente espera ele trazer a demanda aí a gente vê o que faz [...] nos falta estrutura [...] na verdade acolhimento não é só da enfermagem, seria de todos os profissionais, sendo que tem mais vinte lá fora esperando para ser acolhido, e se você for tentar fazer todo o histórico com charme, você vai ver que vai demandar um tempo, enquanto o outro está batendo na porta, enquanto outro profissional quer usar a sala, você está perdendo vaga, então isso tudo, não te proporciona ter essa visão. (Catarina, 1º Encontro, 10/06/2015).

[...] faltou mesmo um pouco mais de organização de trabalho, porque assim, você tenta, você olha os dias, a presença das pessoas, mas sempre tem as intercorrências. E aí, o que aconteceu, as duas vezes que tentei desenvolver um grupo aqui [...] o acolhimento absorve tanto a gente que assim, se não tiver algum profissional para te cobrir, você não consegue parar o acolhimento para fazer o grupo [...] pensar como poderia funcionar essa situação do acolhimento, dependendo do grupo que você desenvolve, porque se você vai trabalhar ações preventivas ele vai refletir em algum lugar e os lugares que ele reflete, seja ele puericultura, grupo de hipertensos e diabéticos é no acolhimento [...](Diário da Pesquisadora, 3º Encontro, 01/07/2015).

O acolhimento serve para reorganizar o trabalho, e ampliar o acesso, porém aumenta o número de atendimento e sobrecarrega os profissionais. Toda a equipe deveria se responsabilizar pelo acolhimento, porém é a enfermagem que cumpre essa atividade (Baraldi et al., 2011).

[...] gera uma angústia muito grande [...] Quantas vezes a gente pensa que aquele problema eu não conseguiria resolver, eu tentei, as vezes tem pessoas que até tem capacidade para resolver, mas não está muito interessado, não é todo mundo que está envolvido no serviço [...] (Ana, 1º Encontro, 10/06/2015).

Os profissionais que realizam o acolhimento se sentem responsáveis pelo usuário e muitas vezes incapazes de resolver o que lhe é apresentado, por não ter apoio institucional e supervisão para trabalhar esses problemas (Takemoto et al., 2007).

A prática do profissional precisa ter um campo mais amplo, utilizando distintos saberes para lidar com as necessidades apresentadas, e se faz necessário inventar saúde, através da capacidade crítica de reflexão e autonomia (Campos, 2000).

Existe uma vontade de modificar o atendimento e melhorar a prática que está sendo desenvolvida na unidade, mas para isso precisa existir espaços de discussão e envolvimento da gestão.

[...] temos que repensar as nossas prioridades, [...] a gente deixou de atuar no preventivo para atuar no curativo [...] tem algumas questões que vai além da nossa governabilidade, a gente sabe que acolhimento de certa maneira a gente vai ter que fazer, talvez reorganizar [...] tem

uma dificuldade que é estrutural, que o RH conta demais, acho que isso tem o papel muito forte [...] essa questão da resistência dos pacientes, a gente está numa sociedade que é imediatista, e fazer ação preventiva não é para ontem [...] a gente tem uma formação que é muito voltada para técnica [...] a história que rolava antes e não rola mais, rolava antes do Paidéia, da abertura do PSF e tal, praticamente com muito das mesmas pessoas, lógico que mudou um pouco, mas tem muita gente que estava naquela época e continua agora, então, não dá para dizer que os profissionais de agora são diferentes dos anteriores [...] mas é outro contexto, então a gente abriu acesso para população, custou para a gente alguma coisa, entre ela, as ações preventivas [...] os pacientes acostumam também com nosso jeito, com nossa forma de ver as coisas, e as vezes eles surpreendem a gente e a gente pode se surpreender com eles [...] se a gente insiste que isso também é importante quanto tomar o remédio, fazer o exame e voltar na consulta de retorno, eles também mudam a postura deles a partir da mudança da nossa postura, eu acho que é isso que a gente tem que tentar mais, e tentar mudar nossa postura para que eles também respondam de outra forma [...] (Magali, 3º Encontro, 01/07/2015).

Deparamos também com a resistência profissional e da população com as mudanças, que geram um desconforto no início para se conseguir reorganizar o serviço. O imediatismo do atendimento precisa ser revisto, e deve-se trabalhar com a ampliação do acesso de forma a facilitar para os profissionais e usuários, mas para isso é preciso entender o modelo que a unidade está oferecendo e reconhecer a territorialização em que a unidade está inserida, tomando conhecimento das vulnerabilidades e facilitando a comunicação entre profissional e usuário.

Ao analisar a prática de enfermagem tem-se uma grande resolutividade das assistências prestadas, porém existe uma desorganização do serviço de enfermagem e esta falta de planejamento reflete-se na prática curativista persistente na unidade.

O modelo de saúde não depende apenas de quem está produzindo saúde, também de quem utiliza o serviço de saúde. Os profissionais precisam estar preparados para definir o modelo para estabelecer uma organização das práticas. Existe nas falas uma mecanização dos atendimentos, e sabe-se que esta forma de atendimento pode gerar aumento da demanda.

A discussão da gestão faz parte da prática do profissional, pois ela influencia no desenvolvimento desta prática e também os trabalhadores de saúde fazem parte da construção do SUS e da assistência oferecida no município, sendo assim, precisam discutir a forma de gestão ao qual estão submetidos.

A enfermagem precisa abrir os horizontes de possibilidades de compreensão do que é saúde-doença, e procurar diversas alternativas para solucioná-la, indo além do que é imposto, utilizando todos os recursos disponíveis, considerando as relações sociais na vida. Entende que as práticas são executadas por seres humanos que têm vontades, desejos, agem e reagem a tudo e a todos (Matumoto et al., 2001).

Nos encontros realizados foi demonstrado que os profissionais estão a todo momento com essa interação com o usuário, e que a formação do vínculo faz com que a responsabilização se fixe e que aumenta a resolutividade do caso.

O fato de dialogar com a prática e realizar a reflexão para não ficar no mecanismo do atendimento da correria da assistência, na APS não se deve trabalhar com pressão, precisa de programação, planejamento e discussão para fazer saúde.

[...] a prática de enfermagem tinha que ser uma prática emancipadora do sujeito, que influencia na autonomia das pessoas, em certa medida a gente consegue pontualmente algumas coisas, mas é muito menos do que a gente poderia, não acho que isso seja papel só da enfermagem [...]
(Luiza, 1º Encontro, 10/06/2015).

A prática de enfermagem é produtora de cuidados, estes às vezes incompletos devido ao fluxo de atendimento mencionado pelos participantes. Mas existe a conscientização da necessidade de melhorar esse cuidado através do planejamento da assistência.

Considerações Finais

A prática de enfermagem como possui envolvimento histórico, paradoxos e é complexa, devemos ter compreensão multidimensional com envolvimento político, econômico, cultural e ético.

Diante destes pressupostos, podemos afirmar que a equipe de enfermagem consegue atender o usuário, porém falta interação com outros profissionais e organização do processo de trabalho para obter uma assistência completa.

A reflexão realizada transformou a prática do dia a dia. Os casos debatidos serviram para ser aplicados nas situações que poderiam ocorrer futuramente.

No trabalho encontramos as normas institucionais e as práticas desenvolvidas pelo trabalhador, e esta relação está o tempo todo sendo aplicada e formada. O profissional desenvolve uma postura no trabalho que poderá interferir na relação de poder e do ser.

Há a necessidade de construção de uma prática que envolva a consolidação dos princípios do SUS e da clínica compartilhada, focada nas ações de saúde pública, ampliação da eficácia da prática de enfermagem e acolhimento da demanda espontânea com resolutividade.

Para isso precisa-se que haja mudança no processo de trabalho e reconhecimento da atuação das práticas de enfermagem existentes neste serviço, com fortalecimento de suas atuações e busca de inovação.

É inevitável a revisão da prática da enfermagem para que essa prática se constitua integral e resolutiva, centrada no usuário, considerando sua singularidade e respeitando a autonomia do sujeito que necessita de cuidados.

Este estudo pretendeu construir uma postura interrogativa do mundo do trabalho da enfermagem, no seu dia a dia concreto, (des)construir conceitos, categorias e sentidos através do diálogo, apresentando o existente e com as misturas dos diversos existentes, compondo possibilidade para novas práticas.

Referência

Acioli, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637 – 642, set/out. 2014.

Almeida, M. C. P.; Rocha, J. S. J. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo. Ed. Cortez, 1989.

Backes, D. S. et al. Despertando novas abordagens para a gerência do cuidado de enfermagem: estudo qualitativo. **Online braz j. nurs.** (Online), v. 8, n. 2, 2009.

BARALDI, D. C. et al. A demanda do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciência da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 10 – 17, jan/abr. 2011.

Campos, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleos de saberes e práticas. **Ciência &**

Saúde Coletiv, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

Cecílio, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Rev. Interface**, v. 11, n. 22, pág. 345 – 363, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/12.pdf>. Acessado em: 25 maio 2020.

Ferigato, S.; Carvalho, S. R. **O poder da gestão e a gestão do poder**. Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo. Ed. Hucitec, p. 53 – 73, 2009.

Feuerwerker, L. C. M. Micropolítica do trabalho e cuidado em saúde. In: In: Feuerwerker, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Ed. Rede Unida, Porto Alegre, 2014, p. 35 – 62.

Feuerwerker, L. C. M. Cuidar em saúde. In: Feuerwerker, L. C. M. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**. Ed. Hexis, Rio de Janeiro, 2016, p. 35 – 47.

Guillier, D. L'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles. In: Blanchard-Laville, C. ; Flabet, D. (org). **Travail social et analyse de pratiques professionnelles**. Paris: L'Harmattan, 2003.

Imbrizi, J. M. et al. Narrativas de vida como estratégia de ensino-aprendizagem na formação em saúde. **Interface** (Botucatu) [on line], v.22, n. 66, 2018.

L'Abbate, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**. v. 8, n. 1, p. 194 – 219, 2012.

Lourau, R. **A análise institucional**. 2. ed. Ed. Vozes. Petrópolis, RJ, 1975, p. 15.

Lourau, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Ed. UERJ. Rio de Janeiro, 1993.

Lourau, R. **Análise institucional em tempo integral**. São Paulo, Ed. Hucitec, p.28, 2004.

Marques, D. et al. A enfermagem e o programa saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev Bras Enferm. Brasília**, v. 57, n. 4, p. 545 – 550, set/out, 2004.

Matumoto, S. et al. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 17, n. 01, p. 233 – 241, 2001.

Merhy, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

Merhy, E.E. et al. Novo olhar sobre a tecnologia de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino, A. C. S.; Gomberg, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristovão. Ed. UFS, 2009. p. 29-74.

Merhy, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco, T. B.; Merhy, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Ed Hucitec. São Paulo, 2013. p. 19-67.

Merhy, E. E. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Feuerwerker, L. C. M. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**. Ed. Hexis, Rio de Janeiro, 2016, p. 25-34.

Minayo, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Cap. 1 – O desafio da pesquisa social, p. 9-27. 29. ed. Petrópolis, RJ. Ed. Vozes, 2010.

Minayo, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo, Ed. Hucited. 2014.

Monceau, G. L'intervention socianalytique. *Pratique de Formation-Analyses Socianalyse et ethnociologie*. v. 32, p. 25 – 38, 1996.

Monceau, G. Como as instituições permeiam as práticas profissionais, socioclínica institucional e formação de professores. In: Pimenta, S. G.; Franco, M. A. S. **Pesquisa em saúde**: possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação, Ed. Loyola, 2008.

Passos, E. P. et al. Entrevista com Gilles Monceau. *Fractal Revista de Psicologia*, v. 20, n. 1, p. 309 – 318, jan/jun. 2008.

Pezzato, L. M.; L'abbate, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1297 – 1314, 2011.

Pezzato, L. M.; L'abbate, S.; Botazzo, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2095 – 2104, 2013.

Pinheiro, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. **Os sentidos da integralidade**. 8. ed. Ed. Cepesc. Rio de Janeiro, 2009, p. 69 – 115.

Puschel, V. A. A. Contexto Legal e Político do Ensino Superior de Enfermagem no Brasil. In: Oguisso, T.; Freitas, G. F. **História da Enfermagem**: Instituições & Práticas de Ensino e Assistência. Rio de Janeiro. Ed. Águia Dourada. 2015. Cap. 1, p. 3 – 29.

Rocha, M. L.; Aguiar, K. F. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 64 – 73, 2003.

Santos, D. S. et al. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

Schön, D. A. **Educando o profissional reflexivo, um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre (RS), Ed. Artmed, 2000.

Spagnol, C. A. et al. Reflexão sobre um dispositivo de análise da prática profissional e sua possível utilização na enfermagem. **Rev. Esc Enferm UDP**. n. 53, 2019.

Takemoto, M. L. S. et al. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331 – 340, fev. 2007.

Trindade, L. L.; Pires, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais de atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36 – 42, jan./mar. 2013.

.

DAS PRÁTICAS GERENCIAIS E DE GESTÃO ÀS PRÁTICAS CONTRA GERENCIAIS E NÃO GERENCIAIS EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM

Maristel Kasper
Cinira Magali Fortuna
Gilles Monceau

As práticas gerenciais e de gestão instituídas em saúde e em enfermagem

As ideias trazidas na discussão desse capítulo são reflexões que têm por objetivo interrogar os instituídos das práticas gerenciais e de gestão na saúde e na enfermagem brasileira (Almeida et al., 1994, Kawata et al., 2011, Fortuna et al., 2019) e ir ampliando-as, a partir das contribuições trazidas pelo referencial da Análise Institucional e da Socioclínica Institucional (Lourau, 2014, Monceau, 2013, Fortuna et al., 2017, Kasper et al., 2020).

A análise institucional é um dos referenciais integrantes do movimento institucionalista, construído a partir do Maio de 1968, na França. A dimensão política é central para a Análise Institucional, fazendo ruir a premissa da neutralidade, indicando que toda posição é política. O sociólogo francês René Lourau construiu em seus estudos um conceito de instituição que difere de organização e estabelecimento, sendo baseado na relação dialética entre instituído, instituinte e institucionalização (Lourau, 2014).

Nas organizações de saúde, o instituído das práticas de gestão aponta o secretário municipal de saúde como o responsável pela criação de uma dada política organizacional e o coordenador de unidade pela sua direção. As equipes de saúde nem sempre se sentem coautoras e partícipes do processo de gestão, consideram-se muitas vezes como executores de ações. É o que chamamos de heterogestão na análise institucional, trata-se de ser “gerido por outrem” (Lourau, 2014, p. 14).

A análise institucional “não esconde que é política, porém tampouco oculta que em sua ‘política’ está, como motriz, o conceito de autogestão” (Lourau, 1994, p. 13). Apoiar-se na autogestão a fim de interrogar os processos instituídos, normalmente baseados na hierarquização e centralização da tomada de decisão.

As práticas de gerenciamento são ações geralmente realizadas pelo gerente, que tem por missão promover a política organizacional entre as equipes. No caso das equipes de saúde, ao enfermeiro é frequentemente atribuída a função de liderança e/ou chefia, ficando responsável por garantir a direcionalidade da produção da equipe, levando em conta a política organizacional.

O enfermeiro é um dos poucos profissionais de saúde que durante sua formação profissional, conta com o desenvolvimento de conteúdos ligados à área de administração, do processo de trabalho e das teorias da administração. As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), que orientam a formação profissional do enfermeiro, trazem modificações importantes introduzindo os termos gestão, indicadores assistenciais e indicadores gerenciais que não estavam presentes nas DCNs anteriores, de 2001 (Brasil, 2018).

Atribuímos essas modificações ao processo de institucionalização da Nova Gestão Pública (NGP) nos campos da saúde e da educação, a partir da década de 1990. A NGP é uma ideologia de gestão anglo-saxônica que propõe novas ferramentas de gestão: a eficácia, a eficiência, o *accountability* (responsabilização), os indicadores, as metas, os resultados, a avaliação de desempenho, dentre outros (Kasper, 2022).

As práticas de gestão e gerenciamento em saúde e em enfermagem foram também fortemente influenciadas pelas teorias clássicas da administração, marcadas pela presença do funcionalismo, pelo consenso e pela ordem. Alguns princípios e conceitos dessas teorias, como as de Taylor, Fayol e Weber, ainda estão presentes: o planejamento substituindo o empirismo e a intuição; o uso de protocolos em busca da padronização das ações, de modo que pessoas diferentes executem o trabalho da mesma forma; o uso do controle para verificar se o que foi planejado está sendo executado; a disciplina na execução das tarefas; a hierarquização de autoridade; o caráter formal das comunicações; a impessoalidade nas relações, como por exemplo, o não envolvimento emocional com o usuário, paciente ou família; a valorização da competência técnica e a meritocracia, dentre outros.

As práticas gerenciais e de gestão em saúde e em enfermagem reproduzem um *modus operandi* de cisão entre o pensar e o fazer, com a presença da divisão técnica e social do trabalho entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, o que denota diferenças de poder, de salário, de posição na sociedade

e de conhecimento científico (Fortuna et al., 2019). O trabalho gerencial consiste em organizar o processo de trabalho de modo que as ações realizadas resultem na produção de saúde. Portanto, a saúde é o seu produto final, que possui características especiais: “Não armazenamos e nem somos capazes de mensurar a saúde embora, muitas vezes, confundamos a produção de procedimentos com a produção de saúde” (Fortuna et al., 2019, p. 352).

O enfermeiro é visto como gerente de equipes de saúde, pela presença de outros profissionais a serem gerenciados, da categoria de enfermagem. Mesmo na função de gerente, dificilmente o enfermeiro tem o poder de controle da agenda do médico. Historicamente, elevar o enfermeiro a categoria de gerente é uma forma de não subordinação ao poder médico, como também pode ser o fato de atribuir-se o termo Dr. ou Dra. ao enfermeiro.

Apegos a estereótipos parecem formas de superação da histórica subordinação deste profissional à medicina. Um estudo recente mostrou que a enfermagem visualiza nos protocolos, nas agendas estruturadas, na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), nas práticas avançadas e no alcance de metas e indicadores gerenciais (NGP), o reconhecimento social e salarial do seu trabalho (Kasper, 2022).

Discussões sobre o uso de uma linguagem própria para as práticas de enfermagem se iniciaram na década de 1950, intensificando-se a partir da década de 1970. A construção de classificações internacionais para as práticas de enfermagem ganhou ainda mais força na década de 1990, liderada pelas enfermeiras norte-americanas, que construíram classificações baseadas nos diagnósticos, nas intervenções e nos resultados: Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC). No Brasil, as classificações encontram-se amplamente institucionalizadas, sobretudo no contexto hospitalar.

A NGP, como novo modelo de gestão, coloca seu foco no uso de indicadores, de metas, de resultados e de desempenho, que passaram a ser incorporados nas práticas gerenciais e de gestão em enfermagem. Na década de 1990, o governo federal implantou o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP) a fim de induzir o desenvolvimento de ações econômicas e sociais, com foco na qualidade dos serviços (Mota; Melleiro; Tronchin, 2007).

Um estudo mostra que no início dos anos 2000, o termo “gerenciamento” era novo no trabalho da enfermagem, usado em substituição a palavra “administração”, sendo considerados termos sinônimos por diferentes autores (JORGE et al., 2007). Outro destaque era de que a palavra “gerenciamento” carregava o mesmo significado no Brasil e nos Estados Unidos (Leitão, 2001).

A construção de indicadores assistenciais, gerenciais e de gestão foi iniciada pelos serviços privados de saúde, que passaram a medir seu desempenho com base na produtividade e na criação de programas de avaliação da qualidade. Alguns indicadores utilizados no âmbito hospitalar foram: a incidência de úlcera por pressão; horas do enfermeiro em cuidados intensivos (relação de horas versus número de pacientes); taxa de absenteísmo da enfermagem; taxa de rotatividade de pessoal de enfermagem; acidentes de trabalho; índice de treinamento de pessoal (Mota et al., 2007).

O uso de indicadores de qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, surgiu em 2011, com a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Um dos indicadores de qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro era a média de atendimentos do enfermeiro, calculado a partir do número de atendimentos, dividido pelo número de pessoas cadastradas. Na APS, ele avaliava o atendimento do enfermeiro nas ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitavam de um acompanhamento contínuo (Brasil, 2012).

Desse modo, os indicadores conformam o que chamamos de “o instituído” das práticas gerenciais e de gestão em saúde e em enfermagem, cabendo-nos interrogar sua finalidade e a quem se dirigem: o que mesmo indicam esses indicadores dentro do contexto organizacional em que foram criados? Quais os limites de sua utilização na saúde? Quais os sentidos atribuídos à qualidade?

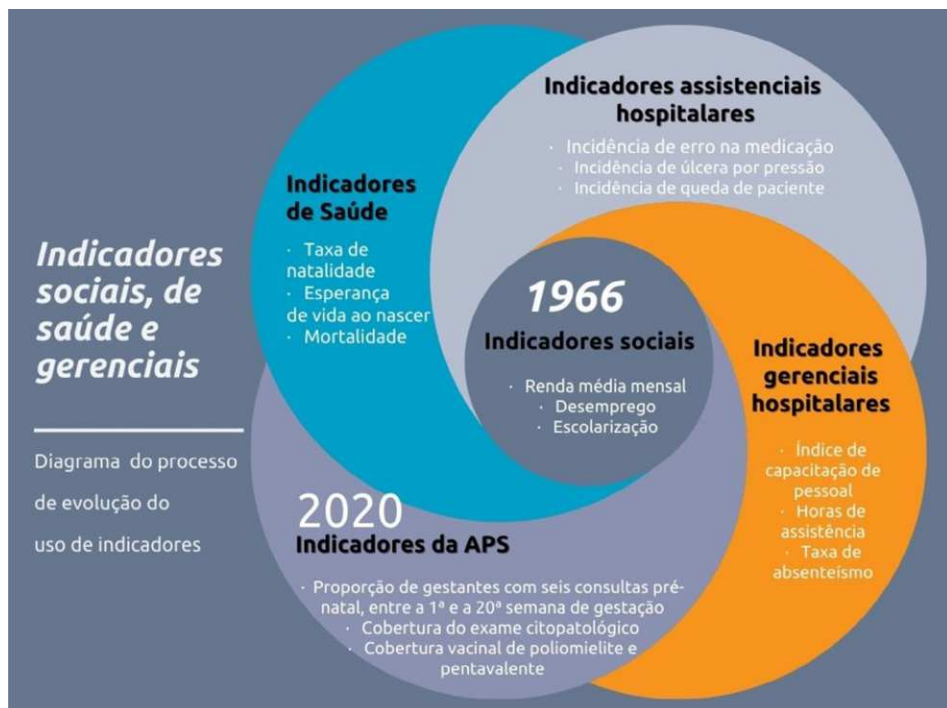
A análise da dimensão política que perpassa o uso de indicadores gerenciais e de gestão em saúde e em enfermagem torna-se necessária para a compreensão dos interesses políticos e econômicos que sustentam esse modo de gerir e produzir saúde na atualidade. Em nome da qualidade, os indicadores têm se demonstrado ferramentas ainda mais burocráticas, cuja principal função é avaliar serviços de saúde com vistas ao controle e redução de custos e do financiamento.

Os indicadores sociais, de saúde e gerenciais

Nas últimas duas décadas, o surgimento de novos termos no campo da saúde, como o alcance de indicadores, de metas e resultados passaram a introduzir uma nova conformação às práticas gerenciais e de gestão. Dos conhecidos indicadores sociais e de saúde (ou epidemiológicos), começamos também a utilizar o termo, indicadores gerenciais e de gestão em saúde.

O conceito de indicador teve sua origem na década de 1960, nos Estados Unidos, com a publicação dos livros *Social indicators* e *Toward a social report*. Nesse período, empreendeu-se um imenso esforço conceitual e metodológico para o desenvolvimento de instrumentos de mensuração do bem-estar e da mudança social, conduzido por instituições multilaterais como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Divisão de Estatística das Nações Unidas (UNSD). As obras representaram marcos importantes, inaugurando o chamado “movimento de indicadores sociais” (Jannuzzi, 2002).

Os Estados Unidos viviam em um contexto de crise social do modelo de Estado Keynesiano e do Estado de Bem-Estar Social. O momento foi marcado por fatos históricos importantes como, o assassinato do presidente Kennedy, a Guerra do Vietnã e os movimentos sociais protagonizados por negros, chicanos e porto-riquenhos (SANTAGADA, 1993). Os sociólogos norte-americanos ao analisarem os conflitos sociais, atribuíram disfunções ao sistema de Bem-Estar Social e, com base na teoria sociológica da modernização, criaram os conhecidos indicadores sociais. Baseados numa visão funcionalista, os indicadores são elementos de promoção ou afirmação do sistema, sem a alteração de sua estrutura (Santagada, 1993). O diagrama a seguir, exemplifica o processo de evolução do uso de indicadores:



Fonte: Elaborado pelos autores

O uso de indicadores, metas e resultados constituem transformações que estão interligadas a um conjunto amplo de reformas estruturais do Estado e dos serviços públicos, fazendo emergir um novo modelo de gestão, chamado Gerencialismo ou de NGP (Paula, 2014; Dasso Júnior, 2016; Bresser-Pereira, 2017). O indicador é uma ferramenta gerencial muito utilizada hoje pelas organizações de saúde e pelo Estado, a fim de direcionar o planejamento das ações e das políticas públicas.

Na obra *L'État inconscient*, René Lourau (1978) faz uma análise crítica ao emprego dos indicadores sociais e constrói a teoria dos analisadores sociais. O propósito do indicador é estabelecer critérios objetivos para a avaliação e o acompanhamento de políticas públicas e o desempenho do trabalho das equipes. Os indicadores constituem aspectos extraídos de um dado contexto e um de seus limites é o reducionismo, pois quantificam, objetivam e reduzem processos sociais mais amplos e complexos. Para o autor, os indicadores estão relacionados com a manutenção do instituído das instituições:

A instituição possui o poder de materializar em formas aparentemente neutras e universais, a serviço de todos, forças econômicas e políticas que nos dominam, fingindo nos ajudar e nos defender (...) A instituição possui o poder de nos objetivar, de nos coisificar em estatutos e papéis (Lourau, 1978, 2020, p. 242).

Se o indicador é um número que contempla determinados aspectos de um contexto, há outros aspectos que acabam sendo ignorados ou considerados menos relevantes. O que determina quais aspectos são mais ou menos importantes são as implicações econômicas, políticas, sociais, culturais de quem constrói os indicadores.

A discussão sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas não é recente (Lourau, 1978; Jannuzzi, 2002). Mesmo assim, ainda é a principal ferramenta de gestão, muitos municípios brasileiros vêm experimentando-os dentro de planos de metas, como é o caso de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul (Porto Alegre, 2020).

O Prometa é um Programa de Metas construído para o quadriênio de 2017-2020 e define metas a serem cumpridas por 16 diferentes áreas, dentre elas estabelece indicadores para a área da saúde, conforme disposto na imagem a seguir:

Nome do indicador	Órgão	2017		2018		2019		2020(Parcial)		Medida	Unidade de Medida	Meta 2019 Atingida	Meta 2020 (Parcial) Atingida
		Meta	Medido	Meta	Medido	Meta	Medido	Meta	Medido				
Assegurar o atendimento para 60% da população pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (Meta 1 - PROMETA)	SMS	52	49,85	55	61,34	58	61,27	60	62,66	Cobertura da população por Equipes de Saúde da Família	Percentual		
Reduzir a mortalidade infantil de 9,02 para 8,75 (Meta 2 - PROMETA)	SMS	9,02	8,99	8,95	9	8,85	*8,7	8,75	*6,80	Mortalidade Infantil	Índice		
Reduzir a mortalidade materna em 17% mantendo Porto Alegre entre as três melhores capitais do Brasil (Meta 3 - PROMETA) *	SMS	35,76	27,07	30,60	34,30	29,13	24,2	27,70	-	Óbitos femininos por causas maternas	Índice		
Aumentar a taxa de cura de casos novos de tuberculose de 52% para 79% (Meta 4 - PROMETA)	SMS	55	56	55	53	71	54,48	79	-	Taxa de cura dos novos casos de tuberculose	Percentual		
Disponibilizar 8 unidades de Atenção Primária à Saúde com atendimento até às 22h (Meta 5 - PROMETA)	SMS	2	2	4	3	6	4	8	8	Unidades de atenção primária à saúde com atendimento até às 22h	Número		
Aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde de 80% para 85%, reduzindo encaminhamentos para especialistas (Meta 6 - PROMETA)	SMS	81	82,06	81	84,50	84	84,80	85	89,00	Resolutividade dos serviços de Atenção Primária à Saúde	Percentual		

*O resultado 2019 e 2020(Parcial) foi atualizado durante a audiência Pública.

Fonte: Página da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (2021).

Ao analisarmos o indicador Redução da mortalidade materna (meta 3), vamos perceber que em 2017, a meta estipulada foi de 35,76 e a medida atingida foi

de 27,07, sendo considerada meta de gestão atingida. No entanto, ao realizarmos o cruzamento desse mesmo indicador com os dados do Relatório Anual de Morte Materna, verifica-se que ele não consegue demonstrar que a maioria das mortes foi de mulheres negras e indígenas, entre 20-35 anos e de baixa escolaridade (menos de sete anos) (Porto Alegre, 2018). Ou seja, houve redução de óbitos, mas as mulheres negras e indígenas foram as que continuaram morrendo.

Embora o indicador descrito acima demonstre evolução, ressaltam-se limitações importantes como principal ferramenta gerencial e de gestão em saúde, demonstrando que sua utilização contribui para a manutenção das estruturas e normas instituídas de uma sociedade, não se constituindo ferramenta que possa favorecer a elaboração de políticas públicas comprometidas com a transformação social.

Das práticas contragerenciais e não gerenciais em saúde e em enfermagem

No campo dos estudos organizacionais, na área da administração, o Gerencialismo também é dominante, onde a produção de práticas não gerenciais constituiu-se um contramovimento:

em uma conjuntura em que o discurso gerencialista é dominante e se expande para todas as esferas da vida humana associada, é importante construir conhecimento contra-hegemônico no próprio espaço em que o discurso gerencialista é produzido e reproduzido (Misoczky, 2010, p. 18-19).

Vemos atualmente a disseminação da NGP como um dos modelos de gestão dominantes nas práticas gerenciais em saúde e em enfermagem. Na Análise Institucional, práticas dominantes convivem com práticas contrárias, em processo de disputa e contestação. O contra é o instituinte, a negação, a força que interroga o instituído e o desacomoda. O movimento permanente de assimilação e acomodação do instituinte pelo instituído é a institucionalização (Lourau, 2014).

Os contramovimentos são forças que conduzem a tomada de forma das contra-instituições, fazendo emergir outros modos de gerenciar e gerir em saúde e enfermagem. A criação de práticas contragerenciais passa por existir e impôr-se contra as instituições oficiais (Lapassade; Lourau, 1972). Os autores afirmam que,

institucionalizar-se é adquirir uma forma material; é retornar ao que era negado pelas forças instituintes do grupo ou do movimento; é nutrir-se das formas e normas instituídas a fim de existir como instituição (...) é assim nos limites mais ou menos amplos do desempenho social nos momentos de crise tácita ou violenta que se introduzem as contra-instituições como alternativa ao sistema institucional existente, à ideologia dominante e às relações sociais impostas pelo modo de produção (Lapassade; Lourau, 1972).

As cooperativas de enfermagem poderiam ser consideradas contra-instituições, existentes há várias décadas no Brasil, que tiveram um grande crescimento na década de 1990, impulsionadas sobretudo, pelas crises financeiras e pela retração no mercado formal (Carvalho; Girardi; Girardi Júnior, 1999; Guimarães; Muzi; Mauro, 2004). Mas, o que se observa é que as cooperativas foram assimiladas pelo modelo de gestão instituído, a NGP. Um estudo evidencia que as cooperativas de enfermagem oferecem condições indignas de trabalho, assistência de pouca qualidade e baixa remuneração aos trabalhadores (Guimarães; Muzi; Mauro, 2004).

A análise institucional afirma que colocar em experimentação contra-instituições é partir de dentro do instituído e forçar uma ruptura:

sob a forma de contra-instituições “cobaias”, forçosamente isoladas do resto da sociedade ao passo que pretendem tudo resolver ao mesmo tempo, em pleno seio da sociedade contra a qual lutam, quando se trata não mais do socialismo utópico, mas do socialismo revolucionário, de suas organizações políticas, de seus sindicatos e de suas cooperativas de produção (Lapassade; Lourau, 1972, p. 157).

Outra contra-instituição criada foi a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), como um contraponto às classificações NANDA, NIC e NOC, a fim de disputar uma linguagem própria das práticas de enfermagem produzidas na atenção básica, no Brasil (Pereira et al., 1999). Atualmente, a classificação avança, há investigações que dão seguimento à produção de conhecimento, mas menor grau que as classificações internacionais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) já foi considerado uma contra-instituição, sua criação foi resultado de um movimento contra-hegemônico (Ciampone; Kurcgant, 2004) construído dentro da reforma sanitária brasileira. Depois de duas décadas de implantação, ele compõe o que chamamos de instituído, tendo como base os pressupostos de solidariedade e de participação social, em que a saúde é compreendida como direito de todos e dever do Estado.

Os pressupostos do SUS apresentam sentidos completamente diferentes da perspectiva gerencialista. No Gerencialismo a saúde é um bem de mercado que pode ser adquirida de forma individual, onde o serviço de saúde é conduzido como uma empresa privada. Estudiosos compreendem o Gerencialismo como sendo o modelo de gestão do Neoliberalismo (Paula, 2014; Dasso Júnior, 2016).

A partir das considerações expostas sobre as práticas contra-gerenciais, entendemos que o conceito de analisadores, pudesse fazer avançar contramovimentos e provocar a criação de contra-instituições, disparando análises mais amplas que pudessem refletir em mudanças estruturais na sociedade. Os analisadores gerenciais teriam por função revelar os processos instituídos nos modos de gerir e produzir saúde, que não estavam aparentes, colocando em movimento as forças instituintes e restabelecendo o poder de ação dos envolvidos.

Dos indicadores gerenciais aos analisadores gerenciais

Na década de 1970, René Lourau (1978) propôs a teoria dos analisadores sociais. O analisador é um evento, uma situação, um fenômeno, uma crise, uma pessoa, um objeto, que cristaliza as contradições institucionais, causa ruptura nos processos instituídos e produz análises. Na análise institucional, um analisador é o que permite revelar a estrutura da instituição, provocá-la e forçá-la a falar (Lourau, 2014). Dito de outra forma,

o analisador “desobjetiva”: ele desfaz os estatutos e os papéis, nos restitui a subjetividade (...) possui o poder de fixar nas normas as relações livres, vivas, interpessoais, tais como se constituem na vida cotidiana mais íntima, como nos movimentos sociais espontâneos (...) o analisador desinstitucionaliza, revela o instituinte sufocado sob o instituído e, ao fazê-lo, perturba o instituído (Lourau, 1978, 2020, p. 242).

O autor desenvolveu uma conceitualização de analisador social, mas não de analisador gerencial. Por isso, neste texto propomos discutir o uso do analisador gerencial junto ao gerenciamento e gestão de serviços de saúde, visto que ele gera crise nos processos gerenciais instituídos, coloca questões, inquieta e faz movimentar análises. Enquanto o indicador gerencial simplifica, o analisador gerencial complexifica. Se o indicador gerencial ignora determinados aspectos da realidade, o analisador gerencial inclui o maior número possível de aspectos na análise e abre passagem para o instituinte. Desse modo, há diferenças importantes entre indicadores e analisadores, o indicador registra medidas (aumento ou redução) e o analisador provoca reflexões.

Compreende-se por analisador gerencial as situações oriundas das tensões, dilemas e contradições institucionais, que revelam os instituídos das instituições. Retomando o exemplo do indicador gerencial de Porto Alegre, o indicador gerencial Redução da mortalidade materna pode ampliar-se para um analisador gerencial, quando ele revela que as mortes são mais frequentes em determinadas etnias, com menor escolaridade e piores condições socioeconômicas. O analisador gerencial ilumina as contradições institucionais, revelando os pontos que necessitam intervenção na realidade.

Agregar o uso de analisadores gerenciais talvez conduza a análises mais amplas e profundas sobre a morte materna, discutida na segunda parte deste capítulo, revelando suas inter-relações com o desemprego, com a pobreza, com o racismo estrutural, com a violência e com a baixa escolaridade. Há estudos que demonstram a relação da mortalidade materna com a forma de organização do trabalho em saúde, bem como a alta taxa de cesarianas e a forte intervenção médica no corpo feminino (Rattne; Moura, 2016; Barros et al., 2018; Silva, 2019).

Assim, pensar a morte materna a partir dos analisadores gerenciais, talvez favoreça a construção de políticas públicas específicas e coerentes com a transformação social, pois eles operam provocando as práticas gerenciais e de gestão instituídas e não a serviço delas. Os analisadores gerenciais irão revelar as contradições institucionais, as implicações ideológicas, libidinais e organizacionais e as relações de poder instituídas.

O analisador gerencial cumpre a função de provocar desequilíbrio no que chamamos de “sistema de produção” e levar ao deslocamento do centro para outros pontos desse sistema, favorecendo a produção em outras direções (Simondon, 2020).

Os analisadores gerenciais emergem dentro do contexto em que estão inseridos, são elementos que movimentam as discussões dos profissionais de saúde no cotidiano das práticas. Uma escala, uma agenda de trabalho, um fluxograma, um genograma, os protocolos, os formulários de acompanhamento dos usuários podem ser ferramentas gerenciais que demonstrem o grau de enquadramento ou de liberdade das equipes em gerir o próprio trabalho. A análise dessas ferramentas pode fazer emergir os analisadores gerenciais das práticas de gerenciamento e de gestão das equipes

Algumas questões podem auxiliar na identificação e construção dos analisadores gerenciais: há impasses na utilização de determinadas ferramentas gerenciais? Qual a origem das ferramentas gerenciais? As ferramentas utilizadas pela equipe fazem sentido no seu trabalho com os usuários? A equipe consegue produzir suas próprias ferramentas gerenciais? Há tensões entre a encomenda da gestão e as demandas do usuário? Há transgressões consideradas necessárias para garantir o cuidado de que o usuário demanda?

As questões discutidas no presente texto são reflexões e críticas que podem nos ajudar a pensar sobre os processos gerenciais e de gestão instituídos e talvez favorecer processos instituintes no campo da gestão em saúde e em enfermagem.

Referências

Almeida, M. C. P.; Fortuna, C. M.; Pereira, M. J. B.; Mishima, S. M.; Villa, T. C. S. A gerência na rede básica de saúde em Ribeirão Preto - um processo em construção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 47, n. 3, pp. 278-286, 1994. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671994000300009>.

Barros, F. C. et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. **BMJ Open**, v. 8, n. 8, p. e021538, 2018. doi: [10.1136/bmjopen-2018-021538](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021538).

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhora do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília. 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf. Acesso em: 15 mai. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018**. Recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847. Acesso em: 15 jun. 2022.

Bresser-Pereira, L. C. Reforma gerencial e legitimação do estado social. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 147-156, 2017. doi: [http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612166376](https://dx.doi.org/10.1590/0034-7612166376). Acesso em: 12 jun. 2022.

Carvalho, C. L.; Girardi, S. N.; Girardi Jr, J. B. **Formas Institucionais de Terceirização de Serviços em Hospitais da Região Sudeste do Brasil: Um Estudo Exploratório**. Brasília (DF): UnB. 1999. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2451.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

Ciampone, M. H. T.; Kurcgant, P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais, **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 4, p. 401-7, 2004. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a03.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

Dasso Júnior, A. E. **“Nova Gestão Pública” (NGP): a teoria de administração pública do estado ultraliberal**. S/1, XXIII Congresso Nacional CONPEDI, Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d05c25e6e6c5d489>. Acesso em: 15 jan. 2022.

Fortuna, C. M. et al. A Socioclínica institucional como referencial teórico e metodológico para pesquisas em enfermagem e saúde. **Texto Contexto-Enferm**, v. 26, n. 4, p. e2950017, 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002950017>. Acesso em: 15 jun. 2022.

Fortuna, C.; Matumoto, S.; Mishima, S. M.; Rodríguez, A. M. M.M. Enfermagem em Saúde Coletiva: desejos e práticas. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. Suppl 1, p. 336-40, 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0632>. Acesso em: 19 jun. 2022.

Guimarães, R. M.; Muzi, C. D.; Mauro, M. Y. C. Tendências modernas da gerência do trabalho da enfermagem: o caso das cooperativas. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 4, p. 472-474, 2004. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000400017>. Acesso em: 19 jun. 2022.

Jannuzzi, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6427/5011>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Jorge, M. S. B. et al. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004), **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 1, p. 81-6, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a15v60n1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Kasper, M.; Fortuna, C. M.; Braguetto, G. T.; Marcussi, T. C.; Feliciano, A. B.; L’abbate, S. A análise institucional na produção científica em saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v.5, p. e03587, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018046203587>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Kasper, M. S. **Repercussões da Nova Gestão Pública nas práticas de enfermeiros na atenção básica no Brasil e nos cuidados primários na França**. 2022. 342f. Tese (Doutorado em cotutela) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - Escola de Doutorado em Educação, Didática e Cognição, CY Cergy Paris Université, 2022. Acesso em: 05 mai. 2022.

Kawata, L. S.; Mishima, S. M.; Chirelli, M. Q.; Pereira, M. J. B.; Matumoto, S.; Fortuna, C. M. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 349-355, 2011. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200007>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Leitão, G. C. M. Reflexões sobre gerenciamento. **Texto e Contexto Enferm**, v. 10, n. 1, p. 104-5, 2001. Acesso em: 20 jun. 2022.

Lapassade, G.; Lourau, R. **Chaves da Sociologia**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira C. A. 1972.

Lourau, R. Dos indicadores sociais aos analisadores sociais. Tradução: Solange L’Abbate, Revisão: Yvone

Greis. **Mnemosine**, v. 16, n. 1, p. 232-246, 2020. (texto original publicado em 1978). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/52693>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Lourau, R. Des indicateurs sociaux aux analyseurs sociaux. Em Lourau, R. (Org.), *L'État inconscient* (p. 125 a 138). Paris: Les Éditions de Minuit, 1978.

Lourau, R. **A análise institucional**. 3. ed. Petrópolis, Vozes, 2014.

Lourau, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1993.

Mota, N. V. V. P.; Melleiro, M. M.; Tronchin, D. M. R. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. **RAS**, v. 9, n. 34, 2007. Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/constru%C3%A7%C3%A3o-de-indicadores-de-qualidade-de-enfermagem-relato-da-experi%C3%Aancia-do-programa-de>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Misoczky, M. C. Das práticas não-gerenciais de organizar a organização para a práxis da libertação. In: MISOCZKY, M. C.; FLORES, R. K.; & MORAES, J. (Orgs), **Organização e práxis libertadora**. Porto Alegre: Da casa, 2010. p. 13-56.

Monceau, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'Abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (Orgs.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 91-103.

Paula, A. P. P. **Por uma Nova Gestão Pública**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2014.

Pereira, M. J. B. et al. Grupo focal experiência na coleta de dados do projeto CIPESC - Brasil. In: **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.

Porto Alegre. Prometa. **Programa de Metas Porto Alegre 2017-2020. 2020**. Disponível em: http://lproweb.procompa.com.br/pmpa/prefpoa/smpeo/usu_doc/apresentacao_audiencia_publica-resultados_2019e2020-parcial-final.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

Porto Alegre. **Relatório Anual Comitê de Mortalidade Materna de Porto Alegre 2017**. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral das Políticas Públicas em Saúde. Saúde da Mulher. Agosto, 2018. Disponível em: http://lproweb.procompa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_mm2017final.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

Rattner, D.; Moura, E. C. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 1, p. 39-47, 2016. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>. Acesso em: 20 jun. 2022.

Santagada, S. Os indicadores sociais: contexto social e breve histórico. **Revistas Eletrônicas FEE**, v. 20, n. 4, p. 245-255, 1993. Disponível em: <https://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/issue/view/34>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SIMONDON, G. **A individuação à luz das noções de forma e de informação**. Tradução de Luís Eduardo Ponciano Aragon e Guilherme Ivo. São Paulo: Editora 34. 2020.

SILVA, S. S. **Institucionalização do nascimento por cesariana no Brasil e na França: componentes educativos e sanitários**. 2019. 340f. Tese (Doutorado em cotutela) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Escola de Doutorado Direito e Ciências Humanas, Université de Cergy-Pontoise.

O ENFERMEIRO APOIADOR E AS PRÁTICAS DE GESTÃO

Poliana Silva de Oliveira
Luana Mesquita
Cinira Magali Fortuna

Introdução

Neste capítulo, pretendemos problematizar a prática da Enfermagem na gestão e na função de apoiador (matricial e institucional) orientada pelo referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI). De origem francesa e apoiada nas Ciências Humanas e Sociais, Filosofia e Psicanálise, a AI tem sido tomada no Brasil como arcabouço teórico relevante para a análise de objetos da Saúde Coletiva (L'Abbate; Mourão; Pezzato, 2013), em uma articulação que reconhece a diversidade de práticas dos analistas institucionais.

Nos anos 2000, Gilles Monceau (2013) propôs a Socio-clínica Institucional a partir de uma releitura das práticas socio-analíticas, uma vertente de práticas institucionais que prevê intervenções de longa duração, nas quais há a possibilidade de criação e uso de dispositivos variados. Além disso, essa perspectiva inclui também a análise dos efeitos metodológicos, epistemológicos, éticos e políticos da aproximação ou imersão do pesquisador no campo de investigação (Fortuna et al., 2017).

Dentre os elementos que compõem a Socio-clínica, destacamos a análise da encomenda e demanda da pesquisa pelo pesquisador; o seu caráter participativo com a participação ativa dos sujeitos na abordagem sob modalidades variáveis; o trabalho dos analisadores dando acesso às questões que normalmente não se expressam; a análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; o trabalho das implicações primárias e secundárias e a atenção aos contextos e às interferências institucionais (Monceau, 2013; Fortuna et al., 2017).

Diante desse arcabouço teórico-metodológico, colocaremos em análise a prática da Enfermagem na gestão e sua função de apoiador (matricial e/ou institucional), tomando como base o relato de experiência de uma pesquisa socio-clínica realizada pela primeira autora deste texto, e que resultou na dissertação

intitulada “Experimentações no Apoio Matricial em saúde mental para crianças e adolescentes na atenção básica: a busca pela aprendizagem coletiva” (Oliveira, 2018), dialogando com outras produções relacionadas à temática do apoio realizado pelo enfermeiro.

Para esta análise, tivemos como embasamento a definição de Instituição defendida por Lourau (2014), entendida como um conjunto de regras permanentemente transformadas em um processo contínuo de contradições, para tratar das instituições Gestão e Enfermagem, de seu entrecruzamento, e de possíveis interferências institucionais na prática do enfermeiro apoiador.

Nesse sentido, destacamos o elemento socio-clínico referente à atenção aos contextos e às interferências institucionais nas quais os pesquisadores e outros participantes estão implicados (Monceau, 2013), pois evidencia as instituições que nos atravessam e suas interferências, ou seja, o choque das diferentes instituições presentes em nós e no campo de intervenção e de análise. Esses choques provocam ruídos e transformações no trabalho socio-clínico, produzindo resultados. São esses efeitos de produção de conhecimento que serão elucidados neste capítulo.

Enfermagem e gestão

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB-96) (Brasil, 1997), compreende a gerência em saúde como direção e planejamento em um estabelecimento de saúde. Já a gestão em saúde é concebida como direção, organização de um sistema de saúde e políticas públicas. Na Enfermagem, a dimensão gerencial é realizada pelo enfermeiro em um estabelecimento de saúde e nas relações ocorridas intra e intersetorialmente, ao passo que a gestão em Enfermagem é exercida na organização e na execução de políticas públicas e na articulação das redes de atenção à saúde.

A partir dessa diferenciação e do entendimento da Enfermagem enquanto instituição, com suas normas e “brechas”, consideramos diferentes lógicas da gerência e da gestão em Enfermagem como parte do instituído, daquilo que é tido como normalizado e, por vezes, cristalizado nas práticas do enfermeiro. Além disso, levamos em consideração também a dimensão instituinte, ou seja, os caminhos que abrem possibilidades de transformação de práticas.

Existem práticas instituídas na Enfermagem que se apoiam nos princípios da escola científica e clássica da administração, a partir do planejamento e do controle da execução de tarefas, do comando/da chefia de equipes, das relações hierarquizadas e verticalizadas, da divisão técnica do trabalho entre aqueles que planejam e aqueles que executam e da padronização da execução do trabalho (Spagnol, 2002).

Quando pensamos, por exemplo, na gerência em enfermagem, geralmente nos lembramos do enfermeiro que coordena a equipe de enfermagem, organiza/controla o processo de trabalho para a execução do cuidado. Este imaginário apresenta relação histórica, política e social com a origem e o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão (Spagnol, 2002). No entanto, a atuação do enfermeiro no campo da saúde coletiva, sobretudo nos serviços não hospitalares, exige gerência e gestão apoiadas em outros referenciais, com a produção de práticas dialógicas/horizontalizadas, o compartilhamento/a troca de saberes e poderes, voltada à produção de sujeitos (Spagnol, 2005).

Ferreira e Abrahão (2020), em um levantamento bibliográfico da literatura científica sobre o processo de gerência do cuidado em enfermagem, na Estratégia Saúde da Família (ESF), evidenciam a indissociabilidade entre gerência e cuidado, sendo necessária a atuação do enfermeiro como interlocutor e articulador das demandas dos usuários e do território com a equipe da ESF, possibilitando que o usuário seja colocado como centro da produção do cuidado.

Silva, Assis e Santos (2017), ao estudarem como a equipe de saúde, de enfermagem, os dirigentes e os usuários visualizam o trabalho do enfermeiro no gerenciamento do cuidado na ESF, apontaram o protagonismo do enfermeiro. No entanto, ainda se faz necessária uma maior integração com a equipe, com os usuários e outros atores sociais para um compartilhamento do gerenciamento do cuidado.

Ao mesmo tempo, essa padronização gerencial é incessantemente estimulada nos cenários de trabalho em saúde por forças que valorizam a proatividade no gerenciamento como potente para a liderança e o desempenho no cuidado (Ferreira; Dall'Agnol; Porto, 2016). Essas forças pressionam a construção de um modelo profissional que é esperado da Enfermagem, com o seguimento de normas e lógicas institucionais predominantes nas organizações empresariais, como o alcance de metas, a melhoria contínua de práticas e processos, muitas

vezes sem reflexão crítica, e a otimização de tempo e recursos atrelado ao desejo de realizar um trabalho de qualidade (Ferreira; Dall'Agnol; Porto, 2016).

As práticas de gestão fundamentadas na “racionalidade gerencial hegemônica”, termo criado por Campos (2007, 2010) e que se refere às teorias e aos métodos pautados na regulação do trabalho por meio do controle, da disciplina e da centralização de poder decisório receberam críticas significativas, por sua insuficiência na produção do cuidado em ato (trabalho vivo) e efetivação das políticas públicas de saúde (Merhy, 2014).

O trabalho em saúde é construído na diferença entre os sujeitos que a compõem, a partir da interação entre conhecimento e poder. Nesse sentido, a gestão de espaços coletivos de produção de saúde passa pela pactuação e pelo diálogo na elaboração de projetos comuns, na negociação de limites e na gestão de conflitos (Figueiredo; Campos, 2014).

Como alternativa à racionalidade gerencial hegemônica no campo da saúde, Campos (2007) defende um modo de gestão mais democrático, denominado cogestão ou gestão compartilhada. Esse método caracteriza-se, sobretudo, pelo incentivo às práticas de gestão participativas e compartilhadas, com produção coletiva de reflexões, análises, decisões e avaliações nos processos em saúde. Para a efetivação dos princípios da cogestão, são propostos arranjos metodológicos para o trabalho em saúde, o Apoio Matricial (AM) e o Apoio Institucional, elaborados a partir do Método Paidéia (Campos, 2014; Campos; Figueiredo; Pereira Júnior; Castro, 2014).

O Método Paidéia tem por objetivo interferir no contexto institucional e pretende colocar em ação a cogestão, ou a gestão democrática, por meio de ferramentas analíticas que apoiem a tomada de decisão e a ação coletiva sobre a realidade (Figueiredo; Campos, 2014). A aplicação metodológica do Método Paidéia foi instituída nas políticas públicas brasileiras pelas ferramentas do AM (nas relações interprofissionais) e institucional (na gestão das redes), principalmente para repensar e mobilizar a prática da humanização, da gestão descentralizada, e orientar a prática profissional na atenção básica e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Oliveira; Campos, 2015).

O AM teve início nos serviços de saúde no município de Campinas, nos anos 1990, como uma articulação entre equipes da atenção básica, especialmente em diálogo com os profissionais da saúde mental e em diferentes cenários de

cuidado, como no hospital, nos Centros de Referência para AIDS e na reabilitação. Esta metodologia pode ter base territorial, em que há profissionais que são referência de apoio em determinada área e para determinado número de equipes e profissionais, possibilitando a construção de vínculos e o cuidado longitudinal. Já o apoio institucional atua na promoção da cogestão, inclui funções de coordenação, de planejamento, de direção – que incentivam a interação, a análise coletiva e a ação participativa (Oliveira; Campos, 2015).

O trabalho do apoiador matricial ou institucional consiste em colaborar e estimular movimentos de análise diante de problemas identificados e, conseqüentemente, provocar movimentos críticos e de intervenção na realidade (Figueiredo; Campos, 2014). Pereira Júnior e Campos (2014), ao analisarem os documentos oficiais, as diretrizes nacionais, os cadernos de formação e as políticas ministeriais ressaltam a dupla perspectiva do apoiador institucional que, a partir do referencial da Análise Institucional, pode ser ao mesmo tempo agenciador da ampliação da capacidade de análise e da intervenção dos e nos coletivos.

A função de apoiador matricial e institucional é resultado do esforço de democratização de espaços de poder no SUS, além da construção de relações de poder mais horizontais. Contudo, o seu objetivo pode ser banalizado ao ser atravessado por elementos duros da gestão, que estão presentes tanto no imaginário quanto na prática da enfermagem, como o lugar de chefe e as normativas do rigor técnico, o planejamento e o controle (Spagnol, 2002; Borges et al., 2019). Por isso, Oliveira e Campos (2015) reforçam a importância de investigações que possibilitem revisitar a prática do apoiador, a fim de reconhecer o seu processo de institucionalização e resgatar o seu propósito e a sua função.

O enfermeiro apoiador

O profissional de enfermagem tem papel central na consolidação do SUS e do direito à saúde. Além do expressivo número de profissionais e desafios enfrentados na defesa de seus direitos, crescem os movimentos internacionais de valorização da criatividade e liderança da profissão, promovidos pela Organização Mundial da Saúde, o que reforça a visibilidade e o lugar de protagonista do enfermeiro no cuidado em saúde (Thumé; Fehn; Acioli; Fassa, 2018).

O enfermeiro frequentemente atua no papel gerencial em diversos contextos do SUS, por sua formação gestora, sua postura articuladora, o conhecimento que apresenta do território e o contato que possui com os usuários, sendo oportuno o desenvolvimento da função do AM ou institucional (Braga et al., 2020).

Guizardi, Lemos, Machado e Passeri (2018) destacam que o apoio institucional promove mudanças no sentido da democratização e na construção de relações intersubjetivas que questionam o poder vigente, principalmente nas relações entre unidade de saúde e gestão central municipal. Além disso, os autores explicam que alguns atributos podem ser construídos, como o senso de grupalidade, a alteridade, a criatividade e a reflexividade.

Oliveira (2018) realizou uma pesquisa Socioclínica utilizando o AM como dispositivo de aproximação/articulação entre equipes da ESF e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em relação ao cuidado à saúde mental infantojuvenil. A autora do estudo é enfermeira que atua em um CAPS Infantil e exerceu a função de apoiadora matricial, utilizando os princípios da Socio-clínica Institucional (Monceau, 2013) para forjar o dispositivo de AM.

De acordo com a AI, as pessoas são agentes das e nas instituições, pois colocam as instituições em movimento protagonizando práticas, evidenciando e anunciando as instituições às quais pertencem (Baremlitt, 2002). Assim, ao relatar a experiência de uma pesquisa, expor relatos de um diário, além de revelar algo “íntimo”, que se refere à pessoa, explicitamos também as instituições que atravessam o pesquisador e o ato de pesquisar (Borges; Silva, 2020). Esse atravessamento também ocorre nas práticas profissionais.

A encomenda (pedido oficial) da referida pesquisa (Oliveira, 2018) foi produzida a partir de demandas da pesquisadora (vivências, sonhos e frustrações enquanto mulher negra, usuária do SUS, enfermeira) e o seu desejo em contribuir para a articulação do campo de práticas da Saúde Mental e Atenção básica; da gestão municipal (2013-2016) e estadual (fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial); do programa de pós-graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (atuação do pesquisador-enfermeiro sobre o seu campo de trabalho, em um movimento de intervenção mútua entre atividade profissional e atividade de pesquisa). No entanto, durante o percurso do Mestrado, alterou-se a gestão municipal com as

eleições municipais de 2017 e o novo gestor em saúde não permitiu a realização da pesquisa no município. Dessa forma, foi necessária a proposição e a efetivação da pesquisa em outro município (Oliveira, 2018).

A análise de implicação mostrou-se um importante princípio socio-clínico para que a autora questionasse a sua postura enquanto apoiadora (Oliveira, 2018). No referencial teórico-metodológico da AI, a noção de implicação tem um lugar central, uma vez que questiona a neutralidade do pesquisador em imersão no campo de investigação. O pesquisador analisa as suas implicações, ou seja, o conjunto de relações afetivas, organizacionais e ideológicas que estabelece com e nas instituições (Lourau, 2014; Monceau, 2008). Para realizar a sua análise de implicação, Oliveira (2018) utilizou a escrita do diário de pesquisa; os espaços coletivos, como encontros do grupo de pesquisa do Núcleo de Pesquisa e Ensino em Saúde Coletiva (NUPESCO), e encontros com os participantes da pesquisa. O trecho abaixo exemplifica um momento de análise de implicação:

Apesar de não estar no momento da pesquisa em campo, penso em minha implicação na “criação” do projeto de pesquisa, na proposição do Apoio Matricial, nas expectativas que tenho sobre o trabalho do outro (no caso, as equipes de saúde da família), nas expectativas que tenho do trabalho em saúde mental. Falo do lugar de paciente, não de um serviço de saúde mental infantil, mas como usuária que fez acompanhamento psiquiátrico e psicológico, não pelo SUS, mas por um convênio médico. Percebi com isso a fragmentação no sistema; como as situações são complexas e envolvem tantas pessoas. Enfim, minha perspectiva de um SUS que tem seu compromisso ou profecia de “abraçar” a todos, um SUS que possa facilitar, minimizar a distância entre os pontos (usuários-serviços; serviços-serviços; usuários-famílias; serviços-famílias). Então, com estas questões, de certa forma, eu já modifico o meu campo de trabalho/pesquisa. (Diário de pesquisa – trecho de exposição de Análise de implicação ao grupo de pesquisa NUPESCO, julho de 2017).

Ao assumir sua não neutralidade em relação ao campo de atuação/pesquisa, a autora percebe que sua forma de ver o mundo, compreender o SUS e a sua experiência pessoal atuam sobre a proposição do projeto, inclusive a escolha da realização do AM. Seu incômodo e anseio, em relação à fragmentação do sistema, partia de seu lugar tanto de enfermeira quanto de usuária no campo de atenção à saúde mental. Como enfermeira, sentia a dificuldade de aproximação

com os outros setores da saúde, como os serviços de atenção básica, e percebia que essa aproximação, com uma comunicação mais efetiva, fazia-se necessária para uma melhor assistência ao usuário.

Seu lugar de enfermeira se conectava com seu lugar de mulher e negra. Tal fato influenciou a sua compreensão em relação às pessoas que necessitam de cuidado em saúde mental e a sociedade na qual estamos inseridos, conforme revela no relato a seguir:

Minha implicação como uma pessoa negra, atravessada por uma sociedade muitas vezes desigual em relação aos negros, e talvez por isso minha tão grande atração pelos “loucos”, minha vontade em dizer que os loucos não são diferentes e que têm direito a frequentar as unidades básicas de saúde, as crianças a frequentarem as escolas, os projetos esportivos, a vontade em dizer “*Somos diferentes, mas também somos todos iguais.*” (Diário de pesquisa – trecho de exposição de Análise de implicação ao grupo de pesquisa NUPESCO, julho de 2017).

Oliveira (2018) relata que o primeiro contato realizado com as equipes participantes da pesquisa ocorreu com as enfermeiras das unidades de atenção básica, onde elas eram consideradas como referência para as unidades de saúde. Esse fato denota a função gerencial da Enfermagem no estabelecimento, assim como afirmado por outros estudos que destacam o quanto o duplo papel gerente-assistencial que os enfermeiros assumem tem reflexos na prática de gestão da atenção e da formação em saúde na atenção básica, fortalecendo o cuidado fragmentado (Fernandes; Cordeiro; Rezende; Freitas, 2019; Barbiani; Dalla Nora; Schaefer, 2016).

A posição do enfermeiro como referência de um serviço, por vezes denominada de “chefia”, foi objeto de análise, conforme explicitado no relato abaixo:

[...] logo quando assumi o cargo de enfermeira, fui designada como coordenadora do Ambulatório de Saúde Mental, que se tornou o Caps infantil posteriormente. Eu era recém-formada, a mais nova da equipe e de repente me torno, como todos diziam “chefe”, sempre procurei ter atitudes de trabalhar em equipe, decidir coisas em equipe, mas quase nunca é possível agradar a todos e principalmente parte da equipe, que estava no ambulatório há mais tempo, e aparentemente entendia que eu lhes tinha tirado o seu lugar. (Diário de pesquisa – trecho de exposição de Análise de implicação ao grupo de pesquisa NUPESCO, julho de 2017).

O cargo de “chefe” designado à enfermagem manifesta uma disputa de poder. Na lógica instituída, o médico “tem” o poder sobre o usuário a partir da prescrição do tratamento medicamentoso, o psicólogo sobre a psique e o enfermeiro dá o tom sobre o funcionamento do serviço e a equipe (gerência). Esse poder é sempre relativo, o usuário também apresenta um poder, porém, e por vezes, é pouco valorizado.

Há o poder exercido também pelos gestores municipais, tendo influência direta sobre os processos de trabalho das equipes. O poder do gestor pode tanto impulsionar práticas instituintes pelos profissionais, inclusive pelo enfermeiro, como aprisioná-las:

[...] o administrador geral da saúde (gestor municipal) é o administrador do Hospital da cidade, há claramente uma perspectiva de um certo “controle”, devemos enviar planilhas diárias dos procedimentos que foram realizados na unidade, por exemplo, no CAPS infantil, quantas terapias individuais foram realizadas no dia, acolhimentos, terapias em grupo (...) no sentido de um controle do que os trabalhadores fazem, me lembra a questão do controle dos tempos e movimentos dos trabalhadores nas fábricas, como rege a administração científica. Devemos enviar todos os dias ao final da tarde ou início da manhã do dia posterior (na perspectiva do gestor, esta função deveria ser exercida pelo enfermeiro da unidade). Minha presença nas equipes (da atenção básica para realizar o AM) iria causar minha saída do CAPS infantil (por alguns períodos), talvez “atrapalhar” o andamento da unidade, meu serviço no CAPS, estas são algumas justificativas dadas (fazendo referência à gestão municipal que impediu a realização do AM (pela enfermeira). (Diário de pesquisa – trecho de exposição de Análise de implicação ao grupo de pesquisa NUPESCO, julho de 2017).

É importante esclarecer que, na perspectiva do gestor municipal – que também exercia a função de administrador do hospital do município –, o envio das planilhas e o controle da equipe de saúde (composta por profissionais de diversas categorias e não apenas da enfermagem) deveriam ser exercidos pelo enfermeiro. A função de gerenciar um serviço de saúde era vista pelo gestor como uma atribuição natural e esperada aos enfermeiros e nenhum tipo de valorização econômica/social para o desempenho dessa função era promovida. Legalmente, é

delegado ao enfermeiro a coordenação/o gerenciamento da equipe de enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 1986). Desta forma, gerenciar o serviço de saúde é uma função adicional que se tem atribuído ao enfermeiro, raramente com algum tipo de apoio e valorização.

O processo de institucionalização da Enfermagem é atravessado por aspectos do referencial gerencial hegemônico, como a organização e o controle dos meios e processos de trabalho, sobretudo em espaços hospitalares (Spagnol, 2002). Esse é, muitas vezes, o entendimento de profissionais da enfermagem e de alguns gestores públicos, o que pode prejudicar o desenvolvimento de outras atividades pelo enfermeiro, dentre elas o AM e institucional, uma vez que os principais desafios da continuidade do trabalho do apoiador se relacionam às constantes mudanças na gestão local, à reformulação da equipe de apoiadores e à falta de suporte interno, entre apoiadores (Bellini; Pio; Chirelli, 2016).

Conforme o relato acima, a gestão municipal representou um atravessamento à função do enfermeiro como apoiador, mantendo a reprodução da lógica instituída de cuidado fragmentado e do enfermeiro como aquele a realizar, unicamente, a organização e o controle dos processos de trabalho em um serviço de saúde.

Impedida de realizar o AM no município em que trabalhava, a enfermeira ofertou o projeto de pesquisa ao município onde reside e, dessa vez, o gestor acolheu a proposta e a pesquisa foi realizada. A pesquisadora viu-se diante de múltiplas implicações naquela realidade como exposto no relato abaixo:

[...] sei que preciso de pensar sobre os meus anseios e minhas posições, sou enfermeira do serviço de outro município e lá sinto claramente que a ESF tem potencialidades de articulação com o CAPS, como moradora deste município, em que realizo a pesquisa, percebo uma desarticulação entre os serviços, pois como usuários parece que ficamos perdidos no sistema, isto também percebo onde trabalho, preciso anunciar estes meus anseios, mas como fazer isto? Saio um pouco perdida do encontro de hoje, me pergunto: como ajudar esta equipe que me parece ter muito potencial, mas que parece estar se sentindo derrotada? Como incluir o cuidado à saúde mental infantil sem que isto fique como mais uma cobrança, uma tarefa? Como provar que eles têm potencialidades? Como não me sentir derrotada se nada disso der certo? (Diário de pesquisa, agosto de 2017).

Como verificado no relato do diário de pesquisa, a autora pretendia contribuir para o alcance da integralidade, tanto no âmbito do cuidado prestado ao usuário quanto na articulação entre os pontos da rede de atenção à saúde, fator que também auxilia as práticas de cuidado mais efetivas. Todavia, também apresentava questionamentos de como conduzir a execução do AM promovendo reflexões para a construção de ações de cuidado sem ser impositiva. Um elemento importante presente na implicação profissional dos enfermeiros na função apoio está relacionado à mobilização e ao compromisso destes profissionais com o trabalho em saúde no setor público e, mais especificamente, à sua militância em adotar o SUS enquanto política que busca orientar as práticas na produção de saúde (Salgado; Pena; Caldeira, 2014).

Os momentos de análises práticas, como o vivenciado pela enfermeira apoiadora matricial, podem contribuir no reconhecimento de seu papel. Um estudo realizado na região Nordeste, com enfermeiros que desenvolvem a função de apoiadores matriciais, evidenciou que eles reproduzem a lógica da gestão gerencial, centralizadora e hierarquizada para atender às demandas da gestão central, representada pelas secretarias e pelos distritos. Dessa forma, eles assumem o papel de fiscalizadores e controladores de resultados nas equipes da atenção básica (Lucena et al., 2014). De certa maneira, essas práticas os desviam de seu objetivo de promoção à cogestão.

No contexto do apoio institucional, Borges et al. (2019) explicam que, por meio da análise de implicação profissional, os profissionais de saúde podem reconhecer as fragilidades para o exercício do apoio, desde a sobrecarga de trabalho e sensação de não conseguir demonstrar, objetivamente, o trabalho realizado como apoiador até o incômodo diante da nomeação pelo gestor.

Nesse sentido, o enfermeiro, ao desempenhar a função de apoiador, pode atuar em favor da lógica instituída de gestão/gerência, como aquela que consegue manter a harmonia do local de trabalho e o controle/a aceitação dos trabalhadores em relação ao que é dito. Quando não há harmonia, é como se o enfermeiro falhasse como gerente e então tudo estaria fora de controle por sua culpa.

Essa forma de responsabilização por parte do profissional é atravessada pela perspectiva de gerencialismo da Nova Gestão Pública, em especial pelo pressuposto da responsabilização democrática, em que a responsabilidade pelo desempenho das equipes, pela inserção, pela efetividade e pela eficácia de novas

práticas fica a cargo unicamente do profissional. Nesse caso, há um acobertamento da influência e da responsabilização do Estado e da própria sociedade no estabelecimento das práticas em saúde e efetivação de políticas públicas (Behn, 2014). Percebemos, desta forma, a interferência institucional na função do enfermeiro como apoiador matricial, da Instituição Gestão, em sua dimensão instituída referente à racionalidade gerencial hegemônica (Campos, 2007, 2010).

Há contradições importantes na relação estabelecida enquanto chefe e enquanto apoiador. O termo apoiador, na perspectiva apresentada por Figueiredo e Campos (2014), remete-nos ao conceito de suporte, amparo, auxílio, mas também à noção de impulso para o movimento. O apoiador deve oferecer suporte à constituição do coletivo, facilitando a interação e a reflexão” (p. 933). As relações entre as diversas profissões que compõem uma equipe são atravessadas pelo poder (Cardoso, 2014), em que cada profissão apresenta um núcleo de saber e atuação em específico. Portanto, um núcleo onde exerce certo poder.

Contudo, há um campo prático composto de todos os núcleos de saberes e seu entrecruzamento (Campos, 2000), em que ocorre também uma disputa de poder. Nesse sentido, a lógica de detenção do poder sobre os processos de trabalho, representada pela figura do chefe, entra em disputa com a lógica instituinte de compartilhamento de poder da enfermagem na função apoiador.

A pesquisa-intervenção realizada no estudo de Oliveira (2018) atuou como uma “brecha” para o desenvolvimento da função de enfermeira-apoiadora. A análise de trechos do diário de pesquisa, escritos no momento da exploração de campo, aponta os limites para a análise dos efeitos da prática da enfermeira-apoiadora na realidade estudada. No entanto, os princípios da Socio-clínica serviram como balizas para a profissional na condução do AM, possibilitando uma prática conectada à cogestão.

Além disso, reforçamos que a prática do apoio institucional na atenção básica deve ser acompanhada de momentos reflexivos, com dedicação de tempo e agenda aos processos formativos de educação permanente em saúde, para que os apoiadores matriciais e institucionais possam reconhecer e questionar a sua prática e retomar os objetivos centrais de sua função (Bellini; Pio; Chirelli, 2016). A Socio-clínica como referencial para pesquisas em enfermagem tem se mostrado potente para a produção de práticas e saberes na enfermagem, a partir de lógicas relacionais mais coletivas e democráticas (Fortuna et al., 2017).

Considerações finais

A gestão em saúde na perspectiva da democratização de saberes e poderes orienta-se pelo princípio da cogestão. O apoio matricial e institucional objetivam a mudança dos modelos de atenção, gestão de serviços e sistemas de saúde. Sendo assim, a Enfermagem tem experimentado a função de apoio em diferentes cenários do SUS. Essa prática tem se mostrado capturada por modelos de gestão tecnicistas pautados na racionalidade gerencial e na responsabilização, que os afastam da integralidade do cuidado. Além das interferências institucionais com a gestão, a função do apoiador, desenvolvida pelo enfermeiro, pode abrir brechas por meio de dispositivos socio-clínicos, como a análise de implicação profissional, revelando e sendo potencialmente causador de transformações para a prática da Enfermagem na função apoio, no sentido de possibilitar questionamentos às práticas instituídas e abrir espaço para a produção de novas formas de atuar na gestão, de forma colaborativa, com o usuário no centro do cuidado.

Referências

- Barbiani, R.; Dalla Nora, C. R.; Schaefer, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2721, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>. Acesso em: 19 set. 2023.
- Baremblyt, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.
- Behn, R. D. O novo paradigma da gestão pública e a busca da accountability democrática. **Revista Do Serviço Público**, v. 49, n. 4, p. 5-45, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v49i4.399>. Acesso em: 19 set. 2023.
- Bellini, M.; Pio, D. A. M.; Chirelli, M. Q. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, 23-33, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080002>. Acesso em: 19 set. 2023.
- Borges, F. A.; Silva, A.; Nishwaki, R. O diário de pesquisa como instrumento de acompanhamento da aprendizagem e de análise de implicação do estudante/pesquisador. **Interface (Botucatu)**, v. 24, e190869, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190869>. Acesso em: 19 set. 2023.
- Borges, F. A. et al. Analysis of professional implication as a tool of permanent education in health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3189, 2019. Disponível em: [doi: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3114.3189](http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3114.3189). Acesso em: 19 set. 2023.
- Braga, F. S. et al. Meios de trabalho do enfermeiro na articulação da rede de atenção psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41 (spe), e20190160, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190160>. Acesso em: 19 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

Campos, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão**. São Paulo: Hucitec, 2010.

Campos, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

Campos, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paidéia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface: Comunicação, Saúde Educação**, v. 18 (supl 1), 983-95, 2014.

Campos, G. W. S.; Domitti, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 19 set. 2023.

Cardoso, A. C. C. A organização do trabalho em equipe nos serviços de saúde, uma reflexão sobre as relações de hierarquia e poder entre profissionais. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 2, p. 98-103, 2014. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/496/336>. Acesso em: 19 set. 2023.

Conselho Federal de Enfermagem. Legislação Instituidora do Sistema – **Lei 7.498/86, 1986**. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4161>. Acesso em: 02 nov. 2020.

Fernandes, J. C. et al. Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde em Debate [online]**, v. 43 (spe6), p. 22-35, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S602>. Acesso em: 19 set. 2023.

Ferreira, G. E. et al. Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: Percepções de enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, e20160057, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160057>. Acesso em: 19 set. 2023.

Ferreira, A. S.; Abrahão, A. L. Gerência do Cuidado em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: Revisão Sistemática. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, p. 01-18, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3087>. Acesso em: 19 set. 2023.

Figueiredo, M. D.; Campos, G. W. S. O apoio Paidéia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18(Suppl. 1), p. 931-943, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0323>. Acesso em: 19 set. 2023.

Fortuna, C. M. et al. A socio-clínica institucional como referencial teórico e metodológico para a pesquisa em enfermagem e saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 4, e2950017, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002950017>. Acesso em: 19 set. 2023.

Guizardi, F. L. et al. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, e280421, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280421>. Acesso em: 19 set. 2023.

L'Abbate, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs). (2013). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

Lourau, R. Uma apresentação da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (Org). **René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 128-139.

Lourau, R. **A análise institucional**. Tradução de Mariano Ferreira. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

Lucena, K. D. T. et al. Desvelando as funções do enfermeiro no apoio à estratégia saúde da família. **Revista de Enfermeria UFPE on-line**, v. 8, n. 7, p. 2069-2075, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9885>. Acesso em: 19 set. 2023.

Merhy, E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

Monceau, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008. Disponível em: doi: 10.1590/S1984-02922008000100007. Acesso em: 19 set. 2023.

Monceau, G. A socio-clínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'Abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (Orgs). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 91-103.

Oliveira, P. S. **Experimentações no apoio matricial em saúde mental para crianças e adolescentes na atenção básica**: a busca pela aprendizagem coletiva. 2018. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Oliveira, M. M.; Campos, G. W. Sousa. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>. Acesso em: 19 set. 2023.

Pereira Júnior, N.; Campos, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface: Comunicação, Saúde Educação*, 18 (Supl 1), 895-908, 2014. doi: 10.1590/1807-57622013.0424. Acesso em: 19 set. 2023.

Spagnol, C. A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Revista Gaúcha Enferm**, v. 23, n. 1, p. 114-131, 2002. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4405/2342>. Acesso em: 19 set. 2023.

Spagnol, C. A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 119-127, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a13v10n1.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

Silva, S. S.; Assis, M. M. A.; Santos, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, p. 01-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>. Acesso em: 19 set. 2023.

Salgado, A. C. S.; Pena, R. S.; Caldeira, L. W. D. Apoio institucional e militância no Sistema Único de Saúde (SUS): refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18 (Suppl. 1), p. 909-918, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0221>. Acesso em: 19 set. 2023.

Thumé, E. et al. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [on-line]. 42 (n. spe1), p. 275-288, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369009019>. Acesso em: 19 set. 2023.

OS ATRAVESSAMENTOS E ENTRELAÇAMENTOS DA GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA: UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Lia Bissoli Malaman
Tatiana Loiola
Solange L'Abbate

No contexto atual da saúde, vem ocorrendo diversas mudanças nos cenários de cuidado do profissional de enfermagem, especialmente do enfermeiro, o que reflete nas transformações das práticas profissionais. As práticas profissionais vêm se tornando dinâmicas e fortemente influenciadas pelas mudanças que ocorrem na sociedade contemporânea, não somente na enfermagem, mas em outros campos do saber. As situações cotidianas exigem respostas rápidas deste profissional voltadas às questões não só das práticas do cuidado como também da gestão dos serviços e da equipe sob sua responsabilidade.

Os profissionais se deparam continuamente com normas institucionais, burocracias e demandas administrativas que afastam cada vez mais este profissional do cuidado e da assistência direta ao paciente, seja no âmbito hospitalar ou no âmbito da atenção básica.

Rosa (2020) e Dall'Orta (2020) relatam esta dificuldade na atenção primária, gerando sofrimento e perda da essência do trabalho em saúde, que é o cuidado, na atuação cotidiana. Santos et al. (2022) nos mostra dificuldade existente na enfermagem em delegar funções e compartilhar a tomada de decisão, ou seja, adotar a gestão compartilhada como estratégia de implementação de ações, o que denota que o equilíbrio entre as funções administrativas e de assistência direta com o paciente é um grande desafio para a enfermagem.

Já na atuação da enfermagem no ambiente hospitalar, Chaves (2022) aponta as dificuldades existentes nas práticas profissionais dos enfermeiros gestores desse tipo de cuidado, onde os analisadores *tempo* e *cobrança*, apontam que o grande volume de tarefas atribuídas ao enfermeiro somados ao dimensionamento de

pessoal inadequado, interferem significativamente na assistência de enfermagem. O autor justifica ainda que, a deficiência no processo formativo dificulta o planejamento das atividades.

No processo de trabalho da enfermagem, as instituições denominadas gestão e assistência à saúde se constituem e se constroem num processo contínuo de transformação que se dá entre as duas instituições, de modo que os conceitos da Análise Institucional (AI) podem facilitar os reconhecimentos na produção do cuidado.

Compreendendo o cenário de prática da enfermagem, o texto busca, com o aporte e conceitos da Análise Institucional, refletir e analisar os atravessamentos e entrelaçamentos das instituições gestão e assistência.

Enfermagem e as dimensões do cuidado

Toda a prática profissional está intimamente relacionada a uma prática social e, no caso da enfermagem, vai incluir as maneiras de se relacionar com os demais membros da equipe e com as outras profissões deste campo. A reflexão sobre essas relações é capaz de produzir nos trabalhadores valores e sentidos sobre as práticas profissionais (Malaman, 2021).

Desde a institucionalização da enfermagem por Florence Nightingale, a prática do cuidado requer um treinamento organizado e científico porém, àquela época, estava limitada às normativas existentes nos hospitais e que estabeleciam normas de condutas aos profissionais de enfermagem determinadas pelas características dos indivíduos que prestavam assistência nessas instituições, vinculados a associações, geralmente religiosas, com o objetivo de servir ao próximo, por amor a Deus (Costa et al., 2009).

O trabalho na enfermagem, é organizado de maneira fragmentada, demonstrando a sua característica taylorista, porém é possível encontrar diferenciações, com maior ou menor aproximação, com um trabalho cooperativo, mais criativo e menos alienado (Pereira; Lima, 2009). Ao analisar a enfermagem como uma prática social e articulada com as demais práticas, compreende-se que ela faz parte de um processo coletivo de trabalho com a finalidade de produzir ações de saúde dentro das especificidades do seu campo de saber. No setor da saúde e no contexto político-social, a produção

do cuidado em saúde é voltada para os indivíduos e resumem a sua prática em dimensões assistencial e gerencial (Mendes, 2022).

Na realidade, qualquer processo organizativo inclui os componentes da divisão do trabalho, hierarquia decisória e deliberativa, portanto, a existência de hierarquias e gerências, não implica necessariamente na diferença de poder e sim apenas a uma certa especialização, como dispositivos de tomadas de decisões coletivas (Barembliitt, 2002).

Campagnoli et al. (2017) nos mostra que, quando a enfermagem compreende a dimensão das práticas de saúde ela se responsabiliza mais efetivamente pela produção do cuidado de enfermagem e conseqüentemente a melhora a produção do cuidado na rede de atenção básica. Afirma ainda que, é inevitável a revisão das práticas da enfermagem, para que ela atue de maneira integral, resolutiva e centrada no usuário, levando em conta as suas singularidades e respeitando a autonomia do sujeito que necessita de cuidados.

Para Campos (2000) e Merhy (1999), a gestão e a assistência à saúde atravessam e se entrelaçam. Há várias instituições em ato, que nem sempre vão de encontro com as necessidades dos usuários e sim tem seus efeitos e ações sobre os profissionais que compõem as equipes. Assim, o gerir e o produzir o cuidado são atravessados por interesses políticos e econômicos, que criam regras e normas para o exercício profissional, mas impedem ou dificultam o trabalho da equipe multiprofissional (Abrahão, 2013). Ao longo da multiplicidade de encontros e relações subjetivas no processo de gerir, gerar, assistir e cuidar, não se trata de estabelecer hierarquias entre o que é desenvolvido na gestão e na assistência, tampouco em encontrar espaços de oposição, mas de reconhecer um único processo na produção do trabalho vivo na saúde, onde a gestão e o cuidado podem ser experimentados como ferramentas capazes de aprofundar e formular os questionamentos necessários sobre o cotidiano dos serviços e a potência de vida no seu processo de produção (Abrahão, 2019).

Com a utilização da análise institucional em ato espera-se ser possível reconhecer as diversas instituições existentes na prática profissional da enfermagem e que dão sentido à produção do cuidado.

A análise institucional como aporte de análise

O aporte da AI instrumentaliza o profissional para análise mais complexa nas intervenções e auxilia na visualização das formas e modos que operam nas práticas sociais, como uma prática de saúde. De modo que permite encontrar significância dos produtos/objetos com ênfase na construção, movimentação e transformação na perspectiva econômica, política, social e cultural do qual estão inseridos (Gurgel Júnior, Jorge, 2022).

A AI parte das práticas e discursos dos sujeitos para melhor entendimento dos contextos social e organizacional. Adota uma forma de operar a partir do conceito dialético de instituição, e pela composição de conceitos relevantes para visualização das práticas como encomenda/demanda, transversalidade, analisador e implicação (Lourau, 2014).

O surgimento da AI na França, nos anos de 1960, foi marcado por grandes insatisfações por parte de estudantes, trabalhadores, famílias e sociedades em geral em relação a algumas organizações como universidade, empresa, escola e política, respectivamente. Todo este movimento resultou nos acontecimentos de maio de 1968, que acrescentaram as críticas aos atendimentos nos hospitais, psiquiátricos inclusive, bem como os sindicatos tradicionais (Lourau, 2014)

Em tese defendida em 1969, o sociólogo francês René Lourau publicou, em 1970, o livro *A Análise Institucional*. Que propõe um conceito de instituição dinâmico, diferente de organização e/ou estabelecimento, com abordagens imateriais que parte dos conceitos de instituído, instituinte e institucionalização (Lourau, 2014; L'Abbate, 2013).

Gurgel Júnior e Jorge (2022) compreendem a institucionalização como projeto em construção e a instituição como algo inacabado, com um enredo dialético entre instituinte e instituído. O instituinte é visto com uma relação de força permanente, na singularidade da resistência e no poder de gerar novas vertentes, não podendo ser analisado a partir do resultado das forças em relação ao instituído. Ao redor do instituído, se visualiza o espaço instituinte, que não é previsível e ambíguo. Desta maneira, a instituição é compreendida como um processo em movimento e inovador, que pode ser ao contrário do processo instituído. No seio da instituição o instituinte sobrevive através da sua gênese transformadora.

Alguns arranjos se apresentam como mecanismos instituintes para tentar romper a lógica instituída de verticalização das ações de gestão em saúde. Os arranjos da co-gestão e gestão compartilhada podem se apresentar como mecanismos instituintes das ações gestoras executadas pela equipe de saúde.

O universo histórico-social e cultural da sociedade no âmbito da instituição saúde, e especificamente da instituição enfermagem, é atravessado por longa trajetória de mudanças até os dias atuais. A enfermagem é uma profissão que se encontra presente em todas as estruturas dos sistemas organizacionais de saúde e que sofre interferências no fazer e na prática por inúmeros fatores externos que modificam a instituição ao longo do tempo no processo de trabalho. No sistema de saúde a enfermagem na atenção primária é atravessada pela atenção hospitalar, assim como diversas outras instituições atravessam. Assim, como observa vários conflitos com diversas ordens e com capacidade baixa de enfrentamento, e pouco movimento avaliativo e de análise da gestão e da assistência na rotina dos serviços e na prática dos profissionais.

Qualquer acontecimento ou arranjo construído pode ser capaz de fazer eclodir as funções e normativas objetificadas, que estão presentes nas estruturas da organização e nas relações de trabalho e que, torna inevitável e urgente que os sujeitos possam se analisar diante das instituições, dimensionando suas implicações e desvelando os acontecimentos e objetos que são denominadas na análise institucional como analisadores (Dobies, 2022). Lourau menciona que, os analisadores como acontecimentos

fazer surgir, com mais força, uma análise, que faça aparecer, de um só golpe, a instituição invisível (Lourau, 1993, p. 35).

No processo de trabalho, na atenção à saúde, a sobrecarga da enfermagem é compreendido como um analisador, pois submerge as condições de trabalho, o funcionamento das equipes e as classificações referentes às atividades técnicas e social do profissional, sob a ótica da Análise Institucional (Santos et al., 2022).

Para L'Abbate (2003, p. 270),

o papel do analisador é o de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava, de certa forma, organizado, de dar sentido diferente a fatos já conhecidos.

A análise institucional contribui, dessa forma, por meio das análises críticas acerca dos contextos micropolíticos e, por um movimento corrente pautado em processos reflexivos que são desencadeadores de momentos de análise das relações que estes profissionais estabelecem com a sua profissão, compreendidos nas transformações macropolíticas (Santos et al., 2022).

Padilha et al., (2018) expõe a necessidade de conexão entre gestão, assistência e educação e faz a crítica que, as dimensões organizacionais articulam-se diretamente com as dimensões ideológicas e libidinais no exercício da assistência de enfermagem. A análise de implicação das atividades exercidas pelos profissionais pode levar a instituição de enfermagem a repensar e encontrar outros meios para o desenvolvimento de suas ações, assim como analisar os mecanismos que direcionam a gestão e a assistência à saúde no processo de trabalho, uma vez que a falta de vínculo com os usuários, é quase sempre evidenciadas pela falta de apoio da gestão e a ausência de um trabalho em rede.

Implicações da prática profissional da gestão e da assistência em enfermagem

Campagnoli et al. (2017) considera importante que o profissional reflita sobre suas implicações e sobre sua prática profissional, pois muitas vezes está envolvido por diversas instituições. O processo de análise evita que sua prática profissional se torne rotineira, naturalizada e gere insatisfação. É a análise das implicações que poderá possibilitar formas de atuação mais criativas e pertinentes para cada momento singular da sua prática profissional.

Monceau nos mostra que analisar a implicação profissional é analisar também as nossas relações profissionais:

o sujeito estabelece com a profissão (pensada como instituição com sua dinâmica própria) a qual ele pertence, e com as outras instituições nas quais, ou em ligação às quais, ele exerce sua profissão (Monceau, 2015, p. 198).

Abraão (2013) também aponta que a implicação não é uma decisão consciente e independe da vontade do indivíduo, pois, envolve uma análise do lugar que se ocupa, daquele que se almeja ocupar e do que lhe é designado ocupar

enquanto gestor e trabalhador, com todos os desafios que isso acarreta. A negação da neutralidade constitui um ponto importante para romper as barreiras entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido, dado que estamos sempre implicados com a instituição e com a tarefa desenvolvida. Para Monceau (2008) a análise das implicações é o movimento de olhar para si próprio, olhar para quais instituições “estão falando por nós” e é, necessariamente, um trabalho coletivo.

No campo do cuidado, o profissional de enfermagem precisa se valer dos conceitos da AI, para analisar continuamente a sua prática, que se transforma dia a dia e que reflete no modo como este constrói o seu processo de cuidar de forma individual e coletivamente.

Considerações finais

Diante dos atravessamentos e entrelaçamentos presentes na prática do profissional de enfermagem, considera a necessidade de repensar os rumos da Enfermagem no sistema de saúde, com ênfase na formação, nas atribuições delegadas a essa categoria, bom com as condições de trabalho deste profissional. Essas reflexões podem contribuir para a valorização da categoria profissional e também para a qualificação do trabalho prestado à saúde da população (Silva; Machado, 2020).

Todo este movimento de gestão e protagonismo dos trabalhadores evidenciam-se em diferentes arranjos subjetivos e processos de resignificação que ocorrem tanto entre eles como em relações com outras forças. Destacamos a importância de se analisar o movimento vivido pela enfermagem no conjunto de atividades que desempenha nas instituições, na dinâmica daquilo que está instituído e passa pelo movimento instituinte, e também a institucionalização desse processo, pois isso envolve e reivindica necessariamente a análise das implicações dos profissionais, possibilitando a identificação de elementos presentes na prática cotidiana de saúde, que podem se apresentar como barreiras e tensões constitutivas do viver, produzidas no ato de gerir e cuidar em saúde.

A AI traz contribuições importantes para transformação da prática profissional, nas reflexões e análises do dia a dia, nas modificações das ações do cotidiano de forma individual e/ou coletiva o que suscita a construção de novas estratégias, que poderão ser aplicadas em situações e acontecimentos futuros. De forma que se torna inevitável

a prática de análise das implicações, pois este profissional está envolvido com o serviço a partir também dos seus pertencimentos às diversas instituições.

Acreditamos que seja necessária a valorização profissional, que poderá ser alcançada através de mudanças no modo de operar na prática de saúde na gestão e assistência, buscando continuamente a qualificação e a inovação do ser e fazer profissional. Através da utilização dos conceitos da AI a prática profissional da enfermagem poderá se tornar mais efetiva, integral, resolutive e produzindo mais autonomia aos sujeitos, para que a prática seja centrada no usuário e considere sua singularidade e autonomia àqueles que necessitam de cuidados.

Referências

- Abrahão, A. L. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da Análise Institucional: Relação entre gestão e subjetividade nas equipes de saúde. *In: L'Abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (org.). Análise institucional e Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 31-88.
- Abrahão, A. L.; Souza, A. C.; Franco, T. B.; Gomes, M. P. C. Políticas do cotidiano: a gestão na atenção básica. *Saúde em Debate* [online], v. 43, n. spe6, p. 04-09, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S600>. Acesso em: 02 fev. 2023.
- Baremblyt, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari (Biblioteca Instituto Félix Guattari; 2), 2002.
- Campos, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Campagnoli, M. et al. A. Análise Institucional das Práticas de Enfermagem: Uma Experiência na Atenção Básica. *Diversitates Int J*. v. 09, n. 2, p. 25-43, 2017.
- Chaves, B. R. Análise das práticas profissionais dos gestores de enfermagem relacionadas à segurança e saúde do trabalhador. **Dissertação Mestrado**. Belo Horizonte: 2022. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
- Costa, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, pág. 661-669, dezembro de 2009. DOI: 10.1590/S0104-07072009000400007. Disponível em: SciELO - Brasil - O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. Acesso em: 20 nov. 2021.
- Dall'ora, C. et al. Burnout na enfermagem: uma revisão teórica. **Saúde dos Recursos Humanos**. V. 18, n. 1. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32503559/>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- Dóbiés, D. V. Em busca de agentes inquietantes para os coletivos: uma revisão conceitual articulada à Análise Institucional. **Mnemosine** [Internet], v. 18, n. 1, p. 214-239. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/66396/41730>. Acesso em : 14 mar. 2021.
- Gurgel Junior, F. F.; Jorge, M. S. B. Análise institucional no contexto da Saúde Coletiva, no âmbito da Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo. *SciELO Preprints*, 2022. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.4838. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4838>. Acesso em: 09 fev. 2023.

L'Abbate, S. A Análise Institucional e a Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, 2003, p. 265-274. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 fev. 2021.

Labbate, S. Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In: L'abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (org.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2013. p.31-88.

Lourau, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

Lourau, R. **A Análise institucional**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.

Malaman, L. B.; Spagnol, C. A.; Dobies; D. L'abbate, S. Gestão em Saúde e as Implicações do Secretário Municipal de Saúde no SUS: Uma abordagem a partir da Análise Institucional. **Revista Physis**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310408>. Acesso em: 04 fev. 2023.

Mendes, M. et al. de. Força de trabalho de enfermagem: cenário e tendências. **Revista de Enfermagem da UFSM, [S. l.]**, v. 12, p. e11, 2022. DOI: 10.5902/2179769267928. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/67928>. Acesso em: 04 fev. 2023.

Merhy, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, 1999, p. 305-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>. Acesso em: 14 mar. 2021.

Monceau, G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 1, p 197-217, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a13.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

Monceau, G. Implicação, Sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal. Rev. Psicol.**, v. 20, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000100007>. Acesso em: 14 mar. 2021.

Padilha, R. Q. et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. **Ciencia e Saúde Coletiva**, V. 23, n. 12, dez, 2018. Disponível em: SciELO - Brasil - Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. Acesso em: 03 fev. 2023.

Pereira, I. B.; Lima, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**, n. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 478. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

Rosa, A. P.L., Zocche, D.A.A., Zanotelli, S. S. Gestão do cuidado à mulher na atenção primária: estratégias para efetivação do processo de enfermagem. **Enfermagem Foco** [Internet], v. 11, n. 1, p. 93-8, 2020. Disponível em: <https://revista.cofen.gov.br/index.php>. Acesso em: 14 mar. 2021.

Santos, A.C. et al. A Análise da relação de enfermeiras(os) da estratégia de saúde da família com a sua profissão. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 2022. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/69008/38483>. Acesso em: 04 fev. 2023.

Silva, M. C.; Machado, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n.1, jan 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Acesso em: 14 mar. 2021.

INFLUÊNCIA DA TEORIA DA ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA E CLÁSSICA NA PRÁTICA DO GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM: UM OLHAR PELA ANÁLISE INSTITUCIONAL

Adriana Barbieri Feliciano
Maristel Kasper
Silvana Martins Mishima

Introdução

Entre os séculos XVIII e XIX, a transição para a industrialização teve marcos significativos na definição de um modelo de sociedade para as civilizações ocidentais. Se, por um lado, há um ganho de qualidade por acesso a melhores condições de vida, por outro lado, este é um momento definidor para o estabelecimento de outros modos de relações servis entre empregados e patrões. A emergência do capitalismo vem acompanhada de uma promessa de melhorar a igualdade entre os antigos “senhores e escravos”. O trabalhador agora poderia ser assalariado, isto lhe garantiria liberdade de escolha e a possibilidade de não ser mais subjugado. Este momento da história também vai fazer emergir a ciência e as artes tal como as reconhecemos. Os tempos parecem promissores e apontam para uma nova era de relações em sociedade. O lucro financeiro advindo do processo de industrialização passou a ter importante centralidade nas definições dos modos de produção do trabalho. Há um investimento na produção de conhecimento que regula todas estas etapas e processos. Esta transição também terá repercussões no âmbito do cuidado em saúde (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1997).

Um pouco antes, em 1867, o filósofo alemão Karl Marx escreveu a primeira parte de “O Capital”, observando que, mesmo com a ascensão do capitalismo, ainda se estabelecia uma relação entre explorados e exploradores. Em sua obra, procurou não explicar o capital, mas por que ele existe, assim propondo a ideia de trabalho concreto e trabalho abstrato (Marx, 2005).

Segundo Castro (2009, p. 01):

o valor de toda mercadoria é o “trabalho abstrato”, não só direto, mas também indireto, empregado na sua produção. O “trabalho abstrato” não é simplesmente trabalho de indivíduos genéricos, é o trabalho alienado da sociedade burguesa. A alienação econômica do trabalhador assalariado consiste, substancialmente, em despossuí-lo do controle do trabalho e do produto do trabalho. Assim, não é o trabalhador alienado quem usa os meios de produção, base material do capital; são os meios de produção, são as “coisas”, funcionando como capital, que usam o trabalhador, que mandam e exploram o trabalho assalariado. “O capital não é uma coisa, mas uma relação social”, na qual o trabalho vivo serve de “meio” ao trabalho morto, acumulado, para manter e aumentar o seu valor.

Equivale a dizer que há uma alienação tão intensa do trabalhador que, ao ficar de tal forma imerso em uma parte da cadeia produtiva, ele não conseguirá se reconhecer no produto final do seu trabalho. Segundo Martins (2012, p. 226), “falta-lhe o tempo da reflexão”.

A publicação da obra “Princípios da Administração Científica”, em 1911, por Frederick Taylor, inaugurou uma nova linha de pensamento na produção do trabalho. Devido à própria emergência da Revolução Industrial, este se deterá sobre o trabalho na indústria. Os princípios, a especialização, o controle, a eficiência, a racionalização, vão conformar um método de produção que garante o seu controle e aumento da produtividade. A administração científica acabou influenciando os modos de produção de diversas áreas, inclusive a da saúde, durante todo o século XX (Chiavenato, 2014).

Há também a Administração Clássica, proposta por Jules Henri Fayol, que se debruça sobre o processo administrativo, considerando que a administração é um processo de tomada de decisão. Ele propõe a seguinte composição de etapas: planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar (Chiavenato, 2014).

Estas duas escolas foram seguidas por modelos de administração traduzidas por processos mais flexíveis, como os das indústrias automobilísticas, tendo o fordismo e o toyotismo como um exemplo. No entanto, estes modelos continuarão a impregnar a produção do trabalho cada vez mais de sentidos como o do controle da produção, o especialismo nas partes, o distanciamento do trabalhador do produto

final, como formas de aquisição de qualidade, racionalidade de recurso, maior produção em menor tempo, entre outras características da indústria moderna, hoje, traduzidas por princípios como o da qualidade total.

Estes princípios e valores passaram a constituir de maneira intrínseca a conformação de sociedades regidas pelo capitalismo. Estes modelos vão se aproximar da “produção do cuidado em saúde”, especialmente em um momento da história que esta deixa de ser guiada pelo empirismo, pela religião, entre outros, para uma prática que vai buscar na ciência sua ancoragem.

Alguns destes princípios encontrarão abrigo na instituição Enfermagem, uma vez que esta vinha na superação de um modelo de cuidado que se caracterizava pela prática realizada pelas irmãs de caridade, ou pela prática realizada por mulheres de “moral duvidosa”, a saber, a uma prática que vai abrigar uma contradição por natureza, que é a prática realizada pelas mulheres puras e santas, as freiras, ou pelas mulheres imorais, as “putas”.

A instituição Enfermagem não deseja carregar nenhum destes dois estigmas, então, por meio da liderança de Florence Nightingale (uma mulher da elite inglesa), durante a Guerra da Criméia, realiza esforços para que esta prática comesse a se conformar em uma prática que vai se pautar em modelos científicos, padronizados, como forma de superação destas duas imagens, que, como fantasmas, vão ainda perseguir a prática cotidiana da enfermagem por muitos anos, inclusive ainda na atualidade (por vezes retratada pela mídia). A Administração Clássica e Científica influenciará fortemente o fazer da enfermagem no mundo, assim como no Brasil.

Como se pode reconhecer a influência destas teorias no trabalho em saúde? Segundo Campos (2007, p. 21),

a valorização da cultura organizacional e a ênfase no fator humano enriqueceram a administração com técnicas de controle muito mais sutis: seleção e treinamento com base em caráter ou personalidade, dinâmica de grupo, sociometria, integração dos empregados à empresa, emulação. Em sentido geral, abrandou-se a dureza da racionalidade dura do taylorismo. Reconheceu-se que a emoção existia e que influenciava a gestão e o desempenho produtivo.

O mesmo autor ainda diz que, apesar de uma aparente evolução na relação da produção do trabalho, a disciplina e o controle são heranças Tayloristas ainda presentes, que, por sua vez, caracterizam modelos que pressupõem a concentração de poder.

Outros princípios claramente presentes no setor saúde são os da separação entre o trabalho intelectual e o manual, o momento da concepção e a execução, assim como o princípio da centralidade do planejamento, retirando autonomia do trabalhador.

Estas características podem ser facilmente observáveis no trabalho em saúde quando por um esforço, não muito intenso, podemos visualizar a rotina de uma manhã em uma unidade de atenção básica em saúde. O usuário entra na fila, de acordo com a sua chegada, e é atendido por um profissional administrativo que faz anotações, pega o prontuário e o entrega uma senha. Em seguida o usuário vai para a sala de espera e, algum tempo depois, é chamado pelo auxiliar ou técnico de enfermagem, que, de posse do seu prontuário, chama o mesmo, realiza alguns procedimentos de rotina, como aferição de pressão arterial, peso, faz anotações referente às suas queixas e o devolve à sala de espera. Tempos depois, o mesmo é chamado novamente, agora pelo médico, que, de posse do prontuário, das informações registradas pelo profissional de enfermagem, realiza a consulta, prescreve medicamento e solicita exames e o devolve ao profissional de enfermagem que preencherá os papéis, fará orientações quanto a procedimentos para a realização dos exames, entrega os medicamentos, se despede e chama o próximo da fila. O(a) enfermeiro(a) provavelmente estará consolidando os registros nos mapas assistenciais ou fazendo a solicitação e o controle do estoque de insumos materiais. Se Taylor estivesse vivo, ao acompanhar este processo, ficaria orgulhoso em ver que sua teoria ultrapassou à indústria e instituiu novos modos de produção de cuidados em saúde. Esta e outras formas de pensar o cuidado em saúde estão impregnadas da lógica taylorista de organização e gestão.

Outra característica do taylorismo assumida pelo trabalho em enfermagem é a instituição da gerência científica, que prevê a nítida separação entre “planejamento, concepção e direção” dos processos de realização do trabalho, a saber, a tarefa de execução.

E o trabalho em enfermagem? Não teria se conformado assim ao ser constituído pelas subcategorias, enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem, nas quais, em geral, o enfermeiro supervisiona, planeja, organiza e os outros profissionais executam o organizado? Isto compõe a divisão técnica e social do trabalho em enfermagem, caracterizado sobretudo pela divisão do trabalho intelectual e manual, entre as categorias dos profissionais de enfermagem (Almeida; Rocha, 1997).

Os efeitos desta forma de organizar o trabalho produziu, por muitos anos, alienação por parte de enfermeiros, auxiliares e técnicos, concentração de poder para enfermeiros com conseqüente distanciamento do cuidado, do usuário ou paciente. Se o enfermeiro perde de vista aquilo que é “objeto” de seu trabalho, o cuidado às pessoas, o que tem ele tornado alvo da produção do seu trabalho?

Campos (2007, p. 41) diz que

um método que se pretenda anti-Taylor precisa se pautar pelo fortalecimento dos sujeitos e a construção da democracia institucional especialmente pela ampliação da capacidade de análise e de intervenção do sujeito e dos grupos. Para o autor, “a democracia é um produto social, depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Depende da capacidade social de se construírem espaços de poder compartilhado, acesso a informações para a tomada de decisão. A democracia é ao mesmo tempo construção e instituição”.

O autor citado se apoia em expressões como capacidade de análise e de intervenção, correlação de forças, instituídos e instituição, que têm origem no referencial teórico-metodológico da Análise Institucional. Nesse quadro teórico, a instituição não é sinônimo de estabelecimento, nem organização, ela é produto da tríade instituinte, instituído e institucionalização (Lourau, 2014).

Se a enfermagem, à semelhança da democracia, for tomada como uma instituição e como um produto social, quais têm sido os processos instituintes da enfermagem? Que imagens carregam o seu instituído? E o que está em institucionalização?

Neste momento, faremos uma breve visita a alguns conceitos que emergem do movimento de Análise Institucional (AI) francesa, construído a partir da década de sessenta do século XX, na França, tendo como marco o “Maio

de 68”. Por que recorremos ao referencial teórico institucionalista para olharmos a produção científica da enfermagem neste texto?

A AI nasce de um movimento de interrogação dos modos de relação estabelecidos à época, entre trabalhadores e patrões. O movimento estudantil se organiza em contestação a um modelo de formação nas universidades e vai se desvelando todo um contexto de insatisfação no país. Segundo Gregório Baremlitt (2002), o movimento institucionalista se compõe de um conjunto de escolas e um leque de tendências: “não existe nenhuma escola ou tendência que possa dizer que encarna plenamente o ideário do Movimento Instituinte, contudo há características comuns” (p. 13). No entanto, estas escolas têm como propósito mais importante propiciar, apoiar e deflagrar nas comunidades, nos coletivos de pessoas, processos de autoanálise e de autogestão.

Ainda em Baremlitt (2002, p. 17), “a autoanálise consiste em que as comunidades, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas enunciem um vocabulário que lhes permita saber acerca de sua vida”. Esse processo de autoanálise é simultâneo ao processo de auto-organização e autogestão, em que estes coletivos se organizam para produzirem os recursos necessários para a manutenção e a qualidade de suas vidas. Este processo só é possível para coletivos que se organizam em grupos de discussão, em que especialistas podem ser chamados para colaborar. Estes coletivos passam a ser protagonistas na produção de um saber que interroga o saber hegemônico e dominante: “(...) em autogestão, os coletivos deliberam e decidem” (p. 19).

Consideramos que estes pressupostos são essenciais para a valorização e os protagonismos dos sujeitos, assim como a promoção de um ambiente de democracia institucional. Sendo os saberes da Administração Científica e Clássica forte orientadores da produção de saúde e do trabalho da enfermagem no Brasil, podemos estar diante de uma contradição, pois o produto final para estes modelos de gestão é material, criado pela lógica da racionalidade, da objetividade e do lucro.

Na saúde, o produto final é imaterial e exige outros modos de produção e de gestão que considerem a produção do cuidado em saúde como um fenômeno social. Em nada se aproxima da produção industrial, pois lida o tempo todo com a diversidade de contextos, histórias, aspirações, desejos, sonhos, sofrimentos, incertezas, angústias e condições desumanas de desigualdade de vida.

A Análise Institucional pode nos ajudar a reconhecer a gênese histórica e social, na forma como o trabalho em enfermagem foi se constituindo e em quais gênesis conceituais foi se alinhando. Nesta constituição histórica do trabalho em enfermagem, existe um tecido emaranhado de instituições.

As instituições aqui não estão representadas pela materialidade das associações ou dos prédios. A estes denominamos organizações (como o Conselho Federal de Enfermagem e o Conselho Regional de Enfermagem, ou a própria Associação Brasileira de Enfermagem e outros afins), ou estabelecimentos (unidades de saúde, hospitais, clínicas, entre outros).

Segundo a AI, instituições se compõem da tríade instituinte, instituído e institucionalização, em que, a depender do conjunto de forças e poderes que se estabelecem, a instituição pode ser caracterizada pela lógica que determina aquilo que está instituído, a saber, a face mais aparente desta, as normas, regras ou condutas orientadoras. O instituinte são forças que tensionam o instituído (as normas, as regras), criando movimentos que ora estabilizam, ora desestabilizam as instituições.

Num sentido mais amplo, a saúde é uma instituição com suas normas e princípios (instituído) e em constante tensionamento de forças e poderes (instituinte). Se a enfermagem é uma instituição, quais seriam as forças instituídas? Quais as forças instituintes? Que efeitos tem produzido no cuidado em saúde? Sendo instituição, quais as lógicas que têm orientado a produção do fazer em enfermagem? Quais as forças instituintes que a tensionam, caracterizando de maneira mais forte seu instituído (aquilo que é mais aparente da enfermagem)?

A partir desta reflexão inicial, este texto propõe analisar a influência das teorias clássicas da administração na produção científica de enfermagem, em temas de gestão, gerenciamento, supervisão, liderança, ou atividades afins, realizadas pelo enfermeiro, bem como de que forma a perspectiva da Análise Institucional pode contribuir com esta reflexão.

Método

Trata-se de um estudo de scoping review, realizado a partir de um conjunto de procedimentos a fim de mapear o conhecimento produzido em determinado campo de saber. Para este tipo de estudo, seguiram-se os seguintes passos: a)

Identificar as questões de pesquisa; b) Identificar os estudos relevantes válidos para a investigação; c) Seleção dos estudos da revisão; d) Mapeamento dos dados dos estudos incluídos na revisão; e) Confrontar, resumir e relatar os resultados.

A presente revisão foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos dias 23 e 24 de outubro de 2020, a partir dos descritores: Administração de Instituições de Saúde, Supervisão de Enfermagem, Pesquisa em Administração de Enfermagem e Modelos de Enfermagem.

Para a seleção dos estudos, consideramos os seguintes critérios de inclusão: a) artigos originais de pesquisa, b) relatos de experiência, c) disponibilizados na versão completa, c) publicados no período 2015 a 2020, últimos 5 anos. Os critérios de exclusão definidos foram: a) trabalhos cujo tema influência do taylorismo seja apresentado como uma “recomendação” nos resultados e conclusões, não se configurando como objeto central do estudo; b) dissertações, teses, políticas públicas e vídeos.

Após o passo de identificação dos estudos na BVS e considerando a questão do estudo, bem como os critérios definidos, as revisoras fizeram a seleção e triagem dos artigos incluídos na análise. Para a organização e mapeamento dos dados, foi elaborado pelas autoras um instrumento constituído pelos seguintes itens: 1-Título, 2-Objeto e/ou questão e/ou objetivos de estudo, 3-Tipo de estudo/Desenho, 4-Instrumentos e/ou técnicas de produção de dados, 5-Ano, 6-Revista, 7-Participantes/Amostra, 8-Princípios do Taylorismo - Planejamento, Preparo, Controle e Execução.

A análise dos dados foi realizada por categorização, extraindo-se dos estudos as expressões e/ou palavras que indicavam relação conceitual com a presença da administração científica e clássica, sem necessariamente fazer referências ao taylorismo.

Resultados e discussão

Na base de dados, foram encontrados um total de 49 estudos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e realização de duas revisões, 20 publicações foram incluídas neste estudo. Os artigos foram publicados em 13 periódicos, sendo que a maioria – 25% (5) – estão concentrados na revista Revista de Enfermagem UFPE On line. A distribuição dos demais artigos estão dispostos no quadro 1.

Quadro 1. Revistas escolhidas para publicação dos estudos – Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2020.

Estudos	Revista	Frequência
Leal et al., Leite et al., Mazzoni et al., Tenório et al., 16,17	Revista de Enfermagem UFPE On line	25%
Silva, Celich et al., Dias et al., Maia et al..	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	15%
Richter et al., Gasparino et al.	Acta Paulista de Enfermagem	10%
Santos et al.	Ciência, Cuidado e Saúde	5%
Ribeiro et al.	Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR	
Forte et al.	Tempus Acta de Saúde Coletiva	
Chagas et al.	Revista de Enfermagem da UERJ	
Nogueira et al.	Revista Cuidarte	
Berghetti et al.	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	
Cardoso et al.	Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde	
Ferracioli et al.	Revista Enfermagem em Foco	
Menegaz et al.	Revista Mineira de Enfermagem	
Silva, Mininel et al.	REUFMS Revista de Enfermagem da UFSM	

Fonte: autoras

Quadro 2. Artigo, Ano, Tipo de estudo/Desenho, Instrumentos e/ou Técnicas de produção de dados e Participantes/Amostra

Título	Ano	Tipo de estudo/ Desenho	Instrumentos e/ ou técnicas de produção de dados	Participantes/ Amostra
Ensino do gerenciamento e suas implicações à formação do enfermeiro: perspectivas de docentes	2017	Estudo descritivo-exploratório, qualitativo	Entrevista semiestruturada	13 docentes enfermeiros
O docente de administração em enfermagem: formação e competências profissionais	2017	Estudo exploratório de abordagem qualitativa	Entrevista	10 docentes de enfermagem

Mapeamento dos papéis gerenciais de enfermeiros de unidades de terapia intensiva	2017	Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa	Entrevistas semiestruturadas	13 enfermeiros
Atividades gerenciais do enfermeiro no monitoramento das visitas domiciliares do agente comunitário de saúde	2018	Qualitativo	Entrevista individual e preenchimento de ficha de coleta de dados	14 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família
Desafios da dimensão organizacional do cuidado no cotidiano de trabalhadores de enfermagem	2018	Estudo qualitativo, descritivo	Observação participante e entrevista	6 enfermeiros em cargo/ função de gestão, 4 enfermeiros da assistência e 8 técnicos de enfermagem
Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica?	2018	Pesquisa de abordagem qualitativa	Entrevista e observação	20 enfermeiras
O empreendedorismo de negócios entre enfermeiros	2018	Estudo de caso com abordagem quantitativa	Questionário validado e entrevistas semiestruturadas	10 enfermeiros empreendedores
Percepção de enfermeiras quanto ao ensino e aprendizagem da gestão em Enfermagem	2018	Estudo com abordagem qualitativa	Um único Círculo de Cultura	3 enfermeiras
Validação de conteúdo do perfil de competências de enfermeiros gestores de ensino superior	2018	Estudo de validação de conteúdo	O Perfil de Competências continha 62 itens distribuídos nos domínios educacional, administrativo e individual	21 juízes: enfermeiros ex-gestores de cursos de graduação, enfermeiros consultores e/ou profissionais experts na área do ensino ou de competências
Ações empreendedoras em enfermagem: desafios de enfermeiras em posição estratégica de liderança	2019	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	Entrevista semiestruturada	12 enfermeiras
Formação do enfermeiro acerca do gerenciamento: entraves e perspectivas	2019	Qualitativo descritivo e exploratório com abordagem fenomenológica	Entrevista semiestruturada	12 enfermeiros

Gestão e gerenciamento de enfermagem: perspectivas de atuação do discente	2019	Estudo quantitativo, analítico, transversal	Questionário	150 graduandos de enfermagem
Gestão em enfermagem de pessoal na Estratégia Saúde da Família	2019	Estudo qualitativo, descritivo	Entrevista	14 enfermeiros
Avaliação do ambiente da prática profissional da enfermagem em instituições de saúde	2019	Estudo comparativo e transversal	Ficha para caracterização da amostra e a versão brasileira da Practice Environment Scale.	1773 profissionais de enfermagem
Competências gerenciais do enfermeiro na estratégia saúde da família: percepção de graduandos de enfermagem	2019	Pesquisa descritiva, participante com abordagem qualitativa	Observação participante e entrevista	30 graduandos de enfermagem
Percepção do enfermeiro da atenção primária à saúde frente a atribuição de gestor da unidade	2019	Estudo de abordagem qualitativa, tipo descritivo e exploratório	Questionários autoaplicáveis	8 enfermeiros (as) gestores (as) atuantes na Atenção Primária à Saúde
Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar	2020	Estudo exploratório, descritivo e de enfoque quantitativo	Questionário	25 enfermeiros
Executive coaching para desenvolvimento de competências de enfermeiras líderes	2020	Estudo qualitativo, descritivo e analítico	Observação não participante, documentos e entrevista.	41 enfermeiros – etapa 1 25 enfermeiros – etapa 2 10 enfermeiros gerentes e 34 enfermeiros assistenciais – etapa 3
Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho do enfermeiro em cargos gerenciais no âmbito hospitalar	2020	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	Técnica do Incidente Crítico	15 enfermeiros em cargos gerenciais
Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do gerente de enfermagem hospitalar	2020	Pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa	Entrevista	20 profissionais de enfermagem

Fonte: autoras

Em relação aos dados apresentados nos quadros, identificamos que no período investigado não houve artigos entre 2015 e 2016 ligados ao tema do nosso estudo, talvez em outras bases seja possível encontrá-los. Outro ponto de destaque é que houve um aumento da produção neste tema da gestão, do gerenciamento, da supervisão de três artigos, em 2017, para seis artigos, em 2018 e 2019, diminuindo para quatro artigos em 2020.

Na produção científica analisada, é possível perceber a influência do referencial teórico da Administração Clássica e Científica, algumas vezes explicitado claramente, outras vezes respingado nas discussões propostas pelos autores, percebido pelo uso de alguns termos que encontram ressonância na atualidade a estes pressupostos.

Apresentaremos a seguir alguns elementos que podem ser observados com esta possível vinculação:

As concepções que emergem dando sentido à prática do gerenciamento em enfermagem

Encontramos como características para esta ação: uma prática caracterizada pelo cuidado indireto ao paciente ou usuário; uma gerência focada no cuidado; uma prática que tem o propósito do saber e fazer eficazmente; uma prática que prepara os enfermeiros para serem gestores e líderes na equipe de saúde; e uma prática que utiliza o planejamento, a organização, a direção e a avaliação do processo de trabalho em enfermagem.

Como prática indireta, utilizam-se de meios e instrumentos sistemáticos que evidenciam a importância do planejamento, da provisão, do controle e da avaliação.

a gerência, no contexto da enfermagem, nada mais é do que o cuidado indireto ao paciente, ao passo que legitima o exercício contínuo do planejamento, provisão, controle e avaliação de meios para que o cuidado propriamente dito ocorra da melhor forma possível, favorecendo a assistência de qualidade (Santos et al., 2017, p. 1)

o ensino de Administração, no que diz respeito às Diretrizes Curriculares para o referido curso, deve propiciar aos enfermeiros o desenvolvimento de competências para que estejam aptos ao exercício do seu processo de trabalho, gerenciamento dos recursos físicos e materiais e com saber administrativo (Leal et al., 2017, p. 2332).

Como prática focada no cuidado requer instrumentos como o monitoramento das condições de vida da população e identificação de necessidades, no entanto, segundo estes autores, em geral, os enfermeiros se sentem com menos ferramentas para atuar nesta perspectiva. Numa ampliação desta perspectiva também emerge a ideia de que a gestão do cuidado deve se realizar nas dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

Neste contexto, surge a proposta da transversalidade, como forma de propor o rompimento com a disciplinarização dos conteúdos e promover discussões e aprofundamento das dimensões essenciais à profissão, ao longo de todo o curso de graduação (Silva et al., 2018, p. 1101)

Analisamos que há duas forças instituintes presentes e tensionando o instituído na prática de administração, gerenciamento ou supervisão na enfermagem. Uma que se alinha ao distanciamento da prática do enfermeiro daquilo que é o seu objeto de cuidado, a construção da relação cuidadora junto ao usuário ou paciente. Este paradigma está mais próximo da administração científica. Em geral o enfermeiro emerge como o ator responsável pela coordenação do serviço de enfermagem, sendo também responsável pelas decisões sobre a assistência prestada, uma vez que ele responde legalmente pelas mesmas: “(...) o enfermeiro é, sabidamente, o ator que coordena o serviço de enfermagem e o responsável pela tomada de decisões sobre a assistência por ele prestada” (Santos et al., 2017, p. 2).

A outra força instituinte toma como objeto da gestão a produção do cuidado e a partir dele, e, na identificação das necessidades de saúde, o enfermeiro irá construir a sua prática de gerenciamento. Em nossa análise, este segundo se caracteriza como aquilo que Campos vai chamar de Paradigma Anti-Taylor. Neste contexto, o enfermeiro aparece no papel de coordenador das ações de enfermagem, no entanto, com menos centralidade, mas como alguém que vai facilitar o diálogo e o protagonismo dos trabalhadores.

dessa maneira, pode-se considerar que a organização do trabalho na Enfermagem está cada vez mais parcelada e fragmentada, dificultando o cuidado ampliado em saúde e intensificando o modelo de atenção tecnicista e segregador. Além disto, reforça a verticalização de poder

dentro das instituições de saúde, resultando em uma diversidade de tensões que envolvem desde a questão da remuneração, até o status de poder e autonomia dos diferentes trabalhadores da saúde (Mazzoni et al., 2018, p. 12)

Habilidades que os enfermeiros devem possuir para a prática de gerenciamento

Segundo a literatura analisada, para que o enfermeiro exerça a prática de gerenciamento em enfermagem, algumas habilidades ou atributos serão requeridos do mesmo, tendo na liderança proativa um indicador de qualidade.

Em função de um mundo globalizado, em que o conhecimento se renova constantemente, resultando em transformações dinâmicas, o enfermeiro deve estar o mais próximo possível das informações por meio da troca ou articulação. O aprimoramento profissional é requerido associado a uma capacidade de comunicação interpessoal. Elementos vinculados a mecanismos eficientes de comunicação são considerados essenciais para o sucesso de uma organização. Destaca-se de um dos textos analisados esse excerto: “(...) portanto, as organizações estão cada vez mais tentando flexibilizar as comunicações e facilitar o fluxo das informações entre seus colaboradores para obterem sucesso, uma vez que a comunicação eficaz é símbolo de poder e autoridade” (Leal; Camelo; Santos, 2017, p. 2333).

O acesso à informação e ao conhecimento parece ter o sentido de acúmulo de poder e de cristalização em uma posição de autoridade e mando. Por vezes, parece que este lugar de poder que o enfermeiro tem potencial para ocupar pode vir abrandado pelo discurso:

(...) desenvolver seus saberes gerenciais, que devem estar de acordo com as competências, com os conhecimentos e com os relacionamentos, os quais não significam ocupar seu local de trabalho e seu espaço com poder, mas, sim, demonstrar todo seu potencial de forma humana e humildemente (Leal; Camelo; Santos, 2017, p. 2333)

Outra forma de discurso que emerge é que o enfermeiro tenha a capacidade de ensinar seu liderado na realização das competências de enfermagem, assim como ter flexibilidade no trabalho em equipe. Esta ideia

pode traduzir uma perspectiva mais verticalizada e hierarquizada da relação do enfermeiro com os seus “subordinados”. Se há um líder, há também os liderados, se há alguém que ensina, há aqueles destituídos de conhecimento e que precisam aprender. Mas o discurso atenuador também emerge, é bom ter uma certa flexibilidade. Em alguns momentos, o enfermeiro é tomado como um “elo”: “(...) no qual percorrem as informações necessárias para a mediação de conflitos e vínculo entre usuários, equipe e gestão”. Uma outra sutileza pode ser observada: “(...) o enfermeiro como supervisor (...) deve promover a escuta desses profissionais (...) para então proceder à resolubilidade dos problemas levantados” (Ribeiro et al., 2018, p. 182).

Deste lugar de quem maneja as informações, o enfermeiro perde em potência para a produção de autonomia e desenvolvimento da capacidade de autoanálise e autogestão, conforme apresentamos na parte inicial deste texto.

Uma outra característica observada é a preocupação que a formação do enfermeiro atenda as expectativas e demandas do atual mercado de trabalho. Esta vinculação é comum nos textos que tratam sobre as competências a serem desenvolvidas para o gerenciamento. No entanto, poucos textos têm interrogado que demandas são estas, a quais interesses se vinculam, a quem pretendem responder. Um dos textos demonstra essa lógica: “(...) a escola prepara o enfermeiro para prestar assistência e o mercado de trabalho espera dele administração e gerência” (Silva et al., 2018, p. 1101).

A Análise Institucional propõe a análise da encomenda e demanda, a qual pode auxiliar na interrogação das lógicas que fundamentam suas bases e as que direcionam suas práticas. Se há uma demanda do mercado de trabalho colocada, qual é a encomenda que a enfermagem pode fazer? A que projeto civilizatório a enfermagem pretende se vincular? Estas questões podem contribuir para que seu fazer seja direcionado ao fortalecimento de práticas inclusivas, cidadãs e equânimes. O caminho da encomenda/demanda define em que arcabouço teórico e epistemológico as práticas de gerenciamento em enfermagem vão se situar.

Nesta direção alguns artigos analisados vão se referir à capacidade que o enfermeiro tem de “ofertar” espaços de negociação, no entanto, no próprio texto, os autores relatam:

(...) a negociação pode ser entendida de várias maneiras: desde pequenos arranjos e acordos realizados com a equipe de enfermagem, individual ou coletivamente, até mesmo na negociação de metas e orçamento com a diretoria da instituição. Dessa maneira, o papel do negociador serve mais aos propósitos de estabilidade e continuidade do modelo dos Processos Internos do que aos propósitos de adaptabilidade e apoio externo vindos do modelo de Sistemas Abertos (Leite et al., 2017, p. 3164)

Estes pressupostos teóricos que a enfermagem abraça parecem distanciá-la de sua “profecia inicial”. Este é um outro aspecto interessante de colaboração da Análise Institucional, pois alguns autores vão dizer que, em geral, as instituições, após sua criação, se ocupam com questões de funcionamento e esquecem aquilo que anunciam como sua profecia inicial.

Na discussão sobre o empreendedorismo em enfermagem emerge a ideia de que: “(...) constatou-se que os enfermeiros necessitam fortalecer algumas características comportamentais como a busca de informações, planejamento e monitoramento sistemático e persuasão e rede de contatos” (Chagas et al., 2018, p. 3).

O que seriam estas características comportamentais? Parece estar em curso uma nova forma de se fazer a enfermagem, como se a mesma fosse uma prática liberal e para seu exercício há que se desenvolver o empreendedorismo. Esse movimento se fortalece na aplicação de políticas neoliberais em momentos de desinvestimento em políticas públicas e privatização do setor saúde.

Alinhados aos pressupostos sugeridos aqui pelos autores deste texto, também encontramos a indicação de outras formas de construção dos caminhos da prática de gerenciamento, conforme o texto a seguir:

(...) a criação de espaços colegiados de gestão trata-se da construção de coletivos tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde, quanto dos usuários. Espaços em que há discussão e tomada de decisões no seu campo de ação, de acordo com as diretrizes e contratos definidos. Esses espaços devem, por excelência, ser o lugar para decisões coletivas e de análise das situações vividas com maior grau de implicação dos sujeitos com respeito ao que é produzido nos serviços de saúde (Mazzoni et al., 2018, p. 18)

Sugere-se que esta pode ser uma encomenda na práxis da enfermagem que contribui para colocar em “xeque” modelos hegemônicos, ainda enraizados na produção do cuidado em saúde e que pouco dialogam com esta demanda. A saber, modelos que no início do século XX serviram à consolidação da produção de relações de mercado e de uso de bens, inclusive das pessoas.

A desarticulação entre assistência e gerência: uma herança do taylorismo para a prática em enfermagem e saúde

Os vários textos pesquisados trazem esta constatação, sobre a desarticulação entre assistência e gerência. Este é um fenômeno identificado tanto nos serviços que foram objeto de estudo como nas investigações sobre a formação dos enfermeiros e perfis docentes no ensino das disciplinas de administração e gerenciamento em enfermagem. Este ainda é um contexto de realidade e tem sido também objeto de discussão por pesquisadores há vários anos, no entanto é um desafio ainda não superado.

Segundo Santos et al. (2017, p. 5):

(...) as dimensões de gerência e assistência de enfermagem são pouco articuladas. Por ser um dos principais responsáveis pelas questões administrativas nas instituições de saúde, o enfermeiro acaba, muitas vezes, por se afastar do cuidado direto, reproduzindo a divisão técnica do seu trabalho.

Outra pesquisa também aponta que esta é uma constatação dos estudantes de enfermagem:

(...) no qual se constatou que acadêmicos de graduação do curso em pauta tendem a discorrer que a gerência está vinculada basicamente à coordenação de unidades/setores de trabalho, sendo pouco articulada com a assistência direta ao usuário/paciente (Santos et al., 2017, p. 5)

Os mesmos autores ainda ressaltam que

(...) a dicotomia entre as dimensões gerenciais e assistenciais do enfermeiro, no seu contexto de formação, é favorecida pelo próprio mercado de trabalho, quando os alunos se deparam com cargos “gerenciais” e “assistenciais” durante a graduação no campo de prática (Santos et al., 2017, p. 5)

Se os cenários de formação dos estudantes assumem este tipo de característica e se durante a formação estes mesmos estudantes são desprovidos de processos pedagógicos que promovam análise crítica dos contextos, dificilmente estes produzirão em suas práticas algo diferente quando se tornarem enfermeiros. Aqui temos um duplo desafio, o de transformação dos cenários de prática em saúde, como do processo de formação dos estudantes durante o ensino de graduação, assim como o ensino em nível médio/técnico.

O trecho a seguir reproduz um relato emblemático:

(...) para o enfermeiro assistencial, a passagem de plantão marca o início do seu turno diário. A partir dessas informações, ele planeja e organiza seu processo de trabalho e o da equipe de enfermagem. Já o coordenador utilizará essas mesmas informações para trabalhar questões pertinentes à gerência da unidade como um todo, como, por exemplo, se existe disponibilidade de materiais/equipamentos suficientes para o cuidado, se falta funcionário, entre outros. Esta situação se repete em várias atividades descritas pelos enfermeiros assistenciais e coordenadores, o que permite distinguir os dois grupos pelos papéis gerenciais que assumem (Leite et al., 2017, p. 3164)

O trecho permite analisarmos que existe uma diferença de lugares e de hierarquia entre os enfermeiros no estabelecimento de saúde, e essa diferença de estatutos e de papéis exercidos revela certa distribuição de tarefas e a existência de uma divisão entre o trabalho gerencial e o trabalho assistencial. Esta fragmentação do processo de trabalho resultará em efeitos para os trabalhadores, assim como para os pacientes. A compreensão de que cabe ao trabalho de coordenação ou gerenciamento as questões burocráticas não permite avançar em pressupostos para o cuidado integral e a segurança no ambiente de trabalho, tanto para os pacientes como para os trabalhadores. O trecho a seguir exemplifica esta situação:

(...) O resultado principal do estudo apontou diferenças de percepção entre trabalhadores da gestão e da assistência com relação aos desafios da dimensão organizacional do cuidado. Dentre os resultados adicionais, foram apontados os seguintes desafios: os enfermeiros em cargo/função de gestão relatam preocupação com a resolutividade

das ações propostas por seus respectivos setores referente à segurança dos pacientes; por outro lado, enfermeiros assistenciais e técnicos de Enfermagem preocupam-se, especialmente, com as dificuldades de dimensionamento de pessoal e suas consequências na assistência e nas relações de trabalho (Mazzoni et al., 2018, p. 13).

A fragmentação do processo de trabalho, embora muito abordada em ambientes hospitalares, também é identificada no âmbito da atenção primária em saúde, conforme excerto a seguir:

(...) as atividades gerenciais do enfermeiro no monitoramento das VD dos ACS em Tangará da Serra são fragmentadas e não sistematizadas, tendo em vista que a ampliação de ESF é recente e os mesmos não foram preparados em sua formação para atuar de forma proativa nessa ação gerencial (Ribeiro et al., 2018, p. 183)

O que os processos de formação em gerenciamento em enfermagem sinalizam?

Vários autores nos textos pesquisados manifestam preocupação com relação ao cumprimento das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de enfermagem. No entanto, as concepções que subsidiam as DCN, ou mesmo as concepções daqueles que tomam as DCN como diretriz para a formação, não são explicitadas. A exemplo, o trecho a seguir:

(...) as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) destacam as competências necessárias ao enfermeiro para que desenvolva a prática profissional: duas delas são a atenção à saúde e a educação permanente, e as outras cinco são competências gerenciais: tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento (Silva et al., 2018, p. 1099)

Neste caso, os pressupostos teóricos nos quais se ancoram as palavras tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento não estão explicitados.

Os estudos pesquisados, de maneira geral, demonstram duas rotas de discussão ao se falar na formação em gerenciamento em enfermagem. De um lado emerge a posição da necessidade de desenvolvimento de competências de

gerenciamento que possibilitem ao enfermeiro calcular, controlar, dimensionar recursos humanos, insumos materiais, além da necessidade de estar conectado com as tendências atuais no mundo. Os excertos exemplificam esta questão:

[...] assim sendo, o aprimoramento profissional constitui uma importante ferramenta aos docentes de administração em enfermagem, capacitando-o e atualizando-o para que respondam aos requisitos de qualidade ao ensino, diante de um cenário muito competitivo e que exige cada vez mais experiência e qualificação para atuar com eficiência (Leal et al., 2017, p. 2333)

[...] o ensino de Administração, no que diz respeito às Diretrizes Curriculares para o referido curso, deve propiciar aos enfermeiros o desenvolvimento de competências para que estejam aptos ao exercício do seu processo de trabalho, gerenciamento dos recursos físicos e materiais e com saber administrativo (Leal et al., 2017, p. 2333)

Pensar que o enfermeiro deve adquirir competências administrativas, no entanto, sem atribuir a estas um contexto de cuidado das pessoas ou coletividades, implica num alinhamento de uma prática que tem menos foco nas pessoas e mais nas concepções atuais que regem uma lógica de mundo capitalista, globalizado, competitivo, que visa responder ao lucro. Sem um contexto crítico deste ensino, onde fica o compromisso da enfermagem com a proteção e o cuidado com a vida das pessoas e coletividades? Consequentemente, a organização do processo de trabalho perde em dimensão de sentido, a enfermagem fica mais a serviço da objetividade, perdendo a dimensão de produção de subjetividades.

Segundo Franco, Andrade e Ferreira (2009), o trabalho em saúde é operado com alto grau de liberdade pelo trabalhador, e também é traduzido pelo conceito proposto por Emerson Merhy, sobre o *“trabalho vivo em ato”*. Segundo este autor:

[...] o trabalho vivo em ato opera como uma máquina de guerra política, demarcando interessadamente territórios e defendendo-os; e, como máquina desejante, valorando e construindo um certo mundo para si [...] (Merhy, 2014, p. 48).

A outra possibilidade de pensar a formação vai colocar o gerenciamento de maneira transversal durante o processo formativo, de forma que o mesmo vá produzindo diálogo com a prática clínica, articulando gestão e clínica:

[...] neste contexto, surge a proposta da transversalidade, como forma de propor o rompimento com a disciplinarização dos conteúdos e promover discussões e aprofundamento das dimensões essenciais à profissão, ao longo de todo o curso de graduação. A transversalidade tem como meta desenvolver temáticas que perpassam os diferentes campos do conhecimento, rompendo com a fragmentação do pensamento linear (Silva et al., 2018, p. 1101).

Compreendido como um conceito transversal, o ensino de gerenciamento vai necessitar de outras estratégias pedagógicas que apoiem a formação do profissional numa perspectiva crítico-reflexiva, que possibilite articulação de cuidado-gestão; clínica-epidemiologia; individual-coletivo. Os estudos remetem a algumas delas como a inserção no contexto de prática, o uso de portfólio reflexivo, os grupos de trabalho, as discussões de caso, a elaboração de projetos terapêuticos que possibilitem discutir a gestão do trabalho e do cuidado, os fóruns de discussão entre docentes, estudantes e enfermeiros de serviço, entre outras que possibilitem metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Esta pode ser uma perspectiva que coloque o ensino de gerenciamento em enfermagem em outro lugar, como dispositivo de afirmação da valorização tanto de trabalhadores como de usuários, que se pautem pelo acesso universal, equidade e integralidade do cuidado. Conceitos estes apresentados por Sir Dawson no início do século XX, quando fez a proposição do sistema de saúde inglês.

Segundo Mazzoni et al. (2018, p. 16):

[...] reinventar os modos de governar as instituições é um exercício de aprimoramento necessário para viabilizar a democracia institucional. Os lugares de produção de cuidado, visando à integralidade, corresponsabilidade e resolutividade são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram o encontro criativo entre trabalhadores e usuários.

A Análise Institucional contribui, neste sentido, para o conceito de Implicação criado por René Lourau (2014), sendo entendida como a relação que os sujeitos estabelecem com as instituições e organizações. “É um processo político,

econômico, social, etnológico, heterogêneo, que deve ser examinado em todas as dimensões” (Baremlitt, 2002, p. 136). É importante que esta análise se dê por meio de coletivos. À medida que as implicações são enunciadas, elas vão revelando sua gênese profissional, ideológica ou libidinal. A análise de implicação é importante para mostrar aos coletivos qual a sua capacidade de “visão” e de “cegueira” acerca de seus alinhamentos institucionais. Muita imersão inibe a possibilidade de ver e, conseqüentemente, dificulta a produção da autoanálise e autogestão.

Por vezes a análise de implicação pode contar com a presença de analistas externos ao grupo e que facilitarão que alguns temas mais conflitantes sejam tratados pelos grupos. Conhecer sua implicação ajuda os coletivos a entenderem o que os move, por que fazem determinadas escolhas e as contradições constituídas nos mesmos.

Esta é uma escolha que os formadores em enfermagem precisam construir com clareza. Qual é o projeto que nos move para o ensino de gerenciamento em enfermagem? Onde estamos colocando nossas apostas? Aonde se pretende chegar com esta área de conhecimento dentro da prática de enfermagem e da produção do cuidado em saúde?

Considerações finais

Cabe uma reflexão sobre o campo de conhecimento da prática e do gerenciamento em enfermagem que se refere àquilo que tem seduzido a enfermagem a envolver e desenvolver sua prática. Os paradigmas atuais da sociedade contemporânea têm criado uma possibilidade mais atenuada de mostrar a exploração do trabalho pelo capital e pelo lucro, reproduzindo relações de trabalho exploratórias, competitivas, não colaborativas e desumanizadas. O discurso será outro, no sentido da qualidade total, dos trabalhadores que passam a ser colaboradores, da perda de direitos trabalhistas históricos para o do profissional autônomo e empreendedor.

É possível observar na produção científica da enfermagem nesta temática da administração e do gerenciamento elementos enraizados da Teoria da Administração Científica, proposta por Frederick Taylor, alguns se apresentando de maneira mais explícita, traduzidos pela necessidade do controle, dos processos sistematizados, da cadeia de produção, que deslocam seu olhar do paciente ou usuário que necessita de

cuidados em saúde. Em outros momentos, este pressuposto vai se apresentar com uma nova roupagem, porém com a mesma ancoragem. Na atualidade isto poderá se apresentar como processos de certificação ISO, qualidade total, o trabalhador que passa a ser colaborador, a flexibilização das rotinas e das regras, mas sem perder de vista a lógica da racionalidade e da lucratividade.

O texto propõe um olhar para alguns pressupostos da Análise Institucional, trazendo dois conceitos fundantes, a autoanálise e autogestão. Para que coletivos de profissionais de saúde e enfermagem avancem nesta perspectiva, propõe-se uma aproximação da prática de gerenciamento em enfermagem com capacidade produtora da criação de espaços coletivos, democráticos, possibilitados pelo diálogo e pela reflexão sobre a prática do fazer em enfermagem, de forma a orientar o profissional para o cumprimento de sua profecia inicial como uma prática social. A produção de autonomia e subjetividades aparecem no cenário destas práticas como alternativas às propostas racionalizadoras, objetivas, determinadas por regras pré-estabelecidas e que se traduzem em um fazer hierárquico e fragmentado.

Abandonar de vez qualquer herança da concepção da administração científica e clássica na prática de gerenciamento e supervisão em enfermagem é imperativo para que a produção social da saúde contribua para a produção de autonomia dos sujeitos, produção de vínculos libertadores para minimizar desigualdades, injustiças e subordinações históricas ainda presentes nas relações entre gestores e trabalhadores, profissionais de saúde de diferentes categorias e saberes e destes com os pacientes ou usuários.

Substituir a imagem instituída da esteira de produção do trabalho em série, mecânico, desprovido de reflexão e criação, para o fortalecimento de processos instituintes que coloquem os sujeitos em rodas de diálogos, de forma que se olhem, se escutem e constituam coletivos em ambientes institucionais democráticos e libertadores.

O referencial teórico da Análise Institucional pode contribuir oferecendo dispositivos analíticos para pensar novos modos de operar o gerenciamento na prática de enfermagem por meio da autoanálise e autogestão; encomenda e demanda; análise de implicação e análise da tríade que compõe as instituições, o instituído, o instituinte e a institucionalização.

Referências

- Almeida, M. C. P.; Rocha, J. S. Y. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- Baremlitt, F. G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002. 214 p.
- Berghetti, L.; Franciscatto, L. H. G.; Getelina, C. O. Formação do enfermeiro acerca do gerenciamento: Entraves e Perspectivas. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 9:e2820, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2820>. Acesso em: 20 set. 2023.
- Campos, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- Cardoso, H. M. et al. Percepção do enfermeiro da atenção primária à saúde frente a atribuição de gestor da unidade. **Rev. enferm. atenção saúde**, v. 8, n. 2, p. 3-17, 2019. Disponível em: 10.18554/reas.v8i2.3601. Acesso em: 20 set. 2023.
- Castro, R. P. Trabalho Abstrato e Trabalho Concreto. *In*: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009.
- Chagas, S. C. et al. O empreendedorismo de negócios entre enfermeiros. **Revista Enfermagem UERJ**, 26: e31469, p. 1-8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.31469>.
- Chiavenato, I. **Introdução à teoria geral de administração**. Barueri: Manole, 2014.
- Coutinho, A. F.; Medeiros, H. A.; Andrade, L. D. F.; Ribeiro, L. C. S. Gestão em enfermagem de pessoal na Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, n. 1, p. 137-147, 2019. Disponível em : <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a237019p137-147-2019>. Acesso em : 20 set. 2023.
- Dias, R. M.; Moniz, M. A. Competências gerenciais do enfermeiro na estratégia saúde da família: percepção de graduandos de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 4, p. 1048-1052, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005611>. Acesso em: 20 set. 2023.
- Ferracioli, G. V. et al. Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 15-20, 2020.
- Forte, E. C. N.; Pires, D. E. P.; Scherer, M. D. A.; Soratto, J. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica? **Tempus, actas de saúde colet**, v. 11, n. 2, p. 53-68, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2338>
- Franco, T. B.; Andrade, C. S.; Ferreira, V. S. C. **A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 2009.
- Gasparino, R. C. et al. Avaliação do ambiente da prática profissional da enfermagem em instituições de saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 4, p. 449-55, 2019.
- Leal, L. A.; Camelo, S. H. H.; Santos, F. C. O docente de administração em enfermagem: formação e competências profissionais. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 6, p. 2329-2338, 2017. Disponível em: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201711. Acesso em: 20 set. 2023.

Leite, L.; Peres, A. M.; Sade, P. M. C.; Souza, P. B. Mapeamento dos papéis gerenciais de enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 8, p. 3158-3166, 2017. Disponível em : [10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201722](https://doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201722). Acesso em: 20 set. 2023.

Lourau, R. **A análise institucional**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

Maia, N. M. F. S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do gerente de enfermagem hospitalar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.6555>. Acesso em: 20 set. 2023.

Martins, J. C. O.; Aquino, C. A. B.; Sabóia, I. B.; Pinheiro, A. A. G. De Kairós a Kronos: metamorfoses do trabalho na linha do tempo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 15, n. 2, p. 219-228, 2012.

Marx, K. **O Capital**. 20. ed. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. Livro 1, cap. 1.

Mazzoni, V. G.; Bittencourt, L. P.; Ribeiro, M. L.; Gouvêa, M. V. Desafios da dimensão organizacional do cuidado no cotidiano de trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 11-18, 2018. Disponível em : <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a230392p11-18-2018>. Acesso em : 20 set. 2023.

Menegaz, J. C.; Fontes, V. M. S. Executive coaching para desenvolvimento de competências de enfermeiras líderes. **REME – Rev Min Enferm**, 24: e-1281, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051331>. Acesso em: 20 set. 2023.

Merhy, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2014

Minayo-Gomez, C.; Thedim-Costa, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

Nogueira, V. O.; Cunha, I. C. K. O. Validação de conteúdo do perfil de competências de enfermeiros gestores de ensino superior. **Rev Cuid**, v. 9, n. 1, p. 1998-2006, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.474>

Ribeiro, G. R. M. S. et al. Atividades gerenciais do enfermeiro no monitoramento das visitas domiciliares do agente comunitário de saúde. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, v. 22, n. 3, p. 179-185, 2018.

Richter, S. A. et al. E. Ações empreendedoras em enfermagem: desafios de enfermeiras em posição estratégica de liderança. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 1, p. 46-52, 2019.

Santos, P. R. et al. Ensino do gerenciamento e suas implicações à formação do enfermeiro: perspectivas de docentes. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 1, p. 01-08, 2017. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v16i1.33381. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-966686>. Acesso em: 20 set. 2023.

Silva, A. M. et al. Percepção de enfermeiras quanto ao ensino e aprendizagem da gestão em Enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 4, p. 1098-1102, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1098-1102>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-915735>. Acesso em: 20 set. 2023.

Silva, N. M. et al. Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho do enfermeiro em cargos

gerenciais no âmbito hospitalar. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, p. 01-19, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769233263>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33263>. Acesso em: 20 set. 2023.

Tenório, H. A. A. *et al.* Gestão e gerenciamento de Enfermagem: perspectivas de atuação do discente. **Rev enferm UFPE on line**, 13:e240535, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240535>. Disponível em : <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049466>. Acesso em: 20 set. 2023.

A ESCRITA NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA E O EFEITO GOODY

Karemme Ferreira de Oliveira
Cinira Magali Fortuna
Fabiana Ribeiro Santana

Introdução

A expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em todo território nacional favoreceu a ampliação do acesso aos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, a necessidade de melhoria na qualidade dos serviços prestados se impôs, exigindo o acompanhamento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.

Em 2003, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) já elencava a avaliação como fator primordial para o fortalecimento e a qualificação das ações ofertadas na Atenção Básica (AB). Em 2011, o Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi lançado, com a aposta de ser capaz de avaliar a Política Nacional de AB (PNAB), tendo como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e da qualidade da AB, de forma a garantir um padrão de qualidade comparável em todos os níveis de gestão e permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB (Brasil, 2012).

Estava estruturado em quatro fases que configuram um ciclo avaliativo: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A etapa de desenvolvimento era conformada pelas etapas de autoavaliação, educação permanente, monitoramento e apoio institucional. Na etapa de autoavaliação era uma indicação do PMAQ que fossem produzidas matrizes de intervenção (MIs) a partir do instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) (Brasil, 2013).

O AMAQ era composto por um conjunto de padrões de qualidade com os quais as equipes analisavam e parametrizavam suas práticas nos escores de 0-10 tomando o padrão como parâmetro. Os padrões de qualidade

eram declarações formuladas a partir das normas, diretrizes, dos princípios e conhecimentos técnicos e científicos atuais, que fundamentavam a atenção à saúde esperada na AB (Brasil, 2013).

Cruz et al. (2014) reconhece que as equipes realizam a autoavaliação com acesso a dados para análise da situação de saúde, identificando problemas e definindo prioridades, porém, reforça a necessidade do aprimoramento e da integração da prática autoavaliativa.

Ao construir as MIs, os profissionais envolvidos faziam um trabalho reflexivo, pensando na prática cotidiana do trabalho, de forma a recolocá-la, reanalisá-la e reconstruí-la. Como resultado, transpunham o que era discutido, refutado, inferido em equipe, para a forma de texto. Podemos então considerar que a escrita, nesse contexto, se desenvolvia como uma ferramenta de trabalho intelectual que refletia a análise da prática, e como denotava o instrumento AMAQ, a escrita se tornou uma ferramenta de avaliação da prática dos profissionais no trabalho.

Desta maneira, no contexto avaliativo disparado pelo PMAQ, buscamos fazer uma análise dos documentos MIs, enquanto uma ferramenta de avaliação do trabalho e no trabalho e a partir do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI).

Para a AI, a sociedade é composta por uma rede de instituições que são lógicas abstratas e também materiais, resultantes de um processo dialético, definido por três momentos: o instituído é o que a instituição revela prontamente, é sua parte mais aparente e também mais fixa; o instituinte que é a parte mais plástica que questiona o instituído, e a institucionalização, quando o instituinte provoca uma nova conformação do que havia antes, em outra forma de ser, mediante a qual a instituição é tensionada e se atualiza (Lourau, 1995). Frequentemente, as instituições “se esquecem” de suas profecias iniciais com as quais foram fundadas (Lourau, 1968), desse modo, se reconhecer os momentos de uma instituição é preciso analisá-la, na busca do não aparente, do não dito.

A escrita participa da instituição linguagem, possui normas, regras ditas e não ditas. Um conceito trabalhado por Lourau (1988) na análise institucional é o efeito Goody, que se refere a uma certa zona cega nas investigações, que faz com que enxerguemos aquilo que queremos ver e que podemos escrever. A escrita responde a encomendas, ou seja, no caso de pesquisas, responde às formas solicitadas pelas normas científicas, interferindo na produção de conhecimento.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa baseado em pesquisa documental e embasado em conceitos do referencial teórico-metodológico da AI. Para a AI, a análise de papel é feita quando o material empírico da análise é constituído por documentos. Nesse caso, o pesquisador assume uma posição de perito ao fornecer diagnóstico e elucidar problemas da organização (L'Abbate, 2012). A perspectiva é dar visibilidade às possíveis fragilidades da organização, sendo que essas fragilidades podem vir a ser potencialidades quando discutidas em coletivos.

Analisamos 96 MIs construídas por equipes de ESF entre os anos de 2012 e 2015, no contexto autoavaliativo disparado pelo 1º e 2º Ciclo do PMAQ. Durante a produção dos dados não foi possível discriminar quais MIs foram construídas no 1º e quais foram construídas no 2º ciclo do PMAQ devido às equipes não terem essa informação de forma precisa.

As MIs foram digitadas na íntegra em arquivo Excel e foram identificadas por letras em relação ao município (A, B, C, D e E) e enumeradas de forma cardinal crescente, em relação à unidade de saúde do respectivo município (A1, A2...B1, B2... C1, C2... etc.) e às MIs da respectiva unidade (A1.1, A1.2, A1.3). Por exemplo, no município A, seis unidades de saúde encaminharam matrizes de intervenção, então a numeração vai de A1 a A6, e as MIs da unidade A1 vão de A1.1 a A1.4, referente às 4 MIs que a unidade A1 encaminhou.

A análise ocorreu a partir de inúmeras leituras, confrontação das informações com o objetivo do estudo e com conceitos do referencial da AI. Em acordo com Cellard (2008), nesta etapa o pesquisador desconstrói o documento, tritura-o e o reconstrói novamente à luz de sua pergunta de pesquisa. Para isso, o autor argumenta ser preciso empenho em descobrir as ligações entre fatos acumulados e entre os elementos de informação que parecem estranhos, em um primeiro momento. É esse encadeamento de ligações, por meio da leitura exaustiva dos dados, entre a problemática do pesquisador e as diversas observações extraídas de sua documentação, que lhe possibilita formular explicações plausíveis, produzir uma interpretação coerente e realizar uma reconstrução de um aspecto qualquer de uma dada sociedade, neste ou naquele momento (Oliveira, 2016)

A pesquisa foi aprovada por Comitê de ética em Pesquisa (Processo 53990316.2.00005393) e autorizado pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios participantes do estudo, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Nos municípios A, B, C, e D, alguns problemas são apresentados nas MIs como “falta”, “ausência” ou “falha” na assistência à saúde.

Quadro 1. Falta, ausência ou falha na assistência à saúde.

ID	Problema	Objetivo	Estratégia
A2.2	Ausência da orientação e aconselhamento sobre planejamento familiar para adolescentes e mulheres.	Orientar quanto à utilização de método contraceptivo disponíveis e seu uso, assim como a prevenção de DST.	Realização de orientações pela enfermeira no dia da coleta de Papanicolau, pelo médico nas consultas ginecológicas e pelas ACS nas visitas domiciliares. Realização de oficinas, teatro e palestras abordando a gravidez na adolescência e DSTs nas escolas do bairro.
B5.7	Falta de participação da comunidade.	Aumentar a participação da população nas tomadas de decisões, no planejamento das ações e nos resultados alcançados.	Convidar a população para participar das reuniões de equipe.
C1.6	Falta de continuidade do cuidado devido à sobrecarga da equipe.	Oferecer cuidado continuado.	Desenvolver documento para registro.
D6.3	Não há ações periódicas sobre saúde sexual.	Que os usuários tenham conhecimento sobre DST/AIDS.	Realização de roda de conversa em evento.

Fonte: Oliveira, 2016.

As equipes, ao compararem sua prática ao padrão apresentado pelo manual AMAQ fazem o diagnóstico da “falta de”, “ausência de”, e da não existência de ações. Tal aspecto leva-nos a entender que o padrão de qualidade se comporta como uma lista de verificação realizada entre o parâmetro indicado pelo instrumento e a percepção dos trabalhadores do que é ou não realizado nas unidades de saúde.

O diagnóstico da não ação sugere como objetivo, de forma quase automática, o contrário: ter a ação. Essa análise simplista reduz processos complexos e não questiona preconceitos e estigmas que precisam ser analisados com mais cuidado. Além disso, torna frágil e ingênua a avaliação, assim como fragiliza a possibilidade de que os serviços de saúde consigam operar tencionando o instituído e, assim, promover ações na direção do cuidado.

Na MI A2.2, por exemplo, o problema foi identificado como “a ausência de ações que pensam o planejamento reprodutivo para mulheres e adolescentes” e, como estratégia, propõem-se ações que mantêm uma distribuição desigual sobre as questões reprodutivas e de parentalidade, reproduzindo o que se espera de homens e mulheres, atribuindo somente às mulheres a responsabilidade com as crianças desde o período gestacional e tornando/mantendo os homens invisíveis nas ações de cuidado (Dantas; Couto, 2018).

Da mesma forma acontece nas outras MI B5.7, em que, para o problema identificado da não participação da comunidade, sugere-se aumentar a participação convidando a comunidade a participar, enquanto estudos problematizam que a construção de um controle social democrático, participativo e deliberativo envolve questões complexas, tais como a mobilização popular, a qualidade da participação e as relações de poder (Nobrega André et al., 2021).

Na MI C1.6, a equipe faz o diagnóstico da sobrecarga de trabalho e indica que esta sobrecarga justifica a falta da continuidade do cuidado ofertado, porém, elege como estratégia a elaboração de “documento para registro”. Cabe salientar que o registro é uma etapa inicial do trabalho e que isoladamente não promoverá “cuidado continuado”, o que reafirma a redução dos problemas (sobrecarga do trabalho e falta de continuidade da atenção) e, por consequência, das estratégias propostas. Isso sugere que a equipe pouco avançou na reflexão no processo de construção da MI.

As equipes apresentam dificuldades para construir informação a partir dos dados gerados na produção do cuidado em saúde e, assim, sugerem como estratégia a criação de instrumentos para a organização desses dados, conforme as matrizes abaixo.

Quadro 2. Construção de planilhas ou tabelas.

ID	Problema	Objetivo	Estratégia
B4.7	Prestar assistência de forma integral à pessoa idosa da área de abrangência.	Objetivo: Manter atualizados 90% dos cadastros da população.	Atualizar o cadastro de todos os idosos da área de abrangência.
D6.1	Acompanhamento do sistema SISVAN; ficha da criança. Planilhas de acompanhamento de 5 a 9 anos.	Manter o sistema SISVAN e as fichas das crianças atualizadas.	Realização de uma planilha para acompanhamento de crianças de 5 a 9 anos; Acompanhamento da alimentação do programa SISVAN e fichas B crianças.
E.1.1	Falha ao avaliar a demanda espontânea. Falta de controle dos encaminhamentos.	Elaborar fichas e passar para os ACS.	Elaborar tabelas de demanda espontânea. Elaborar tabela dos exames encaminhados.
E9.2	Fazer roda de conversa, busca ativa, falta avaliar a demanda espontânea, falta controle dos encaminhados.	Elaborar ficha e passar para o ACS.	Elaborar ficha de busca ativa, elaborar tabela de demanda espontânea, elaborar tabela dos exames encaminhados.

Fonte: Oliveira, 2016.

Para as equipes, a construção de uma planilha ou tabela foi a via escolhida para o alcance da ação de cuidado, como se a formulação do instrumento e o preenchimento com dados significasse “acompanhamento” (D6.1) ou cuidado integral (B4.7).

Diante dos elementos apresentados pelas equipes, apreende-se que a construção de informações por elas, se constitui como etapa importante para a identificação do panorama ao qual se pretende interferir, porém, trata-se de uma etapa inicial da autoavaliação, e não garante, por si só, melhora nas ações de cuidado e, certamente, de maneira isolada, não contribuirá para a melhoria do acesso ou da qualidade da atenção às pessoas.

Quando a equipe define na matriz (A1.1), que o alto índice de cesariana eletiva acontece por falta de informação das gestantes e como estratégia pretende informar essas gestantes por meio de curso e informação impressa, ela de forma simplista ignora a complexidade inerente à construção que fez com que, no Brasil, houvesse uma inversão quanto aos índices preconizados em relação ao parto cesariano e ao parto vaginal (SILVA, 2019).

Na MI (B3.1), quando se define como estratégia “definir cronograma para reuniões”, infere-se que a sua não realização seria por não se ter uma data previamente agendada, ao passo que, na realidade dos serviços, existem forças que se conformam para a existência ou não dos espaços de fala e escuta.

Quadro 3. Indução do raciocínio causa-efeito.

ID	Problema	Objetivo	Estratégia
A1.1	Falta de informação por parte das gestantes.	Informar gestantes e reduzir índices de cesarianas eletivas.	Escolher o melhor dia para o curso. Convidar as gestantes para o curso. Impressão para ajudar no ensinamento
A1.2	Casos positivos de dengue na cidade.	Diminuir casos de dengue e evitar epidemia.	Mutirão no bairro. Entrega de folhetos e jornais explicativos. Palestras.
A1.3	Poucas mães aderidas à puericultura.	Aumentar a procura pela puericultura.	Oferecer durante a vacinação e teste do pezinho. Oferecer durante as visitas domiciliares. Oferecer a puericultura na sala de espera.
B3.1	A equipe não realiza reunião periódica.	Realizar reuniões periódicas.	Definir cronograma para reuniões.
C1.3	A falta de EPI pode causar riscos capazes de ameaçar a segurança e saúde do trabalhador.	Manter a equipe segura.	Solicitar material junto à gestão.
D5.1	Equipe não desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco.	Realizar ações voltadas a esses usuários.	Estratégia: Fazer um grupo de tabaco fora da unidade [...].
E3.1	Falta de organização de fluxo e falta de contrarreferência dos serviços.	Organizar fluxo para otimizar o serviço e proporcionar um melhor cuidado para os usuários.	Organização dos fluxos, visitas domiciliares direcionadas para os pacientes encaminhados a outros serviços [...].

Fonte: Oliveira, 2016.

Chama a atenção a frase: “poucas mães aderidas à puericultura”, quando novamente a responsabilidade pelo acompanhamento dos filhos é imputada à mulher e com a identificação simplificada: “não aderida”. Assim, reitera-se a leitura instituída de que o papel do usuário é o de aderir. Aderência significa “colar”, imaginário de que cuidar significa prescrever ao outro o que deve fazer. Isso desconsidera a vida e a análise do que estamos produzindo, por exemplo, nas consultas de puericultura.

Para além do conteúdo textual, a forma gráfica imbrica a escrita a um alto valor simbólico que impõe que a grafia não se limite em conservar e difundir informações, nem mesmo em ser uma ferramenta de transição da oralidade. A apresentação em forma de tabela descontextualiza a palavra removendo-a do fluxo do discurso (Samson, 2013).

O formato tabela é utilizado pelas ciências sociais e humanas de forma a aproximá-las da “cientificidade” dos textos das ciências exatas,

demonstrando assim, como a escrita é trabalhada pela instituição científica (Samson, 2013; Romagnoli, 2014).

Das MIs produzidas pelas equipes, conforme modelo AMAQ, em tabela, infere-se que essa forma gráfica não permite longos escritos. As descrições pormenorizadas requerem objetividade, pouca problematização do que se está sendo tomado como problema e como ação. Também demanda, implicitamente, uma segmentação dos problemas e das estratégias, induzindo a um raciocínio causa-efeito.

Deste modo, compreendemos que a potencialidade da prática da escrita, que nos remete a um desenho imaginado de liberdade e movimento, aparece nas MIS como uma prática fechada sobre si mesmo, desconectada em relação ao que a rodeia, aprisionada em grades, que limitam previamente acerca do que dizer (Lourau, 2004; Samson, 2013).

Paradoxalmente, é anunciada a reflexividade, a autoanálise, ao mesmo tempo que são propostos instrumentos fechados, em grades. No instrumento AMAQ, a autoavaliação proposta é indicada como importante para a reorganização da equipe e da gestão, quando os “sujeitos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho” (Brasil, 2012, p. 12). Os conceitos de autoanálise e autogestão são compreendidos pelo manual AMAQ de forma diferente da conceituação da AI.

Segundo Barenblitt (2012), a autoanálise corresponde ao processo em que os coletivos, ao olharem para si, apropriam-se de saberes acerca de seus desejos, necessidades, demandas, problemas, soluções e limites. Ao ser realizada, possibilita que coletivos possam se libertar dos critérios de verdade e eficiência impostos pelos instituídos. A autogestão corresponde aos processos em que o próprio coletivo promove o gerenciamento de suas vidas (Oliveira, 2016).

A partir destas premissas consideramos que a proposta de autoavaliação incentivada pelo AMAQ é possuidora de potencial instituinte na medida em que pode vir a ser um dispositivo favorecedor da autoanálise e autogestão das equipes (Brasil, 2012), porém, o próprio instrumento parece capturado pelas forças instituídas. Nesse sentido, a proposta autoavaliativa disparada pelo PMAQ

carece ser colocada, também, em análise, à medida que participa do processo de institucionalização de modos de se avaliar o trabalho em saúde.

Outra questão observada é que algumas MIs apresentam na descrição do problema, do objetivo ou da estratégia, possibilidades de ações presentes na descrição dos padrões de qualidade AMAQ, embasados em referenciais teóricos.

Quadro 4. Efeito Goody.

ID	Problema	Objetivo	Estratégia
D1.1	Observar e esclarecer comportamentos culturalmente determinados e identificar determinantes socioeconômicos.	Introduzir um trabalho voltado à violência e promoção da paz.	Palestras, reuniões e teatros.
D1.2	Ampliar a compreensão sobre a qualidade de vida da população.	Fortalecer o vínculo com a população sobre a realidade de vida.	Aumentar o vínculo da população a fim de que os indivíduos mostrem a realidade através da crítica reflexiva.

Fonte: Oliveira, 2016.

Ao nomear os padrões de qualidade há uma resposta das equipes naquilo que é esperado para se preencher as matrizes, ilustrando o efeito Goody, quando escrevemos condicionados pela demanda do que deve ser escrito e não necessariamente pelo que faz sentido, especialmente em casos em que envolve avaliação, recursos financeiros e poder.

As equipes em processos de avaliação pautam-se naquilo que querem “ver” de seu trabalho e no que “podem” escrever sobre ele e são direcionadas pela encomenda do processo avaliativo.

Segundo Samson (2013, p. 134), analista institucional que vem estudando a escrita e a análise institucional, referindo-se ao efeito Goody:

Ele aparece pela primeira vez no diário de pesquisa (1988) e designa o efeito de retroação da apresentação final da pesquisa sobre o ‘procedimento de investigação’, a coleta de dados, e mais amplamente, o ‘olhar do pesquisador’, ‘o relatório observador/observado’. Como apresentação final, entende-se a escrita do relatório oficial da pesquisa independentemente de sua forma: ou seja, a memória, o artigo, a dissertação, o livro a ser produzido - uma apresentação final

que René descreve como ‘direito de entrada na cidade científica’. As normas institucionais desses escritos a serem produzidos, vão, portanto, colocar-se em primeiro lugar, desde a base, com relação ao que será visto, observado etc.

Podemos afirmar que as planilhas e a demanda da avaliação do PMAQ pelas equipes, condiciona o que vão olhar, como vão avaliar, o que vão escrever, e o que vão esquecer.

Para além dessa característica, a escrita se configura em um trabalho de objetivação, ou seja, tornar a ideia subjetiva em um material objetivo, o texto; e é também um trabalho de subjetivação que demanda que os autores façam escolhas. Isso porque na escrita o autor fica obrigado a fazer seleções do que escrever. Estas seleções podem localizá-lo em relação às próprias concepções - por exemplo, o modelo de saúde que baseia sua prática; ou podem também ser resultado de normas e regras, ditas ou não, que fazem pedidos e que acabam por pré-definir o conteúdo do que será escrito (Hess; Savoye, 1993; Lourau, 2004; Samson, 2013).

Na matriz B4.4 do município B, a escrita do problema, objetivo e das estratégias elencadas, parecem ser mais condizentes com um processo avaliativo, apesar da concepção pouco ampla do conceito de acolhimento.

Quadro 5. Entre o paradigma da avaliação e o conceito de acolhimento.

ID	Problema	Objetivo	Estratégia
B4.4	Estrutura física pouco adequada para acolher usuários. O acolhimento realizado pela equipe como um todo é pouco humanizado, com a escuta qualificada. Demanda espontânea sem fluxos e protocolos bem estabelecidos para avaliação de risco. Os dados da demanda espontânea não são sistematizados para reorientar diagnóstico situacional e planejamento local. Número de funcionários insuficiente para a implantação efetiva do acolhimento e ainda efetuar as demais atividades que lhe competem no dia a dia.	Adaptar a estrutura física e material da unidade para implantar o acolhimento em espaço sigiloso, favorecendo a privacidade e qualidade da escuta. Sensibilização, adesão e compreensão pela equipe de SF da importância da implantação do acolhimento para garantir melhoria do acesso aos usuários e resolutividade das ações. Readequação do processo de trabalho de toda a equipe. Adequação de recursos humanos e processos de trabalho da equipe técnica para implementação efetiva do acolhimento. Implantação de classificação de risco e vulnerabilidade na sala de acolhimento. Registro, monitoramento e análise dos dados do acolhimento, de urgência e emergência.	Determinar sala de acolhimento (sala específica, consultório disponível ou sala de procedimentos). Equipar a sala. Oficinas locais para a construção e reorganização do processo de trabalho da equipe. Adequação de recursos visuais e informativos sobre a nova organização da equipe para o acolhimento local. Análise semanal durante reunião de equipe no período de implantação do acolhimento. Oficina central com a equipe de enfermagem. Escala de rodízio dos acolhedores do dia. Determinação dos períodos de concentração da equipe para o acolhimento. Registro sistemático dos acolhedores nos prontuários de todos os usuários acolhidos. Adesão ao caderno de AB número 28. Agendamento qualificado. Orientação permanente das recepcionistas sobre o acolhimento. Determinação e uniformização dos dados a serem coletados. Registro diário das queixas da demanda espontânea. Sistematização e consolidação mensal dos dados. Análise da informação, diagnóstico situacional e planejamento baseado em evidências clínicas e epidemiológicas.
A5.4	Ausência de priorização do atendimento a demanda espontânea na unidade.	Priorizar o atendimento de acordo com o nível de complexidade, excluindo o atendimento por ordem de chegada.	Criação de protocolo de acolhimento com classificação de risco. Criação de planilha de acolhimento. Capacitação das equipes. Orientação aos usuários.
B1.2	Que as equipes de SF ofereça acolhimento para pelo menos 90% dos usuários do seu território.	Que a equipe seja capaz de acolher 90% dos usuários de forma humanizada e resoluta.	Atualizar o cadastro da pessoa idosa. Distribuir caderneta do idoso. Disponibilizar atendimento preferencial para os idosos na unidade de saúde. Atualizar o cadastro dos idosos com dificuldade e locomoção para planejamento de visitas domiciliares.

Fonte: Oliveira, 2016.

A proposta metodológica do manual AMAQ se aproxima a um paradigma que valoriza a parametrização, ou seja, a homogeneização em parâmetros (as equipes insatisfatórias, as regulares, as boas, as muito boas e as ótimas), e a partir deste, estimula a indução da avaliação por meio do repasse de recursos financeiros

em acordo com a classificação dela. Quanto melhor a fotografia da equipe naquele ciclo avaliativo, maior o repasse financeiro, e variava na época entre 948 reais e 11 mil reais. Daí uma contradição, já que pelo princípio da equidade, as equipes que se apresentam mais distantes do padrão, são as que carecem de mais recursos.

No instrumento AMAQ, 10% da nota avaliativa é atribuída a autoavaliação conforme visa induzir a implementação de processos autoavaliativos. Compreendemos então ser a parametrização, o objetivo principal da avaliação, a qual é conferida os outros 90% da nota. Porém, acreditamos que, ao se parametrizar as equipes, constrói-se a falsa impressão (e certo conforto), de se conhecer a realidade delas. No terceiro ciclo do PMAQ, as equipes foram parametrizadas em números que pouco ou nada nos informa sobre esses territórios, equipes e população, sobre o que priorizar, sobre qual é o problema e quais seriam as possibilidades, e os caminhos para que a gestão possa direcionar as ações para melhorar de fato a qualidade da atenção à saúde das pessoas e o acesso.

Para o Ministério da Saúde parece importante um panorama geral de “como está o país” e, desta forma, os resultados do PMAQ podem contribuir na análise das tecnologias duras, como são os equipamentos e a estrutura física das unidades. Porém, para a análise da prática de cuidados, os resultados também “duros” só podem ser vistos como um primeiro olhar para a avaliação, o início de uma proposta. No direcionamento em profundidade, conforme os paradigmas qualitativos, a ferramenta de autoavaliação, à qual foi atribuída valor correspondente a 10% da nota da avaliação, teria grau de importância de 100%.

A existência de MIs exatamente iguais em equipes diferentes é um dos dados que nos diz a prática do cuidado da saúde e tudo que é inerente a esse contexto é vivo, móvel, plástico, e que a análise da superfície, tomada como verdade única, maquia a complexidade inerente à instituição saúde, produz informações rasas e ações pouco assertivas.

Cabe ressaltar o fato de que os enfermeiros foram os profissionais indicados pelos gestores municipais e pelas equipes para informar sobre documentos do PMAQ. Esse dado diz sobre a instituição enfermagem e sobre sua atuação em processos de gestão e avaliação.

Assim como o instrumento avaliativo é analisado na escrita, as implicações do ato de escrever este capítulo também o são. Tratou-se, em primeiro lugar, de uma exigência do Programa de Pós-Graduação para que os resultados das

pesquisas fossem publicados no formato de dissertação e artigo, o que contribuiu para o Qualis do programa, e no caso deste texto em específico, passado dois anos da defesa do mestrado, um primeiro movimento foi a busca de um currículo que permitisse pleitear uma vaga no doutorado, o que pressionou para sua escrita. No entanto, revistas sugeriram adequações nos artigos, às quais a primeira autora, envolvida em outros processos da vida e do trabalho, não deu seguimento, sendo retomados nesta produção passados cinco anos da defesa do mestrado.

Conclusões

Ao analisar como a escrita participa do processo de institucionalização da avaliação no contexto o PMAQ, afirmamos que apesar de as equipes construírem as MIs, nelas os problemas são identificados a partir da comparação com o padrão do instrumento AMAQ e identifica a não existência ou a falha da ação. A análise da escrita demonstra que a autoavaliação está capturada pela lógica avaliativa tradicional, na qual a partir de uma lista de checagem, identifica-se como problema a ausência ou a falha em determinada ação, e como objetivos e estratégias, elenca-se ter a ação, o que acaba por imprimir uma relação de causa e efeito, simplificando questões extremamente complexas, do cotidiano do fazer saúde.

Os enfermeiros foram os profissionais indicados para falar do PMAQ quando demandados pelos pesquisadores, o que indica a participação ativa desses profissionais para a execução de programas junto as equipes de saúde.

Esse capítulo objetivou olhar o objeto avaliação por uma de suas facetas, por isso é inacabado e carecedor de pesquisas complementares. Deste estudo ficou como desejo e curiosidade saber como as equipes percebiam e realizavam o processo autoavaliativo.

A escrita nas MIs pode se inscrever também enquanto ato político, em defesa do SUS, no contexto atual, tendenciado para as premissas da administração demarcada pelo ideário neoliberal, que modula as questões relacionadas à saúde, e carece análise.

Assim compreendemos, que a realização da autoavaliação pelas equipes e a construção de MIs, tem potencial por poderem demarcar, o contexto político, econômico, social e de saúde na fotografia daquele momento, instrumentando as equipes nas reflexões delas, possibilitando que construam caminhos de

enfrentamentos às problemáticas do fazer-saúde. No entanto, análises sobre a leitura dos problemas enunciados e que escondem as ideologias e os modos de se produzir saúde não são favorecidos ou incluídos nesse processo.

Em relação à formatação tabela da MI, entendemos como uma ferramenta que não favorece a análise em profundidade, mas que pode ser um caminho inicial para as equipes realizarem as primeiras leituras da situação de saúde do território.

Por fim, o referencial teórico-metodológico da AI pode contribuir para a compreensão das instituições enfermagem e avaliação.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade - AMAQ**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

Baremblytt, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora FGB/IFG, 2012.

Cellard, A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. (Org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, p. 295-316, 2008.

Cruz, M. M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, 2014.

Dantas, S. M. V.; Couto, M. T. Sexualidade e reprodução na Política Nacional de Saúde do Homem: reflexões a partir da perspectiva de gênero. **Sexualidad, salud y sociedad: revista Latinoamericana**, n. 30, p. 99-118, 2018.

Hess, R.; Savoye, A. **L'Analyse Institutionnelle**. 2. ed. Paris: PUF, 1993.

Oliveira, K. F. de. **O acolhimento nas escritas das equipes de Estratégia Saúde da Família em um contexto de avaliação**. 2016. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

L'Abbate, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

Lourau, R. **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

Lourau, R. **Análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

Lourau, R. **Le journal de recherche, matériaux pour une théorie de l'implication**. Paris: Méridiens-Klincksieck, 1988.

Lourau, R. **L'instituant contre l'institué**. Paris: Anthropos, 1968.

Nóbrega André, A. et al. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 2, p. 217-237, 2021.

Romagnoli, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

Samson, D. Escrita e trabalho de institucionalização: o efeito Goody. In: L'Abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (Org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, cap. 3, p. 131-146.

Silva, S. S. **Institucionalização do nascimento por cesariana no Brasil e na França**: componentes educativos e sanitários 2019. 340 f. Tese (Doutorado em cotutela) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - École Doctorale Droit et Sciences Humaines, Université de Cergy-Pontoise, 2019.

FORMAÇÃO EM SAÚDE

DIÁLOGOS ENTRE OS SISTEMAS DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO BRASIL E NA FRANÇA - UMA PESQUISA SOCIOCLÍNICA INSTITUCIONAL

Fabiana Ribeiro Santana
Gilles Monceau
Cinira Magali Fortuna

Problematização

O objetivo deste capítulo é o de refletir sobre a instituição formação em Enfermagem no Brasil e na França a partir de uma pesquisa intervenção socioclínica institucional, desenvolvida no processo de doutoramento.

O objeto da tese foi o lugar da promoção da saúde e da prevenção de doenças na formação do enfermeiro nos dois países. A produção de dados da pesquisa desenvolveu-se a partir de um dispositivo de imersão da pesquisadora em duas Escolas de Enfermagem, sendo uma delas no interior de São Paulo e a outra na região parisiense. A produção de dados foi desenvolvida a partir da análise documental, diário de campo, entrevista, observação participante e restituição (Santana, 2016).

As reflexões ora apresentadas são frutos do diálogo entre os dois sistemas de formação. Colocar em evidência as diferenças, as similaridades, as contradições, as tensões da formação do enfermeiro pode contribuir para o processo de desnaturalização dos saberes e fazeres cristalizados e, assim, provocar certa ruptura no funcionamento instituído (Monceau, 2008). Na Análise Institucional, esse desarranjo ou perturbação da ordem estabelecida não é somente assumida, mas sim metodologicamente produzida (Monceau, 2004).

A pesquisa intervenção socioclínica institucional mostrou-se potente no processo de mudança do imaginário social dos participantes e pesquisadores, tanto em relação à formação em Enfermagem quanto ao lugar do professor e/ou pesquisador nas organizações. O presente texto trará alguns aspectos que evidenciam as formas e forças da instituição formação na conformação da Enfermagem enquanto profissão e instituição.

Diálogos, desterritorializações e efeitos

O primeiro aspecto importante identificado no trabalho de campo da pesquisa foi a diferença entre as lógicas expressas nos referenciais jurídico-legais da formação em Enfermagem do Brasil e da França.

Verificamos que os formadores do Instituto de Formação em Cuidados de Enfermagem (*Institut de Formation en Soins Infirmiers* - IFSI) seguiam rigorosamente o documento de base e orientação para a formação, por vezes utilizando a expressão “bíblia azul” ou “bíblia da enfermagem”. Essas expressões colocam em evidência o “aqui e agora” institucional, mas também a gênese histórica da Enfermagem e a sua forte implicação com a instituição religião. A construção sociohistórica da Enfermagem francesa e brasileira foi fortemente constituída sob as bases da religião. Então assinalamos o cruzamento entre as instituições Enfermagem e religião que vai se presentificando no discurso e prática de formadores.

Os principais textos relativos à formação preparatória para o diploma de estado do enfermeiro (*Diplôme d'État d'Infirmier*) provocaram grande estranhamento por parte da doutoranda (professora do ensino superior no Brasil). Como os documentos definem as competências, as modalidades pedagógicas, os critérios de avaliação, os indicadores, a carga horária e outros quesitos é como se imprimissem uma característica uniformizante, normalizadora e inflexível aos processos formativos.

Essa característica é dissonante do referencial jurídico-legal atual da formação brasileira, pois as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (Brasil, 2001) são consideradas um norte para a construção dos Projetos Político-Pedagógicos. As DCN-ENF representam um avanço para a formação, antes pautada em um currículo mínimo com enfoque mais tecnicista, e faz parte de um movimento de redemocratização do Brasil após a ditadura militar e de uma mobilização política da Enfermagem para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, apesar dos avanços impulsionados pela construção coletiva das DCN-ENF, ainda é evidente a hegemonia do modelo newtoniano-cartesiano (Santana, 2007).

Isso equivale dizer que no caminho de tornar-se científica, a Enfermagem vai pautando-se em referenciais conhecidos de ciência hegemônica como é o caso do positivismo.

Acho importante visitar outros Institutos de Formação em Enfermagem, para conhecer outras realidades. A questão é: existem diferenças entre os Institutos? (Diário de campo, França, 06 de fevereiro de 2015).

FRP07: O que mais te choca na nossa maneira de ensinar a profissão de Enfermagem?

Pesquisadora: A formação é muito diferente [...]. O referencial de formação por competência (o livro azul) é muito detalhado. Não sei se todos os Institutos na França fazem o enquadramento da mesma maneira ou se há alguma diferença na formação dos Institutos.

FRP07: É diferente.

Pesquisadora: Não sei qual a diferença, de que maneira é diferente, porque o referencial é muito detalhado e enquadra muito a formação.

FRP07: Cada IFSI tem certa autonomia para construir os processos que lhe são próprios, em função da sua história, dos formadores, da direção [...]. Os estudantes são diferentes, as unidades de ensino não são abordadas da mesma maneira, a parceria universitária não é a mesma [...].

Pesquisadora: Espero visitar outros Institutos para compreender as diferenças (FRP07, entrevista individual, 04 de março de 2015).

Todos os formadores sabem os códigos do livro azul no que se referem as competências. Me lembrei das entrevistas das formadoras (FRP06 e FRP07) quando disseram que não compreendiam o referencial de formação, quando eram profissionais do serviço e faziam o acompanhamento de estudantes. Agora elas “dominam” esses códigos do referencial de competência. Mas não sei se compreendem os quadros filosóficos e pedagógicos que sustentam o referencial de formação da enfermagem (Diário de campo, França, 16 de março de 2015).

Embora a forma de colocar uma formação possa dar margem há algumas diferenças no processo de ensinar e aplicar os conceitos e competências apresentados no livro azul, é inegável que o referencial de formação em Enfermagem francês seja um tanto rígido e técnico.

Esse estranhamento instigou a vontade da doutoranda de conhecer novos IFSI para ampliar o entendimento sobre as lógicas da formação. Assim, lançamos a demanda para formadores vinculados ao *Laboratoire Ecole, Mutations, Apprentissages (EMA)* da *Université de Cergy-Pontoise* (com mestrado concluído ou em andamento em Ciências Humanas e Sociais) e realizamos entrevistas com representantes de outros cinco IFSI da região parisiense.

As entrevistas desenvolvidas com os outros formadores tiveram uma dinâmica diferente das demais. O dispositivo foi pensado a partir do princípio da restituição da socioclínica institucional e do cruzamento de dados entre o Brasil e a França. Além de abordarmos as questões norteadoras da pesquisa, apresentamos alguns dados preliminares, possibilitando a análise coletiva e o diálogo entre as duas propostas de formação; e o confronto dos dados produzidos na pesquisa e as experiências singulares dos formadores.

A formação universitária do enfermeiro na França, institucionalizou-se em 2009, através de uma circular interministerial¹⁰, publicada em julho, convocando 400 IFSI a fazer, localmente, um convênio com a região e uma Universidade, que deveria possuir obrigatoriamente uma unidade de formação e de pesquisa de medicina (*Unité de Formation et de Recherche* - UFR). Um ano mais tarde, um decreto¹¹ dispôs que os estudantes teriam uma dupla habilitação com uma grade de *Licence-Master-Doctorat*¹² e do diploma de estado do enfermeiro (*Diplôme d'État d'Infirmier*).

Com a universitarização, a formação do enfermeiro na França passou a acontecer em três espaços (IFSI, Universidade e campos de estágio) orientando-se no princípio pedagógico de alternância. Ou seja, a formação é construída, em 3 anos, em tempos de formação teórica desenvolvida pelos formadores nos IFSI e professores da Universidade (Faculdades de Medicina) com 2.100 horas e em

10 Circular interministerial de 9 de julho de 2009 relativa ao convênio dos IFSI com a Universidade e a Região, no quadro do processo de licence master doctorat (Ollivier; Bichier; Fontaine, 2012).

11 Decreto de 23 de setembro de 2010 relativo à emissão da grade de licence aos titulares de certos títulos ou diplomas previstos do livro III da quarta parte do código de Saúde Pública (Ollivier; Bichier; Fontaine, 2012). Essa grade de licence garante o acúmulo de créditos transferíveis entre estabelecimentos, possibilitando a entrada em alguns programas de mestrado acadêmico.

12 As formações das profissões de cuidado são as primeiras a adequarem-se na arquitetura de licence master doctorat, conforme a declaração de Bologne de 1999. Essa declaração inicia um processo que, à termo, deve tornar viável um espaço europeu de ensino superior e de um sistema de acumulação de créditos transferíveis entre estabelecimentos (*systeme d'accumulation de crédits transférables entre établissements* - ECTS) (Samson, 2012). A licence é obtida em três anos (30 créditos universitários), o master em dois anos suplementares e o doctorat em três anos (Brunelle; Queneau, 2015).

tempos de formação clínica realizada pelos enfermeiros nos campos de estágio com 2.100 horas (France, 2009).

Esse processo provocou grande tensionamento às instituições Enfermagem e formação em enfermagem e aos seus agentes sociais (formadores, gestores, enfermeiros e estudantes), na medida em que deveriam necessariamente se atualizar a partir de um novo referencial de formação, novos espaços com a inserção da Universidade e novos tempos com o dispositivo da alternância.

Há uma dificuldade da Universidade na compreensão do referencial de formação e no desenvolvimento de uma formação concreta, específica para os enfermeiros. O problema do campo de estágio é que não se apropriaram reflexivamente da nova reforma (FRP26, entrevista individual, 18 de junho de 2015).

Há uma dificuldade de relação e de comunicação dos IFSI com as Universidades que dispensam as unidades de ensino contributivas (FRP25, entrevista coletiva, 8 de junho de 2015).

Os conteúdos não são adaptados à necessidade da Enfermagem de hoje. Os conteúdos da Universidade são calcados na Medicina e nós não temos necessariamente o mesmo raciocínio do médico. Não temos necessidade do mesmo nível de conhecimento [...]. O campo de estágio nos considera extraterrestres. É necessário fazer o trabalho em conjunto, a reflexão com os profissionais do serviço, porque a verdadeira necessidade da população é o campo que conhece. É nossa missão desenvolver a formação em torno dessa necessidade (FRP05, entrevista individual, 19 de maio de 2015).

Há uma grande distância entre o antigo programa e o referencial de 2009, porque os universitários verdadeiramente não têm ideia do que é um estudante de Enfermagem. Eles não têm muito tempo para preparar os cursos. Então, eles são mais próximos ao nível da formação médica que do nível do enfermeiro [...]. O referencial de competência foi mais rapidamente compreendido pelo IFSI do que pelo campo de estágio [...]. Esse referencial que surgiu em 2009 é complexo, porque o campo já está sobrecarregado. Isso demanda muito tempo. Não tem valorização financeira e os preceptores são voluntários [...] (FRP10, entrevista individual, 3 de junho de 2015).

A maioria dos profissionais (dos campos de estágio) não conhecem o novo referencial. Começam a ter enfermeiros no campo formados no novo referencial. Isso ajuda na mudança [...]. No novo referencial se reconhece a expertise e o papel dos profissionais do campo (preceptores) no processo de avaliação. Para alguns profissionais isso é duro e para outros é o reconhecimento de seu investimento no acompanhamento de estudantes. Mas não existe retorno financeiro. No novo referencial o campo tem muito trabalho a fazer [...] (FRP9, entrevista individual, primeira sessão, 5 de maio de 2015).

Na unidade de ensino de Saúde Pública trabalhamos muito. Fizemos um bom trabalho com o médico referência (universitário). Por outro lado, na unidade de ética tivemos a impressão de que a Universidade sabe tudo e nós não sabemos grande coisa. Isso é muito complicado, a relação não é boa. Então, isso verdadeiramente depende das unidades de ensino [...] (FRP1, entrevista individual, 20 de fevereiro de 2015).

A partir da universitarização da formação do enfermeiro na França várias mudanças foram desencadeadas e os saberes dos enfermeiros dos campos de estágios e, sobretudo, dos formadores foram radicalmente tensionados. Agora o mundo profissional onde os saberes técnicos são desenvolvidos deveria dialogar com o mundo acadêmico onde os saberes científicos são produzidos. Esse diálogo provoca atrito e mal-estares nos três espaços onde são formados os enfermeiros, colocando em evidência uma divisão social e técnica do trabalho (Santana, 2016).

Nesse sentido, outra instituição faz interferência e ressonância com a Enfermagem e a formação, a divisão técnica e social do trabalho, que opera separando aqueles que produzem saberes reconhecidamente, no caso a Universidade, e aqueles que aplicam e consomem. Note que já havia essa divisão entre os formadores das IFSI (que possuem formação complementar na *école de cadre*) e as enfermeiras de serviço que executam o trabalho nos hospitais e, também, acompanham os estudantes de enfermagem nas ações práticas.

Outro ponto importante é que a universitarização da formação implica em uma profissionalização dos formadores. Se por um lado, os formadores deveriam se instrumentalizar com novos saberes e fazeres mais conectados com o mundo acadêmico, por outro lado, não existe qualquer investimento por parte das organizações para os formadores se “universitarizem”. É como se a universitarização

francesa tivesse que acontecer indefinidamente nesse modelo híbrido de formação em que os saberes científicos são desenvolvidos pelos professores universitários no espaço da Universidade e os saberes profissionais pelos formadores nos IFSI e pelos profissionais dos campos de estágio (Santana, 2016).

Isso ressalta os antagonismos e as contradições da formação instituída francesa. Se por um lado promove uma abertura e uma transformação do sistema universitário, por outro lado mantém a divisão social e técnica do trabalho entre os formadores dos IFSI e os professores da Universidade. Ou seja, mantêm-se as posições institucionais (jurídico-legais), sociais, políticas, culturais e econômicas.

Essa realidade provocou um enorme estranhamento na doutoranda, considerando que é professora de um estabelecimento federal de ensino superior do Brasil e que teve direito de se afastar integralmente do trabalho, por três anos, durante o processo de doutoramento em Enfermagem em Saúde Pública e em Ciências da Educação (doutorado em cotutela), com garantia integral do salário em todo o período e de progressão na carreira e salário após a defesa do doutorado. Também contou com uma bolsa da CAPES por sete meses durante o estágio sanduíche na França. Isso demonstra a distância entre as profissões de professor universitário e de formador nos Institutos, assim como a distância entre a Enfermagem no Brasil e na França (Santana, 2016).

Sabe-se que essa possibilidade de se formar apoiada pelo estabelecimento empregador, vem se tornando cada vez mais escassa no Brasil, especialmente com a ascensão de governos ultraneoliberais. Hoje, há uma escassez de concursos públicos para docentes nas Universidades públicas e em grande parte do país já há a exigência de título de doutor para ingresso. As universidades privadas pouco ou nada investem na formação de seus quadros de professores, contratando os mestres e doutores já formados no setor público.

Em momentos de convívio e de conversas informais com os participantes da pesquisa na França discutimos essas diferenças e direitos garantidos à doutoranda (professora com licença remunerada). Os participantes da pesquisa que estão no mestrado, por exemplo, tinham apenas um dia na semana “livre” para a qualificação profissional, desde que não atrapalhasse o seu rendimento e suas atividades no IFSI.

Os formadores também expressaram grande estranhamento com a lógica de formação do enfermeiro no Brasil. Damos destaque a seguinte questão: a evolução da formação inicial, da pós-graduação e das Ciências da Enfermagem no Brasil.

FRP3: O novo referencial é para mim eventualmente uma chance de podermos nos reapropriar de uma parte da autonomia, mas isso é feito sob a tutela da Universidade, dos médicos, porque não existe Ciências da Enfermagem.

Pesquisadora: Como mudar essa realidade?

FRP3: É verdadeiramente tomando consciência, poder escrever, se exprimir. A monografia é para dar confiança, desenvolver a capacidade de refletir e de escrever; fazer um curso universitário e desenvolver seu próprio pensamento. Os estudantes chegam no curso querendo aprender técnicas para ficar no mesmo nível do médico. É uma população muito feminina [...]. Sou um pouco pessimista em relação a evolução da profissão na França, mesmo com a universitarização. Não sei se mudaremos nossa realidade. Tenho a impressão de que não tenho mais força, coragem. Não dá para fazer mudanças sozinho [...]. Será que as Ciências da Enfermagem existirão algum dia? [...]. Não sei como ter outra coisa na França do que uma enfermeira hospitalar, técnica [...] (FRP3, entrevista individual, 19 de maio de 2015).

FRP2: Nós precisamos criar a unidade de ensino de ciências da Enfermagem, que está embrionária na França. Estamos na pré-história das Ciências da Enfermagem na França [...]. Como não temos um diploma universitário não temos esse reconhecimento [...].

FRP2: Se eu compreendi bem, a formação em Enfermagem no Brasil é universitária há muito tempo e você está fazendo um doutorado em Ciências da Enfermagem. Quando se tornam doutores em Ciências da Enfermagem trabalham como professores em Escolas de Enfermagem?

Pesquisadora: Em algumas regiões do Brasil existem vários enfermeiros, com mestrado e doutorado, que trabalham no hospital.

FRP2: Trabalham no hospital!?

Pesquisadora: Sim. No hospital e em outros serviços de Saúde Pública. Por exemplo, na Saúde da Família, um programa de saúde.

FRP2: Saúde da família!?

Pesquisadora: Existem muitos enfermeiros das regiões sul e sudeste do Brasil com mestrado e doutorado. Existem outras regiões, por exemplo, nordeste, centro-oeste e norte com um menor número de enfermeiros doutores.

FRP2: Isso depende da região, na verdade.

Pesquisadora: Sim. Depende da região. O sul e sudeste são regiões muito ricas.

FRP2: Entendo.

Pesquisadora: Existem vários doutores em Ciências da Enfermagem.

FRP2: Entendo.

Pesquisadora: Nas regiões norte, centro-oeste e nordeste existem alguns programas de doutorado. É obrigatório que todos os professores de Enfermagem, dos cursos de Universidades públicas, possuam qualificação profissional, com mestrado ou doutorado.

FRP2: É obrigatório?

Pesquisadora: É uma questão fundamental na formação. Existe uma lei da Educação (Lei nº 9.394/1996) que diz que toda Universidade Pública deve ter certa proporção de professores com mestrado ou doutorado (um terço do corpo docente).

FRP2: Aqui tínhamos uma situação muito muito muito diferente. Tínhamos o diploma de estado, o diploma de estado de enfermeiro (*Diplôme d'État Infirmier*) e o diploma de estado de gestão e formação em saúde (*Diplôme d'État de Cadre de santé*) e era tudo. A partir do

momento que entramos na Universidade, com a grade de *Licence-Master-Doctorat*, podemos continuar os estudos. A universitarização pode possibilitar que meus filhos, meus filhos não, meus filhos pequenos, concluam o bacharelado e possam avançar. A diferença fundamental é que vocês construíram a formação em Enfermagem na Universidade e depois atuam como professores universitários.

Pesquisadora: No Brasil temos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem a partir da década de 1970, na região sudeste. E depois todas as regiões do Brasil foram construindo pouco a pouco esse poder.

FRP2: Isso é importante e é realmente um poder.

Pesquisadora: Vou te enviar um artigo que escrevemos (Cinira Magali Fortuna, Carla Aparecida Spagnol e eu) sobre a formação em Enfermagem no Brasil [...] (FRP2, entrevista individual, 17 de abril de 2015).

Evidenciamos que a Enfermagem e a formação do enfermeiro no Brasil e na França são marcadas por profundas diferenças associadas ao processo de universitarização com o advento da pesquisa e da pós-graduação (Santana, 2016).

Na França, não existia, na época da pesquisa, programas de mestrados ou de doutorados acadêmicos em Enfermagem, fazendo com que os formadores buscassem pós-graduações *stricto sensu* em outras áreas do conhecimento, como por exemplo, nas Ciências da Educação, Ciências Sociais, Ciências Médicas, Saúde Pública, entre outras.

Na esteira da reforma *licence master doctorat* foi criado, em 2009, o primeiro mestrado em práticas avançadas (*Master Sciences Cliniques Infirmières*), com uma co-habilitação entre a *École des Hautes Etudes en Santé Publique* e a *Aix-Marseille Université*, com enfoque em cancerologia; gerontologia; nefrologia, diálise e transplante renal; e coordenação de processos avançados de cuidado (*Ministère des Solidarités et de la Santé; Ministère de l'enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'innovation*, 2018). Outros mestrados foram sendo criados com o objetivo de desenvolver as práticas avançadas em Enfermagem¹³.

13 O Conselho Internacional de Enfermagem define o profissional de enfermagem de prática avançada como aquele que adquiriu, através de formação educacional adicional, conhecimento especializado, habilidades complexas de tomada de decisão e competências clínicas, suas características são formadas pelo contexto no qual são credenciadas as práticas (International Council of Nurses, 2008). A Enfermagem em Práticas Avançadas, no Brasil, ainda não dispõe de regulamentação e definição de competências, existindo, no entanto, a Comissão de Práticas Avançadas em Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), por meio da Portaria N° 379 de 11 de março de 2016.

No Brasil, a inserção da Enfermagem na Universidade iniciou-se no final da década de 1930. Tal movimento foi favorecido pela política federal de ensino superior e veio a se completar com a implantação da Reforma Universitária disposta pela Lei 5.540 de 1968 (Baptista; Barreira, 2006). Esse processo conformou não apenas a transição de Escolas de Ensino de Enfermagem não superior para o sistema de ensino superior, como também redefiniu a profissionalização do professor (enfermeiro), sustentada pela cientificização da profissão (Santana, 2016).

Baptista e Barreira (2006) consideram a produção do conhecimento o maior desafio que as escolas de Enfermagem tiveram que enfrentar desde o início da enfermagem moderna no Brasil. Somente na virada do século XX para o século XXI, é que a enfermagem logrou firmar sua reputação de produtora de conhecimento na comunidade científica nacional e internacional, o que passou necessariamente pela iniciação científica do estudante de graduação e o engajamento precoce do enfermeiro nos cursos de mestrado e de doutorado (Santana, 2016).

No Brasil, o exercício do magistério superior é regulamentado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) nº 9.394 de 1996. A referida Lei dispõe que “a preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado” e que a Universidade deve ter um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado (Brasil, 1996).

Desse modo, demarca-se o lugar onde deve ser feita a profissionalização do professor universitário: no campo da pós-graduação *stricto sensu*. Também se estabeleceu certo padrão de qualidade dos estabelecimentos de ensino superior pautado na pesquisa. Ou seja, um professor universitário também deve ser um pesquisador e como tal deve conduzir os processos de formação e de produção do conhecimento de modo indissociável¹⁴. Também foi institucionalizada as atividades de extensão universitária, constituindo-se, assim, a tríade ensino-pesquisa-extensão.

Desse modo, consideramos que a Enfermagem e a formação profissional do enfermeiro no Brasil e na França são marcadas por profundas diferenças produzidas pelos seus sistemas de saúde, pelo contexto e pelo processo de universitarização com o advento da pesquisa e da pós-graduação (Santana, 2016, 2017).

14 O conceito de indissociabilidade do ensino e da pesquisa se origina da Universidade humboldtiana (Alemanha). Esse modelo considera que o conhecimento é instituído pela experimentação e está vinculado ao desenvolvimento social e econômico da sociedade (CUNHA, 2012).

O processo de universitarização foi desenvolvido em tempos e espaços diferentes nos dois países, demarcando certa distância entre as duas realidades. Apesar de se reconhecerem como sendo da área de Enfermagem, não carregam a mesma identidade profissional, papel ou status no campo da Educação e da Saúde. Portanto, tomamos como pressuposto que a Enfermagem no Brasil e na França não se tratam da mesma profissão. Também consideramos que os processos de institucionalização da formação do enfermeiro comportam-se de modos e em lógicas diferentes nos dois países (Santana, 2016, 2017).

Referências

Baptista, S. de S.; Barreira, I. de A. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. spe, p. 411-416, 2006.

Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

Brunelle, F.; Queneau, P. La réforme Licence Master Doctorat (LMD) des professions paramédicales. **Bull. Acad. Natle Méd.**, n. 199, p. 705-715, 2015.

Cunha, M. I. da. A indissociabilidade do ensino com a pesquisa e a extensão como referente da qualidade na universidade brasileira: um discurso em tensão. In: Cunha, M. I. (Org.). **Qualidade da graduação: a relação entre ensino, pesquisa e extensão e o desenvolvimento profissional docente**. Araraquara: Junqueira&Marin, 2012, p. 17-38.

France. **Arrête du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. 2009. Disponibles dans:** <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>. **Consulté le: 20 jan. 2015.**

International Council of Nurses. **The scope of practice, standards and competencies of the Advanced Practice Nurse**. Monograph, ICN Regulation Series. International Council Of Nurses: Geneva, 2008.

Ministère des Solidarités et de la Santé; Ministère de l'enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'innovation. **L'universitarisation des formations en santé. 2018. Disponibles dans:** https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_formations_sante_universarisation.pdf. **Consulté le: 31 Oct. 2020.**

Monceau, G. Analyser la pratique (des autres) pour produire des connaissances: quels enjeux, quels effets? In: Colloque international Chercheurs et praticiens dans la recherche, 2004, Lyon. **Annales...** Lyon: Université Lumière Lyon 2, IUFM de l'académie de Lyon, Université Catholique de l'Ouest, 2004, p. 1-8.

Monceau, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008.

Ollivier, G.; Bichier, É.; Fontaine, M. Réforme de la formation initiale paramédicale. Principes et contexte. **La Revue Hospitaliere de France**, n. 545, 2012.

Samson, D. **Enseignement superieur et formations des secteurs de la sante, du social et de Panimation**: rapprochements et tensions en Île de France. Rapport pour le laboratoire EMA, Université de Cergy-Pontoise. França, 2012.

Santana, F. R. **Integralidade do Cuidado**: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2007.

Santana, F. R.; Fortuna, C. M.; Monceau, G. Promotion de la santé et prévention des maladies dans la formation professionnelle en soins infirmiers au Brésil et en France. **Revue Éducation, Santé, Sociétés**, v. 3, p. 115-135, 2017.

Santana, F. R. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro**: pesquisa socioclínica no Brasil e na França. 2016. 341 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO DISPOSITIVO DE PESQUISA, INTERVENÇÃO E FORMAÇÃO: O QUE A ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES TEM A DIZER?

Eluana Borges Leitão de Figueiredo

Eliane de Oliveira Andrade

Ana Lúcia Abrahão

O Coletivo de Educação Permanente e o contexto de circularidades

Não pude deixar de pensar que tudo começou numa roda, que teve início dentro de cada um, e depois, pelo movimento de afinidade, encontrou outros pares para girar com mais força. Por isso, elegi as rodas de conversa para representar minha leitura de educação permanente, mas como transformar essas ideias num símbolo? E foi assim, no meio dos meus artesanatos, que me deparei, enquanto pensava no assunto, com uma mandala. Encantei-me ao constatar que, dentre os vários significados, ela é também um símbolo de integração e harmonia. Seu formato circular me lembra ciclo, algo que não cessa, mas que se renova a cada volta, trazendo um novo olhar para os infinitos recomeços. Para completar, uma mandala representa concentração de energia, exatamente como nossos encontros!

(Trecho adaptado de um depoimento de uma trabalhadora de saúde participante da pesquisa).

A narrativa que aqui se principia foi uma tentativa de pedir emprestado o olhar do outro sobre os encontros de Educação Permanente em Saúde (EPS) vivenciados em um município da região Sul Fluminense, interior do estado do Rio de Janeiro, nos anos 2014 a 2017.

Buscamos neste texto apresentar a experiência de circularidades de um coletivo de EPS chamado EPensando, mostrando como este se tornou dispositivo de pesquisa, intervenção e formação municipal.

A proposta, que deu nome ao coletivo, era a de entrelaçar à Educação Permanente a ideia de provocar nos trabalhadores, de forma contínua, o pensamento sobre o fazer em saúde, surgindo, assim, a aglutinação dos termos EP+Pensando.

Assim, a partir da experiência coletiva, foi possível, neste recorte, discutir e compartilhar a análise das implicações no caminhar do processo de pesquisa, tomando como base referencial os conceitos da Análise Institucional (AI).

Desse modo, considerando a persistente manutenção dos formatos da educação continuada na gestão da educação do município e o distanciamento dos processos de EPS, como prevê a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), o EPensando emergiu como uma intervenção vinda da pesquisa e se deu em espaços não oficiais de formação na saúde do município, sendo impulsionado inicialmente por uma das autoras (pesquisadora/enfermeira) e posteriormente potencializado por diferentes trabalhadores da saúde (Gestão e Atenção), usuários e docentes locais.

Diante do explicitado até aqui, é oportuno destacar que o coletivo de EPS, tal qual uma mandala, foi um meio para se chegar a certo objetivo e não foi o objetivo em si, isto é, foi uma importante fonte não só de pesquisa, mas de intervenção e de formação no campo da saúde municipal. Por isso, consideramos que a análise das implicações com a pesquisa tem muito a dizer.

Operadores conceituais: do outro lado da racionalidade

O presente texto é parte de pesquisa de doutorado¹ desenvolvida no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Saúde (NUPGES) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, e tem como base referencial os conceitos da Análise Institucional (AI), tomando como autores René Lourau e Gilles Monceau.

Cabe dizer que a experiência de formação de coletivo que se deu no EPensando promoveu rupturas estruturais e radicais nos mecanismos de educação na saúde do município, produzindo movimentos instituintes barulhentos e emancipatórios que deram passagem ao acontecimento da tese na ocasião do doutoramento. A experiência coletiva se deu com muitas lutas. Eu, como pesquisadora, enfermeira e servidora municipal na saúde, não estava apartada delas.

No curso da pesquisa vivi muitos conflitos, um deles era do “lugar” que ocupava na construção desse coletivo. Ora me via no lugar de pesquisadora, ora me via no lugar de enfermeira servidora, ora me via no lugar de participante.

Chegou um momento em que tive dificuldades de analisar os resultados, já que havia uma sensação de que tinha perdido o foco da pesquisa. Foram indissociáveis as interferências que esses “lugares” exerceram na pesquisa, na intervenção e na minha formação.

No processo de pesquisa e intervenção no coletivo de EPS, a pesquisadora não se tratava de alguém externa aos problemas e realidades dos trabalhadores. Era eu, mulher, enfermeira, pesquisadora, servidora municipal. Não havia posição externa, um “fora de”. Assim, a pesquisa deixou de ser somente racional e passou a ser afetiva, implicada e com grande pertencimento. Desse modo, fiz e faço a análise da implicação como sugere Hess (2004, p.23) para quem o analista “não mais se situa no exterior dos grupos, coletividades ou organizações que lhe demandam a intervenção, mas como alguém implicado na rede de instituições que lhe dá a palavra.”

Logo, todo o processo foi ancorado no campo da AI, sobretudo na Socioanálise. Assim, o estudo se colocou a provocar uma análise das implicações por meio de dispositivos analisadores cujo objetivo é fazer surgir o instituinte e provocar a organização, no sentido de forçá-la a falar (Romagnoli, 2014). Dispositivo, aqui, deve ser entendido como um operador de intervenção (Rossi; Passos, 2014).

Assim, entendendo que o coletivo de EPS foi uma conformação provisória de intervenção e de formação municipal com potência para desestabilizar os modos instituídos das organizações (Rossi; Passos, 2014), fez-se necessário analisar as minhas implicações profissionais. Como o processo foi coletivo, também fiz uma análise da instituição EPensando a partir de suas regras peculiares, das relações sociais envolvidas e do movimento dialético entre as forças do instituído (como aquilo que é visível e que nomeia e identifica cada instituição), além das forças instituintes que, segundo Lourau (2014), podem ser compreendidas como aquelas que deslocam, movimentam e provocam o instituído.

Para este estudo, optei dentre os muitos conceitos presentes na Análise Institucional, por aquele que foi explicitado inicialmente por René Lourau no campo da Socioanálise e, posteriormente, trabalhado por Gilles Monceau: a implicação profissional. Para Monceau (2015), a implicação profissional é a relação que o sujeito estabelece com a profissão à qual pertence e com as outras instituições nas quais tem uma ligação (Monceau, 2015). Cabe apontar que a implicação

profissional aqui posta é diferente da ideia de engajamento, comprometimento, compromisso, empenho ou envolvimento dos sujeitos. Esse conceito diz, pois, sobre certa relação que indivíduos desenvolvem com a instituição a partir de suas práticas (Monceau, 2008).

Considerando que a análise da implicação é necessariamente um trabalho coletivo, não cabe analisar as implicações apenas na minha perspectiva enquanto pesquisadora, pois os dispositivos de análise construídos são coletivos (Monceau, 2008).

Para constituição de um campo de visibilidade discursiva das implicações, procedeu-se a uma análise das anotações do diário de pesquisa e de cartas escritas pelos integrantes em 2018, após o encerramento dos encontros. O diário de pesquisa explicitou a minha implicação e não neutralidade na pesquisa, enquanto as cartas foram mecanismos com potencial de produzir movimentos de reflexão acerca do vivido. Nessa perspectiva, pude perceber a intervenção na formação profissional que a pesquisa provocou.

Diante dessas fontes, procedeu-se à análise do material a partir da implicação profissional com o coletivo de EPS, compreendendo as modalidades e efeitos da relação com a instituição EPensando (Monceau, 2015; Borges et al., 2019). O material foi organizado em dois tópicos: 1) A passagem da sobreimplicação como trabalhadora enfermeira a enfermeira/pesquisadora implicada e 2) A experiência com EPS: o movimento instituinte.

1. A passagem da sobreimplicação da trabalhadora enfermeira a enfermeira/pesquisadora implicada.

1.1. As instituições em disputa na enfermagem: os não-ditos

Inicialmente, apresento o que Lourau (2004) entende por análise, qual seja uma forma de decompor os elementos de um todo, como decifrar os códigos não ditos, não visíveis, trazendo a “face escondida” das instituições que nos compõem.

Começo aqui a apresentar as instituições mais marcantes nesse processo que envolveu a vida acadêmica e profissional. A primeira delas, o campo profissional que escolhi: a Saúde. Esse campo, formado por códigos e regras sociais, habita os corpos de quem ingressa como trabalhador e/ou como experimentadores de saúde (seja da rede em saúde como usuário, seja como

produtor de um conhecimento singular do que pode ser estar com saúde ou não). Como experimentadora de uma “Saúde”, esta instituição me compõe desde as primeiras memórias infantis, contadas por minha mãe sobre meu nascimento em hospital, os primeiros adoecimentos, de minhas memórias primeiras de dores e curas. Assim, a instituição Saúde se codificava em meu corpo a partir das experiências de estar viva e resistindo aos males.

Essas experiências me fizeram perceber, mesmo sem saber, que havia pessoas que podiam me deixar viva quando eu adoecesse. Eram as pessoas superpoderosas de roupa branca, que me aterrorizavam com as injeções doloridas, mas, ao mesmo tempo, me curavam. Apesar dessas memórias se fazerem presentes nas escolhas do campo profissional, na dimensão cronológica, eu não previa que anos mais tarde estaria dentro de jalecos brancos “aterrorizando” e curando pessoas.

Ao entrar para a formação no campo da saúde, comecei a produzir outras experiências a partir da instituição Enfermagem. Confesso que já passei por fases apaixonadas e por outras carregadas de decepções. Conhecer o campo da Saúde a partir da Enfermagem é perceber no corpo as dominações do Estado expressas em forma de desvalorização econômica e social. Lourau (2004, p. 77), quando esclarece o poder centralizador do Estado, fala: “O Estado centralizado funciona tanto como fonte de repressões, quanto além disso, mediante todos os seus mecanismos e aparelhos ideológicos, como produtor permanente do desconhecimento institucional”.

É sabido que o campo da saúde é um campo de saberes autorizados pela ciência, sendo, portanto, espaço em que há regimes de verdades e jogos de disputas, onde algumas instituições podem ser desqualificadas em detrimento de outras. É a dinâmica de dominante e dominado que está sempre presente na produção de instituições, e que faz com que a Enfermagem ora ocupe um lugar social subalterno, cabendo-nos apenas ser o suporte para um campo de dominações do Estado, ora acione poderes, também de dominações, diante de sua equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, por exemplo.

Experimentar o campo da Saúde por dentro, pelo ventre das instituições, me fez forjar, também no corpo, instrumentos de luta e resistência, me fazendo aceitar algumas normas e, por vezes, deixando escapar outras. A essa dinâmica Lourau (2004 p. 71) chamou de *instituição*: “[...] as instituições são normas. Mas

elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição.”

Nesse percurso profissional como enfermeira, pude perceber como a minha profissão assume, no interior dos processos de trabalhos, um volume de tarefas que a própria categoria profissão não consegue nomear/qualificar dentro dos dispositivos da rede de saúde. Aquilo que compõe a instituição Enfermagem atravessa as trabalhadoras desse campo individualmente, a partir das marcas institucionalizadas, já em formas estabelecidas de “mulher”, “mãe”, “cuidadora”, que dão à enfermeira esse lugar de corpo que tudo suporta, que “faz tudo” (Paquiela, 2022).

Foi o “fazer tudo” que deu certo *status* e reconhecimento às nossas referências profissionais Florence Nightingale e Ana Neri que, no campo de batalha, atuaram no cuidado corporal dos feridos, na limpeza das enfermarias, na alimentação dos doentes, na lavagem de roupas e outras atividades (Figueiredo; Trevisani, 2019).

Assim, a partir desses signos, instituições tanto do campo da saúde como da Enfermagem evidenciaram a criação de novas instituições. Nessa dinâmica de lugares institucionalizados e produção de novas instituições, o trabalho da enfermeira diante do Estado pode se apresentar “sobreimplicado”. A enfermeira que “tudo pode”, a máquina de “fazer acontecer” no campo da Saúde nem sempre se dá conta de que seus corpos servem de efetuações de poderes que a fazem traduzir sua potência implicada no trabalho como uma sobreimplicação. A sobreimplicação é um conceito que traduz bastante a captura da força de trabalho da enfermeira no campo da saúde, pois, como nos apresenta Lourau (2004, p. 195), “Do ponto de vista da análise institucional, a sobreimplicação não só produz sobretrabalho, estresse rentável, doença, morte, mais-valia, como também *cash flow*— benefício absolutamente nítido e consagrado ao reinvestimento e, portanto, ao crescimento indefinido da empresa-instituição”.

Esse movimento é um processo lento e dolorido, visto que ser uma profissional competente, de sucesso e que é movida por desejo é bastante conflituoso na minha profissão. Ao assumir “trabalho a mais”, reconhecemos nisso um movimento corriqueiro no fazer da enfermeira, talvez porque seja próprio de uma profissão que

ainda está em vias de se fazer. Nesse processo, submergimos a tudo que nos é imposto e somos levadas, quase que no automático, a reproduzir funções que poderiam ser de todos, mas ao mesmo tempo não são de ninguém. De fato, esse “não é de ninguém” geralmente é um atributo apreendido pela enfermeira.

Assim, temos percebido que a força de trabalho sobreimplicado da enfermeira se faz necessária e oportuna para perpetuar as forças de dominação sobre os corpos no campo da saúde. Como efeito desses poderes, as enfermeiras se tornam doentes e exaustas por levar “nas costas” os fazeres institucionalizados como se fossem suas atribuições profissionais.

Muito desse esgotamento, visto e sentido, despertou em mim o interesse na EPS como uma possibilidade de conferir ao trabalho dos profissionais, principalmente à enfermeira, novas matizes e novos instrumentos de luta e de análise dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Esse despertar foi um movimento instituinte que deu passagem à construção de novos mundos e significância da prática profissional, impulsionando o desejo de construir espaços para que os trabalhadores da saúde pudessem compor. Nesse sentido, a EPS me pareceu oportuna. Para tanto, no tópico a seguir, apresento o processo em que passei a ser “fazedora” de encontros.

1.2. Enfermeira “fazedora” de encontros: as implicações em análise

Como na perspectiva da Alimplicado sempre se está, não basta identificarmos as implicações e sim colocá-las em análise. Desse modo, além de identificar as instituições que me compõem, apresento também a análise da minha implicação profissional enquanto pesquisadora/enfermeira na construção da pesquisa/intervenção/formação. Para esta análise, coloco em questão o seguinte ponto de reflexão: Por que o meu interesse, desejo e implicação com o tema da EPS?

Como dito anteriormente, ao ingressar no campo profissional da Saúde pela Enfermagem, pude perceber forças em disputas que não eram percebidas na época de minha formação na graduação. Nessa ocasião, ainda como estudante, houve um despertar em mim e um intenso desejo pelo ensino, através de pequenas incursões na obra de Paulo Freire que me incitavam a pensar um processo de ensino

ativo, criativo e potente, diferente das aulas que recebia, que em sua maioria, se davam com conteúdos desinteressantes e pouco atraentes. Isso me desestimulava enquanto aluna e me tornava cada vez mais crítica dos modelos de ensino.

No ano de 2011, após aprovação em concurso público para a secretaria de saúde de um município da região do Médio Paraíba, iniciei minha trajetória no SUS (Sistema Único de Saúde) e não demorei a perceber as fragilidades na formação profissional da enfermeira, e quanto minha profissão era sugada com fazeres outros, o que produzia um trabalho exaustivo e automático. Isso também se estendia aos técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhavam comigo.

Diante desses incômodos vivenciados na minha prática profissional como enfermeira, passei a pesquisar e me debruçar sobre o tema da Educação Permanente em Saúde, na especialização em Ativadores de Processos de Mudanças na Formação Superior (FIOCRUZ), no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e, posteriormente, no doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde, ambos na Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF). Ao todo, foram seis anos de estudo sobre a temática com investimento próprio, pois não tive financiamento de agência de fomento, passando a dividir o tempo entre o trabalho como enfermeira e as pesquisas.

Ao analisar a minha implicação com a EPS, percebo que havia em mim um desejo por *desformação*, como diria Manoel de Barros (1996), e que o ensino era uma possibilidade de construir práticas profissionais diferentes no campo da saúde e da enfermagem. Mas reconheço que esse desejo pela EPS também era decorrente de minha “universitarização” (modo do fazer universitário) como enfermeira, que historicamente é uma profissão voltada para gestão do cuidado e para o ensino, signos atribuídos historicamente às mulheres na sociedade (Passos, 2012). Isso implica pensar que a ação educativa é intrínseca à formação profissional da enfermeira, diferente do que acontece em outras profissões da saúde.

Quando se trata de outras categorias profissionais na saúde, nota-se que a dimensão educativa geralmente é protagonizada pela enfermagem, ao passo que é perceptível certo esvaziamento e distanciamento por parte de outros profissionais no que se refere a essa função (Borges et al., 2019). Assim, a EPS tem sido um espaço profissional que a enfermeira se dá o direito de ocupar, ou melhor, é um espaço que nos vem sendo autorizado. Em outras palavras, o saber hegemônico “nos deixou” assumir, nos jogos de disputas da instituição Saúde, essa função de educadora (Santos; Lina, 2008).

Motivada a trazer desejo ao meu trabalho e dar sentido ao meu percurso, passei a ser “fazedora” de encontros, tanto individuais com outros trabalhadores que atuam diretamente na assistência aos usuários, quanto encontros com a gestão municipal e dos serviços de saúde, com coordenadores da Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES), com usuários e conselheiros da saúde, com docentes locais e, por fim, encontros com o coletivo que se formou a partir desse movimento no campo de pesquisa/trabalho. Com esse movimento, passei a questionar o papel da gestão municipal na formação em saúde, uma vez que o predomínio de capacitações era notório e não observava nenhum espaço de Educação Permanente em Saúde acontecer no município.

1.3. Enfermeira/pesquisadora implicada: tecendo alguns analisadores

Considerando que optei por um modo de pesquisar que, segundo Abrahão et al. (2013), não aparta sujeito e objeto, mas, pelo contrário, implica os sujeitos na experiência da pesquisa, prossigo a análise de minhas implicações no processo de pesquisa e coloco em evidência alguns analisadores. Quando estou falando de analisador, anoro-me no conceito de Guattari (2004), que o define como aquilo que provoca análise e explicita determinada realidade institucional, deslocalizando-a ou despersonalizando-a.

Para esse debate, alguns fios dessa tessitura serão puxados, especialmente aqueles que dizem respeito às implicações econômicas, ideológicas, organizacionais, materiais, ou libidinais e as sobre implicações no processo de pesquisa, como propõe Monceau (2008).

Na direção das implicações econômicas, materiais e organizacionais, destaco que o dinheiro é um analisador de implicação (L'Abbate, 2004). Posso dizer que alguns recursos financeiros foram requeridos para a construção da pesquisa/intervenção/formação. Para a pesquisa, disponibilizei recursos financeiros com publicações, formatações, traduções, livros, submissões em revistas, congressos e outros. Com as rodas de EPS, tive custos com lanches para os participantes, pois o município não disponibilizou recursos financeiros para o coletivo, além de também gastar recursos próprios com materiais de papelaria, xerox e para a decoração dos espaços educacionais.

Para participar dos encontros, que aconteciam uma vez ao mês, gastei também com deslocamentos de ônibus em dias fora daqueles destinados aos meus plantões, pois o município que trabalhava ficava cerca de 180 km de distância de minha residência. Isso dava um total de três horas de viagem, usando três conduções para ir e três para voltar. Além dos deslocamentos para chegar ao local dos encontros, ainda destaco os deslocamentos no próprio município, feitos para acessar a secretaria de saúde e os serviços de saúde, de modo a sensibilizar os trabalhadores para as rodas de EPS.

Apesar de todos os recursos próprios que foram usados, não os vi como gastos e sim como um investimento na carreira docente que eu tanto aspirava, além de um possível desdobramento em produção científica que fortaleceria meu currículo. Mas trabalhar e ser pesquisadora ao mesmo tempo foi fácil. Isso exigiu, além de apostas financeiras, adiamentos de planejamentos pessoais. O analisador dinheiro, devido à necessidade de trabalhar em dois lugares para estudar, disputou com a qualidade de meu processo de leitura e aprofundamento nos referenciais teóricos exigidos para elaboração de uma tese, por exemplo.

Na direção dos analisadores de implicação com a pesquisa na perspectiva ideológica e libidinal, destaco o SUS e a EPS. O SUS fazia parte da minha implicação profissional como uma questão ideológica. Havia em mim certa militância e esperança de que, por meio de meu trabalho como enfermeira, eu poderia materializar um sistema de saúde mais humano e mais potente. Além da implicação com o SUS, a ideia da construção de uma enfermagem mais potente a partir da via científica era, e é, para mim, o caminho do protagonismo — e o doutorado em enfermagem poderia me fortalecer intelectualmente para isso.

Ao analisar minhas implicações profissionais, destaco a crença de que a EPS poderia ser transformadora das práticas profissionais e que a implementação da PNEPS era a solução para efetivação de mudanças nos espaços produtores de saúde. Esse desejo me moveu durante toda a pesquisa e me vi sobre implicada, ou seja, impossibilitada de analisar a implicação com a EPS. A PNEPS bastava enquanto conhecimento sobre EPS.

Essa sobre implicação me impediu de perceber o processo de produção, de disputa e de tensão com diferentes atores que estavam operando sobre diferentes linhas de forças. Monceau (2008) diz que estar sobre implicado é estar cego aos

movimentos do campo, ou seja, tão implicados que podemos não conseguir criar outras sensibilidades para acompanhar os processos.

Logo, ao perceber que estava sobre implicada, passei a buscar mais entendimentos sobre a EPS da região e do município. Interessava-me o não dito. Este exercício foi importante e atravessou toda a pesquisa. Passei, então, a cartografar a educação na saúde do município. Inicialmente, realizei um levantamento do Plano Municipal de Saúde; das Atas das Conferências Municipais de Saúde; dos registros dos três últimos anos da educação promovida pelo município aos trabalhadores de saúde. Também conheci a Comissão de Integração Ensino e Serviço da região e, por fim, realizei conversas com os trabalhadores dos serviços de saúde e da gestão municipal para saber o que eles compreendiam sobre EPS e qual a formação que desejavam para si.

Esse movimento de problematizar a EPS nas redes e em mim abriu passagens para novas análises e deu visibilidade, também, a algumas contradições e conflitos que me atravessaram no processo da pesquisa. Primeiro por compreender que a EPS era uma potência transformadora e que eu poderia ajudar o município nessa construção com o conhecimento que tinha, mas, todavia, por ser servidora e por temer que a gestão não compreendesse a proposta de construção de espaços que tornam os trabalhadores pensantes sobre suas práticas, o que poderia prejudicar a pesquisa e também a experiência com EPS.

De fato, o coletivo era atentamente observado pela gestão municipal e a falta de investimento financeiro ou de recursos humanos era uma forma de controle de sua expansão. Assim, mesmo com um aparente “apoio” da gestão a partir da criação de um núcleo de EPS, algumas forças institucionais foram usadas para conter avanço do EPensando: não reconhecer, não legitimar, desinvestir e desacreditar na potência.

Tal fato ficou evidente quando o coletivo ganhou o primeiro lugar no INOVA-SUS do Estado do Rio de Janeiro com um valor importante para ser usado na EPS do município. No entanto, este dinheiro foi devolvido pela nova gestão municipal à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) por não desejarem trabalhar com o projeto de EPS desenvolvido pelos participantes do coletivo, já que ligavam o trabalho à gestão anterior. Como o dinheiro é um importante analisador, o ato de devolver recursos em plena crise financeira carece de ser analisado de forma aprofundada.

Acredito que a ameaça maior do coletivo era a da distribuição de poder para os trabalhadores que, por sua vez, poderiam ser guiados pelo desejo de autogovernarem, uma expressão da potência que seria incontrolável para o Estado. Como exemplos desse controle dos corpos, algumas chefias de setores e serviços na saúde, não liberaram os trabalhadores para participar dos encontros, que aconteciam uma vez ao mês no final do expediente — como se fossem seus proprietários. Também acontecia de quando os efeitos potentes do encontro chegavam ao conhecimento ou eram verbalizados por algum trabalhador, essas chefias se sentiam enciumadas. Presenciei muitos conflitos nesse sentido.

Por mais que a gestão tivesse a EPS no plano municipal, durante toda existência desse coletivo encontramos bastante resistência. A autogestão parecia não ser bem-vinda. O coletivo tinha uma dinâmica própria de revezamento de mediações das rodas a partir de temas que emergiam dos encontros e funcionava com recursos dos próprios participantes a partir de doações. Devido a essa autonomia, havia uma sensação, por partes dos trabalhadores, de que algumas chefias queriam capturar o coletivo para destruí-lo, fazendo-o um inimigo a exterminar. Por mais que tivessem fornecido a concessão para os encontros, havia sempre uma desconfiança, um “pé atrás”. Como pode um coletivo se formar espontaneamente sem que fosse direcionado pela gestão? Parecia ser inaceitável ter um trabalhador desviante, que dividisse as forças do trabalho com outros corpos e espaços não controlados por eles próprios. Portanto, pude perceber que, se por um lado, o Estado aspira a PNEPS, por outro, não suporta a constituição de grupos sujeitos, como falaremos mais adiante.

No caminho da pesquisa, a experiência com a formação de coletivos na saúde me possibilitou algumas reflexões, sobretudo, no que se refere à organização política da EPS, já que toda a construção ideológica e teórica da PNEPS não avançou no sentido do “como fazer” e de “como sustentar” os processos emancipatórios do trabalhador de saúde. Muitos questionamentos me atravessaram, a saber: como construir coletivos, no interior dos serviços de saúde, de modo a alterar radicalmente o corpo-costume do trabalhador em receber um conhecimento pronto? Como se produz coletivos com uma gestão que atua sob uma lógica controladora que governa segundo a força da produtividade? Como produzir coletivos de EPS se a gestão teme a autogestão, considerando-a perigosa e ameaçadora? Uma aposta política na construção de coletivos de EPS significa dizer que é preciso dar lugar à democracia e à autonomia. Sem isso, a EPS não se materializa.

2. A experiência com EPS: o movimento instituinte

A gênese do coletivo de EPS foi um processo instituinte indissociável do contexto que o produziu, sendo a articulação entre intervenção, pesquisa e formação sua marca principal. Por instituinte, entendemos ser a constatação, a capacidade de inovação e a prática política como “significante” da prática social (Lourau, 2004, p. 47).

Para melhor explicitar esse processo, o texto apresenta, de forma breve, alguns movimentos que acompanhei na transição entre grupo sujeitado e grupo sujeito. Antes, faz-se necessário explicitar o que chamo de grupo sujeitado e grupo sujeito. Guattari (1987), ao escrever sobre as noções de grupo sujeitado e grupo sujeito no âmbito da transversalidade, diz que o grupo sujeitado é aquele que se submete às forças e orientações externas, enquanto o grupo sujeito se orienta por uma autonomia, construída a partir de dentro.

Na tentativa de descrever um pouco do cenário educacional da saúde, utilizo o diário da pesquisadora para apontar algumas constatações. A primeira é que os trabalhadores de saúde (me incluo), eram submetidos a uma formação profissional feita nos moldes da educação continuada, prevalecendo o sistema de capacitações pontuais e de categoria profissional. Dificilmente os trabalhadores de diferentes instituições e formações se encontravam.

As orientações de temas eram um “fora de”, vindas da gestão a partir de critérios epidemiológicos ou necessidades pontuais. Os encontros geralmente eram feitos em auditórios e eram convocados a participar os trabalhadores dos serviços tidos como os representantes da unidade, que seriam “multiplicadores” do conhecimento ou informação recebida aos demais trabalhadores que não participaram. Então, a Atenção Básica em Saúde produzia suas capacitações, o hospital da cidade produzia as dele, a Saúde Mental as dela e assim por diante.

À medida que o movimento de EPS se iniciava no município, encontrei muita resistência, tanto da gestão, como dito anteriormente, quanto dos próprios trabalhadores de saúde. Chegamos a ter encontros apenas com duas pessoas. Parecia ter se estabelecido nos trabalhadores da Atenção um corpo acostumado a capacitações. Era a fórmula que dava “certo” e não incomodava ninguém.

Assim, a princípio, percebi que os corpos estavam resistentes ao movimento coletivo. Os trabalhadores, ao serem convidados para os encontros, ficavam na expectativa de serem conduzidos, tal como ocorre na capacitação, como pode ser percebido na fala da trabalhadora técnica de enfermagem: “Nossa, achei que chegaria aqui e dormiria, como geralmente acontece nos cursos, e me surpreendi”.

Assim, podemos inferir que uma formação constituída pelas forças que vêm de fora dificulta o processo de produção de coletivos e a possibilidade de romper com a força do individualismo/profissão. Esse modelo educacional, presente até então no município, fez com que o trabalhador perdesse o interesse pela EPS e entrasse no personagem conceitual, pragmático, sobre implicado.

Dessa forma, muitos trabalhadores, ao chegar no coletivo, estavam habituados a um conhecimento reconhecido e não produzido, um saber já dito, já formado, já pensado, desinteressante... O saber já finalizado tem uma função econômica, utilitária, finalística, isto é, esse modo de saber poupa o trabalho, o esforço, evita erros e, dessa forma, torna desnecessário o processo de reflexão, tão caro à EPS.

Com isso, eu sabia que precisávamos encontrar modos de desmanchar o aparelho de captura da educação e desconstruir os modelos de encontro convencionais, legitimados e instituídos na saúde do município, repensando assim uma educação baseada em princípios da potência do comum, onde os afetos e encontros pudessem circular livremente.

Levou tempo para que entendêssemos que o tom daquele lugar de encontro não era profissional-centrado. Após um ano de encontro, gradativamente a EPS foi se colocando de forma diferente, como um espaço em que os trabalhadores deixaram de ser conduzidos para inventarem para si maneiras inéditas de ensinar e aprender em comunhão. Uma conversa, um café, um debate, uma poesia, uma música, um livro, uma dança, uma meditação, nada era descartado. Tudo era “educativo”. Tudo era radicalmente incluído.

Assim, ao contrário do grupo sujeitado, o coletivo começou a se tornar grupo sujeito. Isso se deu a partir do momento em que houve um aumento do coeficiente de transversalidade no grupo como oposição a uma verticalidade impressa pela idéia de chefia, por exemplo. Os integrantes agora, no lugar de serem conduzidos, e apesar de toda força contrária vinda da própria gestão, conduziam, promoviam, organizavam, zelavam pelo espaço que era de qualquer um e todos. A

cada encontro, uma mediação diferente. Uns doavam água, outros lanches, outros emprestavam utensílios de casa para decorar o ambiente, outros doavam tempo fora do horário de trabalho e etc. O encontro não mais dependia de mim. Ele se sustentava. O grupo apreendeu a existência dos seus próprios pertencimentos. Foi assim que o coletivo de EPS irrompeu como uma força pulsante e instituinte dando à formação profissional uma característica dinâmica, mutável e mutante do modelo tradicional de ensino na saúde.

Assim, nesse movimento de ser grupo sujeito, o coletivo foi reconhecendo as forças do encontro, subtraindo as formas e, por conseguinte, modificando por dentro o ambiente educacional modulador dos corpos. Fruto dessa organização foi a criação, com membros do coletivo, de um Núcleo de EPS no município, previsto no Plano Municipal de Saúde.

É válido demarcar nesta experiência que a vida coletiva por meio da EPS proporcionou aos trabalhadores de saúde a possibilidade de gerenciarem a própria formação profissional por meio da reflexão do processo de trabalho em seus cenários de prática, deflagrando assim processos de autoanálise e de autogestão. Para George Lapassade (1989), a autoanálise é um conceito que consiste na aquisição ou retomada da ação coletiva, o que possibilita que os sujeitos sejam protagonistas de seus problemas e de suas necessidades. Lembra ainda o mesmo autor sobre o conceito de autogestão segundo o qual os coletivos, mediante os processos de autoanálise, podem se auto-organizar para criar mecanismos que promovam autonomia.

Foi assim que, pouco a pouco, o espaço educacional na saúde foi se colocando de forma diferente, como um lugar de produção de intensidades e de afetos. Desse modo, o coletivo construiu um tipo de saber que subverteu o saber oficial, desviando-se do fluxo educativo habitual a partir dos próprios trabalhadores implicados. Foucault (2011) considera esses saberes como “saber das pessoas”.

Como linha de fuga dos modelos de treinamento presentes na formação dos trabalhadores, os encontros foram como um dispositivo de produção de subjetividades em que os participantes criavam maneiras inéditas de ensinar e aprender. O EPensando deixou um legado no município por meio da proposição de ações de EPS no Plano Municipal de Saúde e a implantação de um Núcleo de Educação Permanente no organograma da secretaria de saúde.

Todavia, cabem algumas perguntas: como um grupo sujeito, com potência de caminhar por si, encerrou suas atividades? Se o coletivo era a expressão máxima da PNEPS, por que o fim?

Sim, o fim veio de fora, por forças contrárias vindas da nova gestão municipal em 2017. Mas, apesar do fim dos encontros, o coletivo permanece vivo na memória, nos afetos, no corpo, numa padaria, numa casa, num aplicativo de *WhatsApp*, em qualquer espaço em que as pessoas produzam e expressem suas conexões, pois o coletivo criou para si um *conatus* coletivo, ou seja, uma força em perseverar nas relações dando passagem a novos fluxos, a novas forças escondidas e invisíveis ao controle do Estado por meio da amizade, parceria e comunhão (Spinoza, 2015).

Por fim, novamente retomamos a ideia circular, incessante, cíclica e renovável da mandala a partir da qual nos diz Guattari que (1974, p. 1): “O critério de um bom grupo é que ele não sonha ser único, imortal e significante, [...] mas se liga a um fora que o confronta com possibilidades de *non-sens*, de morte e de explosão, “dada a sua abertura para outros grupos”.

Referências

Barros, M. **Livro sobre nada**. São Paulo: Record, 1996.

Borges, F. A. et al. Analysis of professional implication as a tool of permanent education in health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, e3189, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3114.3189. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vHJQkbb9CtHgpnWTxbjV3vq/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2023.

Figueiredo, E. B. L.; Trevisani, K. (orgs.) **A história da enfermagem em correspondências: entre fatos e versões**. [S.l.]: Quicelê Publicações Artesanais, 2019.

Foucault, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2011.

Guattari, F. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. São Paulo: Idéias&Letras, 2004.

Guattari, F. **Psychanalyse et transversalité**. [S.l.] : Maspero, 1974.

Guattari, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

Hess, R. O movimento da obra de René Lourau. In: Altoé, S. (org.) **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 15 - 46.

L'Abbate, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital Universitário em Campinas/São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: Rodrigues, H.

B. C.; Altoé, S. (orgs.). **Saúde Loucura 8:**Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 79-99.

Lapassade, G. **Grupos, organizações e instituições.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

Lourau, R. Pequeno manual de análise institucional. In: Altoé, S. (org.). **René Lourau** - Analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 122-127

Lourau, R. **A análise institucional.** Petrópolis: Vozes, 2014.

Monceau, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal - Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008. DOI: 10.1590/S1984-02922008000100007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/nLW73FGMTwHxPgynNsC73hP/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2023.

Monceau, G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte v. 21, n. 1, p. 197-217, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P197>. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9523.2015V21N1P197>. Acesso em: 01 mar. 2023.

Paquiela, E. O. A. **Uma genealogia dos modos de ser enfermeira e mulher no Brasil:** por uma afirmação de um cuidado aterreirado. 2022. Tese. (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.

Passos, E. **De anjos a mulheres:** ideologias e valores na formação de enfermeiras 2.ed. Salvador: EDUFBA, 2012.

Romagnoli, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014. DOI: 10.1590/S0102-71822014000100006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/NqxBHNRmdShkZcgZJ4zg5M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.

Rossi, A.; Passos, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 fev. 2023.

Santos, L. A. C.; Faria, L. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 35-44, 2008. DOI: 10.1590/S0104-12902008000200005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NKZ7dNgvxDLvLJhCvSZTVxB/?lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2023.

Spinoza, B. **Ética.** São Paulo: Autentica Editora, 2015.

ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES DOCENTES NA FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DE UMA ESCOLA TÉCNICA DO SUS

Isabel Cristina de Moura Leite
Lucia Cardoso Mourão
Ana Clementina Vieira Almeida

Introdução

No Brasil, o ensino de enfermagem passou por processos de mudanças, seguindo as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, que reforçam a necessidade de articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação à formação técnica, desde a década de 70, ocorreram reformas educacionais com o objetivo de aumentar a escolaridade dos trabalhadores dessa área (Cunha, 2013).

Neste processo de melhoria da formação do nível técnico de Enfermagem e da qualidade da atenção à saúde, com as mudanças advindas com a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde. Houve um movimento de reorientação de estratégias e modelos de cuidar, tratar para alcançar a saúde individual e coletiva, procurando mudar a formação e desenvolvimento em Saúde, por meio de diversos programas, o que fortalece o campo da formação técnica. Neste movimento as Escolas Técnicas em Saúde passam, então, a serem chamadas de Etsus (Escola Técnica em Saúde do Sistema Único de Saúde) e a Retsus (Rede de Escolas Técnicas o Sistema Único de Saúde) começaram, oficialmente em 2000, a articular relações políticas e técnicas vivenciadas para fortalecimento e integração da rede, compartilhando informações através de estratégias de interesse comum das Etsus.

A escola de formação técnica, cenário deste estudo, faz parte da Retsus e, de acordo com o Decreto 5154/04 do Parecer 39/04 do CNE/CEB e da Deliberação nº 295/2005 do CEE-RJ, rediscute e reelabora o seu Projeto Político-Pedagógico (Brasil, 2004, 2005). O Projeto Político-Pedagógico (PPP) da escola tem como missão: “desenvolver educação profissional em saúde para consolidação do Sistema Único de Saúde, visando contribuir para a qualidade de vida da

população”. O documento destaca como fundamentos éticos e políticos da escola: as práticas transformadoras, ressignificação do conceito de inclusão, levando em conta a competência humana para cuidado, valorizando a autonomia do trabalhador, seus conhecimentos e suas experiências cotidianas, e sua capacidade de transformação. Pontua a Educação Problematizadora como característica da escola e a participação ativa dos educandos no processo de ensino-aprendizagem (Etis, 2008). Essa metodologia utilizada na escola de formação técnica é considerada uma metodologia ativa por utilizar estratégias de ensino-aprendizagem que têm por base a realidade, para a formação de instrutores, profissionais que já trabalham nos serviços de saúde, além de educandos. A metodologia da problematização possibilita observar a realidade (problema), destacar o que é relevante, teorizar o problema, confrontar a realidade com sua teorização e formular hipóteses de solução, aplicando a sua realidade na prática (Luckesi, 2011; Bordenave, 2001). O método ativo de aprendizagem crítico e reflexivo, apoiado pela legislação educacional brasileira e da formação docente, pretendeu romper com o modelo tradicional, buscando a formação de um profissional crítico-reflexivo em relação ao processo ensino-aprendizagem estando preparado para atender às demandas dos diferentes cenários do SUS (Coloni et al., 2016).

Em 2007, a Escola Técnica começou a realizar a formação pedagógica de modo presencial, passando a se chamar Oficina Pedagógica, com duração de 40 horas, estando vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ). Essa formação é um instrumento importante para a compreensão dos processos de trabalho, na perspectiva de uma construção coletiva de saberes e estratégias para uma atenção integral à saúde com qualidade, promovendo a integração do ensino, serviço e comunidade. Porém, desde 2008, a escola vem sofrendo uma precarização sem precedentes que se iniciou pela falta de autonomia para gerenciar recursos e contratar um gestor financeiro que gerenciasse as verbas advindas do Ministério da Saúde para execução e implantação de cursos, afetando toda a dinâmica da escola e o processo de trabalho. As oficinas para a formação pedagógica, que até então foram compostas por cinco encontros com duração de 8 horas cada, totalizando 40 horas, atualmente, dependem da disponibilidade de pessoal e materiais dos municípios. Essas mudanças interferiram não apenas no potencial de criatividade e compromisso dos docentes com o processo de

formação pedagógica para o SUS, mas também levaram a mudanças nas oficinas pedagógicas, na prática profissional dos docentes, favorecendo os conflitos intra e extrainstitucionais, e dificuldades na comunicação e nas relações interpessoais.

Nesse sentido, este texto busca realizar uma aproximação das vivências dos docentes na Escola Técnica, a partir de análises coletivas sobre as suas práticas na formação pedagógica e no seu processo de trabalho, através do seguinte questionamento: de que maneira vem ocorrendo o processo de formação pedagógica docente na Escola Técnica? Ainda que este estudo traga os resultados da formação pedagógica em apenas um cenário, o contexto político e social que afetou esta Escola Técnica, na década de 2000, pode ter tido repercussões semelhantes em outras escolas técnicas, o que justifica um estudo que traga para debates a formação pedagógica em um período adverso nas políticas de educação e de saúde.

Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado realizada no curso de Mestrado Profissional no Ensino a Saúde, na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, concluído no ano de 2018.

Método

Trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa, delineada pelo referencial teórico e metodológico da Análise Institucional na modalidade Socio-clínica Institucional (Monceau, 2015).

Neste tipo de pesquisa, o pesquisador se mantém em contato direto com as pessoas e com o contexto, possibilitando modificar e modificar-se pela experiência produzida pela intervenção, estando relacionada como o pesquisador está implicado com e na pesquisa (Monceau, 2015; Mendes et al., 2016). Cabe ao pesquisador, durante a intervenção, pensar em um dispositivo que seja o mais eficaz para fazer as diferentes instituições ali presentes falarem, permitindo analisar coletivamente uma situação (Lourau, 2014).

Fizeram parte do estudo sete profissionais de saúde, sendo incluídos apenas aqueles que atuavam como docentes na escola, com vínculo empregatício e que estavam presentes no período de coleta de dados. O perfil dos participantes eram: docentes, do sexo feminino, com idade variando de 44 anos a 64 anos, sendo quatro enfermeiras, uma assistente social, uma bióloga e uma socióloga. Com

relação à qualificação, duas são mestres, três estão cursando mestrado profissional, uma está cursando doutorado e uma é especialista. O tempo de trabalho na Escola Técnica variou de dois a trinta anos.

Os encontros foram realizados entre abril de 2017 e março de 2018. Os três primeiros encontros contemplaram o preparo do contexto para a pesquisa, quando foram apresentados à direção da Escola Técnica os objetivos, a metodologia, a aprovação pelo CEP. Foram realizados os convites individuais aos participantes. O quarto encontro aconteceu com o grupo de docentes, nos moldes da intervenção da Socioclínica Institucional, onde se colocou em debates o processo de formação pedagógica na Escola Técnica. O quinto encontro foi o momento da restituição.

Na restituição, podem-se apresentar os resultados parciais da pesquisa, permitindo que os participantes se mantenham ativos no processo de intervenção, dando oportunidade para aprofundar ou questionar as análises ou mesmo considerar a orientação do próprio dispositivo de trabalho (Monceau, 2013, 2015).

As falas foram gravadas, depois de transcritas, bem como o conteúdo do diário do pesquisador, passaram por diferentes leituras, onde se buscou evidenciar as características da Socio-clínica Institucional. Neste exercício, constatou-se que uma mesma fala pode ser incluída em mais de uma característica, por entendermos que nesta proposta metodológica, as características se entrelaçam e se mesclam durante o processo de intervenção, podendo ser percebidas em diferentes fases do processo de intervenção. Elas fazem parte de um processo de trabalho analítico que é colocado em reflexão pelos participantes e pelo pesquisador. Tratando-se de uma pesquisa intervenção, os dados foram produzidos pelos diferentes dispositivos e estratégias de pesquisa que, ao problematizar coletivamente determinado fato, proporcionou a ocorrência de um posicionamento mais crítico e reflexivo nos participantes.

Em resposta ao questionamento elaborado, a análise dos depoimentos e dos relatos do diário, manifestou-se de maneira mais clara em dois temas: 1-Implicações dos docentes com o processo de formação: a antiga Escola Técnica; 2- Novos rumos são evidenciados no comportamento implicado dos docentes: uma nova Escola Técnica?

Resultados

Os resultados serão apresentados a partir dois temas manifestados durante a análise.

- **Implicações dos docentes com o processo de formação: a antiga Escola Técnica**

Durante o processo de intervenção nos debates coletivos, foi colocar em análise diferentes implicações dos docentes, relacionadas ao processo de trabalho na Escola Técnica e ao processo de formação pedagógica. Os docentes, que iniciaram suas atividades antes de 2008, tinham a percepção de que as mudanças que ocorreram após 2008 provocaram um “desmonte” na Escola Técnica, decorrentes de outras formas de relacionamento dos profissionais com os órgãos superiores na oferta de cursos para a formação pedagógica, falta de autonomia na gestão dos recursos financeiros, interferências políticas na Educação e na Saúde, com repercussões no processo de formação pedagógica para o SUS. Pôde-se perceber a dificuldade de alguns docentes em vivenciarem as mudanças na estrutura física, financeira e pessoal e, principalmente, como os cursos de formação profissional eram realizados. Os sentimentos eram de perda, de que não estavam trabalhando da maneira como foram capacitadas, sendo as palavras que mais ocorreram durante o primeiro encontro: luta, resiliência e resistência.

Quanto ao financiamento dos cursos, os participantes revelaram que as mudanças provocaram a perda da autonomia para gerenciar os recursos para a execução e implantação dos mesmos, o que afetou negativamente toda a dinâmica da escola pelas dificuldades de negociação com a gestão acerca dos cursos a serem ofertados e a pouca transparência com relação à destinação dos recursos. Com a descentralização dos recursos para os municípios, aconteceu outra forma de os docentes se relacionarem com o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde. As negociações passaram a ser realizadas com a Secretaria Municipal de Saúde, que trazia suas próprias demandas de cursos e também outras maneiras de se relacionar com a Escola Técnica. Essas mudanças foram percebidas de maneira negativa por alguns docentes.

O seguimento dos debates traz a questão do processo de formação pedagógica docente, onde ficam bastante visíveis as interferências políticas na Educação e também nos posicionamentos implicados dos docentes mais antigos. Os docentes entenderam como perdas, o fato de a capacitação não ser mais realizada em 40 horas, e também com relação a serem ministradas em outros espaços, que determinavam quando seriam realizadas, em qual local e a carga horária das mesmas.

Ao ser colocado em debates como os participantes se percebiam como docentes antes de 2008 e no momento presente, os mesmos deixam transparecer o sofrimento expresso pelos fracassos frente à realidade no trabalho, colaborando com o vazio institucional, profissional e pessoal.

Destacamos que os depoimentos permitiram identificar questões antes não verbalizadas e que, ao serem colocadas em debates coletivos, possibilitaram realizar a análise das implicações dos docentes com o “desmonte” da Escola Técnica e, sobretudo, com a formação pedagógica.

- **Novos rumos são evidenciados no comportamento implicado dos docentes: uma nova Escola Técnica?**

Partindo do pressuposto de que tudo está em constante movimento, as transformações que ocorreram ao longo do processo de intervenção, puderam ser percebidas no encontro de restituição, quando os docentes, realizando uma análise de suas implicações com a formação pedagógica, começaram a ter outro entendimento sobre o processo de trabalho e a metodologia da problematização. Esta diferente maneira de perceber a realidade começou a revelar uma nova Escola Técnica onde os participantes buscaram alternativas para continuar trabalhando e desenvolver sua formação enquanto docentes, trazendo outras experiências nesta formação.

Foi interessante analisar as implicações em conjunto com os docentes mais antigos ainda presos a normas e regras da instituição de formação pedagógica antes de 2008, e a dos docentes que tinham outra percepção com relação a estas mudanças. Nos espaços de debates coletivos, todos participantes puderam perceber estes dois movimentos: posicionamentos mais instituídos e cristalizados na prática de alguns participantes; e posicionamentos que buscavam estratégias naquele contexto, em movimentos mais instituintes.

Os depoimentos dos docentes ingressantes depois de 2008 e até de alguns mais antigos, surpreenderam pela diversidade de atividades relacionadas à formação pedagógica e à qualificação pessoal. Atividades de produção de material didático utilizado na formação de trabalhadores do SUS, além de diversos cursos de formação.

Os relatos deixaram transparecer novas posturas do pesquisador e dos participantes, e pôde-se constatar que as reflexões coletivas, realizadas durante as intervenções nos moldes da Socio-clínica Institucional, possibilitaram o autoconhecimento, a percepção do sofrimento do outro, um repensar sobre o processo de trabalho e com a formação pedagógica ao colocar em análises suas implicações afetivas, pessoais e ideológicas.

Análise dos Dados

Neste artigo, fizemos referências às instituições de saúde, educação e formação pedagógica. Nos relatos, foi possível identificar o momento da universalidade, quando os docentes realizavam reflexões com relação às perdas de suas antigas práticas antes de 2008, o que correspondem ao que havia de instituído em suas regras, normas os valores, no processo de formação pedagógica. O segundo momento, particularidade, pôde ser percebido quando os docentes começaram a refletir sobre o seu novo papel enquanto docentes e nas estratégias buscadas no processo de formação, produzindo condições de atuação de forças instituintes. Estas se referem ao conjunto de determinações materiais e sociais que vem negar o primeiro momento. Finalmente, o terceiro momento, singularidade, resultante da ação da negação das antigas normas institucionais e da aceitação por todos ou apenas por alguns, de novas regras, normas e ideologias que permanecem em constante movimento em busca de atingir determinado objetivo, levando a uma nova institucionalização.

Os resultados apontam para as nuances de uma institucionalização permanente da formação pedagógica. Esta nova instituição aparece permeada de disputas entre as forças instituídas e as instituintes (Fortuna et al., 2017). No caso desta pesquisa, aparecem ainda carregadas de sentimentos de reconhecimento do outro, das diferenças individuais e de possibilidades de ampliar as relações interpessoais. A instituição se encontra em algum lugar entre as forças

revolucionárias do instituinte e aquelas mais conservadoras do instituído. Neste embate, a institucionalização busca do instituído suas formas mais estáveis e, ao mesmo tempo, busca romper a partir de forças instituintes, permanência, a partir de mudanças inovadoras, movimento este continuamente sustentado por forças dialéticas que se mantêm, permanentemente, permeável, fluída e elástica (Lourau,2014; Baremlitt, 2012).

O conceito de implicação fez sentido, quando percebemos que nos depoimentos, as implicações pessoais podem ser percebidas quando fazem referência ao sofrimento provocado pelo “desmonte”; as implicações profissionais, quando destacam a necessidade de terem muita resistência, resiliência e luta para manter a Escola Técnica em funcionamento; e as implicações ideológicas, ao referirem como instituições de saúde e educação interferem em seu processo de trabalho como formadores para o SUS. Pode-se dizer que a prática profissional docente, deste estudo, foi se constituindo por meio do conjunto das implicações profissionais de todos participantes, incluindo maneiras de se relacionar com os colegas de trabalho, com outras instituições, de pensar nas relações e lhes atribuir algum sentido e valor. Por meio deste contato cotidiano e de maneira reflexiva, “como em um espelho - o profissional vai se reconhecendo ao olhar e estando com o outro, ao mesmo tempo em que também vai se constituindo a partir do outro” (Borges et al., 2018).

Percebe-se, nos depoimentos, como a Escola Técnica aparece atravessada pelas instituições Educação e Saúde, e como as interferências políticas levam cada participante a ter um tipo de implicação com estas instituições e com outras instituições que os atravessam. Os discursos revelam que a descentralização do poder, a falta de autonomia pedagógica e financeira da escola, além de provocarem situações conflitivas no processo de trabalho, interferindo na vida profissional e pessoal dos participantes.

Algumas Escolas Técnicas passam por entraves burocráticos e são influenciadas por questões políticas locais, de modo negativo, neste processo, pois a maioria não possui autonomia administrativa, financeira e poder decisório, aumentando a precariedade da formação e da qualificação dos trabalhadores (Galvão, 2012; Gottems et al., 2014). Destacamos ainda, que a falta de autonomia de algumas Escolas Técnicas para a gestão e a execução de recursos, não contribui

para as mudanças que se fazem necessárias e aumenta a precariedade da formação e da qualificação dos trabalhadores.

Com relação às implicações dos participantes com a utilização das metodologias da problematização, diferentes estudos sobre o processo formativo em Escolas Técnicas, apontam esta metodologia como estratégia de ensino, aprendizagem e avaliação na metodologia ativa, por se ancorar na concepção pedagógica que estimula a participação do educando, desenvolvendo a autonomia e a compreensão da responsabilidade individual e coletiva no processo de aprendizagem (Galvão, 2012; Gottens et al., 2014).

As dificuldades na dimensão pedagógica se referem à rotatividade de profissionais, à falta de domínio na aplicação da metodologia, à carência de material didático e, muitas vezes, à falta de recursos financeiros para viabilizar os projetos semelhantes aos resultados deste estudo.

A especificidade deste estudo está na maneira como os profissionais vivenciaram o “desmonte” na Escola Técnica e como buscaram estratégias para dar continuidade ao processo de formação mesmo em um contexto permeado por conflitos e por interferências políticas e institucionais na Saúde e na Educação. O estudo revelou que os participantes puderam sair de seus espaços instituídos para buscar e vivenciar novas experiências instituintes na formação pedagógica, como a busca pela pós-graduação *stricto e lato sensu*; a oferta de cursos utilizando plataformas do Ministério da Saúde, a produção de material didático; a participação em diferentes projetos de qualificação de profissionais para o SUS, dentre outros. Essas ações trouxeram para reflexões que a formação pedagógica pode ser pensada de maneira bem mais abrangente, além do espaço da Escola Técnica.

Os dispositivos utilizados para analisar as práticas profissionais na formação pedagógica e a utilização da proposta metodológica da Socio-clínica Institucional, permitiram que se realizasse a análise das implicações dos participantes, os aproximando de suas fraquezas e potencialidades, permitindo que se fortalecessem como um grupo.

Considerações finais

O estudo possibilitou conhecer os fatores que dificultam e facilitam o processo de formação pedagógica, identificar como os docentes se percebem

no processo formativo e, principalmente, esclarecer como os comportamentos instituídos abriram brechas para movimentos instituintes presentes naquele cenário, revelando as nuances de uma nova institucionalização. Contribuiu, sobretudo, para a construção coletiva de estratégias relacionadas à formação dos profissionais, visando aprimorar a qualidade do ensino oferecida aos trabalhadores e à sociedade.

A utilização da Análise Institucional e, especificamente, a metodologia da Socio-clínica Institucional, produziu reflexões profundas no grupo de docentes da escola, fazendo-os repensar as próprias práticas pedagógicas e o processo de trabalho, ressignificando esses processos e os desafiando para superação.

As reflexões trazidas por essa investigação demonstram a relevância de futuras intervenções Socio-clínica Institucional neste campo, uma vez que podem servir como aporte teórico-metodológico em outras áreas.

O principal resultado deste estudo foi os docentes perceberem sua capacidade de agir por meio do melhor entendimento dos aspectos emocionais, das dimensões profissionais e ideológicas inerentes a qualquer prática a partir da análise de suas implicações. Aceitar e analisar essas dimensões pode contribuir para dar mais poder e legitimidade ao trabalho docente, a partir da construção de um espaço de diálogo e análise reflexiva com as instituições que passam por nós, o que pode trazer benefícios à formação pedagógica da Escola Técnica. Um processo de formação entendido enquanto constituição de sujeitos, vivido em um processo interativo e, por isso mesmo, intersubjetivo, onde os sentidos foram ressignificados por todos os participantes, principalmente pelo pesquisador, confirmando que a partir do diálogo e do desvelamento de situações antes não abordadas e que causavam sofrimento em todos, pode-se fazer frente à condição de heterogeneidade da vida cotidiana da formação pedagógica docente.

Ressalta-se, como limitação do estudo, o fato de os resultados destacarem o processo de formação pedagógica docente em apenas uma escola. Estudos similares, utilizando esta proposta metodológica, seriam interessantes no sentido de conhecer como outros docentes vivenciaram a formação pedagógica em contextos das Etsus.

O estudo contribuiu para o debate e reflexões sobre a formação pedagógica para os docentes das Escolas Técnicas e a formação profissional de qualidade para o SUS.

Referências

- Baremblyt, G. **Compêndio de Análise Institucional**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari; 2012.
- Bordenave, J. D, Pereira, A. M. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 22. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- Borges, F. A.; Rézio, L. A.; L'Abbate, S.; Fortuna, C. M. The entry in the field and the creation of devices in socioclinical research. **Psicol Estud**, v. 23:e40373, 2018. doi: 10.4025/psicoestud.v23.e40373
- Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 15 dez. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1298/GM, de 28 de novembro de 2000**. Instituir a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) (Revogada pela Portaria nº 1168 de 08/07/2005) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <http://10.1.1.213/portal/arquivos/pdf/portaria%201298-2000.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Resolução C1PLAN nº15, de 11 de novembro de 1985**. Dispõe sobre a aprovação do Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio. Brasília: Ministério da Saúde; 1985.
- Camargo, R. A. A. et al. Prática Pedagógica na Educação Profissional de Nível Médio em Enfermagem. *Cogitare Enferm* [Internet], v. 21, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42026>. Acesso em : 20 set. 2023.
- Conselho Estadual de Educação (CEE). **Parecer nº 150/17**. Pedido de renovação do reconhecimento do Ensino Médio [Internet].
- Conselho Estadual de Educação (CEE). **Deliberação CEE Nº 295/2005**. Estabelece normas para o credenciamento de Instituições e autorização de cursos de Educação Profissional Técnica de Nível Médio para o Sistema Estadual de Ensino do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro CEE; 2006. Disponível em: http://www.cee.rj.gov.br/deliberacoes/D_2005-295.pdf. Acesos em: 20 set. 2023.
- Cunha, R. C. O. B.; Ometto, C. B. C. N.; Prado, G. V. T. Trabalho docente coletivo e coordenação pedagógica: entre a heterogeneidade do cotidiano e um projeto de formação de professores. **Rev Educ PUC-Camp** [Internet], v. 18, n. 2, p. 171-9, 2013. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/view/2026>. Acesso em: 20 set. 2023.
- Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS). **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: ETIS; 2008.
- Fortuna, C. M. et al. The institutional socio-clinic as a theoretical and methodological framework for nursing and health research. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 4, e2950017, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017002950017
- Galvão, E. D. A.; Sousa, M. F. D. As escolas técnicas do SUS: que projetos político-pedagógicos as sustentam? **Physis.**, v. 22, n. 2, p. 1159-89, 2012. DOI: 10.1590/S0103-73312012000300017

Gottems, L. B. D. ; Alvarez, A. M. ; Almeida, L. M. W. S. Nursing education: quality, innovation and accountability. *Rev Bras Enferm.*, v. 67, n. 4, p. 499-500, 2014. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670401

Hess, R. Momento do diário e diário dos momentos. In: Souza, E. C.; Abrahão, M. H. M. B. (org.). **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2006. p. 89-103.

Jesus, A. F.; Pezzato, L. M.; Abrahão, A. L. O uso do diário como ferramenta estratégica da análise institucional para abordar o cotidiano do profissional de saúde. O caso do Dom Queixote. In: L'Abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 206-39.

Leite, I. C. M. **Análise das implicações dos docentes na formação pedagógica de uma escola técnica de saúde**: uma abordagem socioclínica institucional. 2018. 159f. Dissertação (Mestrado Profissional no Ensino na Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

Lourau, R. **A Análise Institucional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2014.

Lourau, R. Implicação e sobreimplicação. In: Altoé, S. (org). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 186-98.

Luckesi, C. C. **Avaliação da Aprendizagem Escolar**: estudos e proposições. 22. Ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Mendes, R.; Pezzato, L. M.; Sacardo, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 21, 6, p. 1737-46, 2016. doi: 10.1590/1413-81232015216.07392016. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1177342>. Acesso em: 20 set. 2023.

Monceau, G. **Le courrier électronique dans les pratiques professionnelles**. En éducation, santé et action sociale: usages et effets. Paris: Champ Social Éditions; 2013.

Monceau, G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. **Psicol Rev.**, v. 21, n. 1, p. 197-217, 2015. doi: 10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P197. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000100013. Acesso em: 20 set. 2023.

Mourão, L. C.; Soussume, T. Réflexions sur les actions du programme HIPERDIA dans les centres de santé: implications des professionnels. *Diversitates [Internet]*, v. 7, n. 2, p. 34-43, mar. 2015. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/103/77>. Acesso em: 18 ago. 2018.

Nunes, T. C. M. A história, a saúde pública e a cooperação técnica: antigos nexos e novos desafios do mundo globalizado. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 13, n. 3, p. 830-9, 2008. doi: 10.1590/S1413-81232008000300005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JVwmVXQnWgdFjhgfcx8b5Wq/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2023.

Paraná. **Conselho Estadual de Educação**, 2017. Disponível em : <http://www.cee.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=585>. Acesso em: 31 ago. 2018.

Pereira, I. B.; Ramos, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2006.

Pezzato, L. M.; Prado, G. V. T. Pesquisa-ação e pesquisa intervenção: aproximações, distanciamentos, conjugações. In: L'Abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (org.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 149-79.

Rossi, A.; Passos, E. Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Rev EPOS** [Internet], v, 5, n. 1, p. 156-81, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009”pid=S2178-700X2014000100009. Acesso em: 30 ago. 2016.

Spagnol, C. A. ; L’Abbate, S. ; Monceau, G. ; Jovic, L. Dispositif socianalytique: instrument d’intervention et de collecte de données en recherche qualitative en soins infirmiers. **Rech Soins Infirm.** [Internet], v. 1, n. 124, p. 108-17, 2016. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-1-page-108.htm>. Acesso em: 18 ago. 2018.

Romagnoli, R. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicol Soc.**, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014. doi: 10.1590/S0102-71822014000100006

ATRAVESSAMENTOS DO NEOLIBERALISMO NA DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM: REPERCUSSÕES NA FORMAÇÃO PARA O SUS

José Renato Gatto Júnior
Cinira Magali Fortuna
Noeli Prestes Padilha Rivas

Produzindo (ou apresentando) os conceitos fundantes deste capítulo

Antes e ao iniciarmos a escrita deste capítulo, precisamos destacar alguns aspectos dessas temáticas e colocar em palavras algumas de nossas implicações.

Partimos da premissa de que a educação é uma prática social que vai se produzindo cotidianamente no encontro entre seres aprendentes e que “quem ensina, aprende ao ensinar e quem aprende, ensina ao aprender” (Freire, 2011, p. 25). Isso significa que estamos assumindo que o processo formativo é complexo e que todos aprendem e ensinam no encontro em ato, por meio de vários processos analíticos e problematizadores no dia a dia.

Assim, delimitamos que na formação há a docência e a discência, que se interlaçam no percurso de ensino e de aprendizagem. Mesmo assim, destacamos que docência e discência ensinam-se e aprendem juntos os mais variados conteúdos (conceitos, fatos, procedimentos, atitudes, valores etc.) e que, formalmente, a discência é exercida pelos estudantes e aprendizes que entram em um processo formativo com a finalidade de produzir formas de ser e estar no mundo. Aqui apostamos em alternativas formativas que não exclusivamente a hegemônica forma de entender educação na qual os fracassos são atribuídos exclusivamente aos “fracassados” e que exime qualquer instituição de responsabilidade para com estes efeitos. Ou ainda, refutamos qualquer forma de educação que se pretenda acabada, operando-se a favor da manutenção do instituído, conservando as estruturas, as formas de poder, mantendo a cultura e os ideais elitistas na supremacia das referências formativas (Freire, 2011, 2014, 2015, 2016).

Reafirmamo-nos contra a “educação bancária” que visa depositar/transferir/transmitir conteúdos para dentro da cabeça dos indivíduos. Estamos alinhados com um tipo de educação emancipatória, que pré-dispõe docentes e discentes ao processo de emancipação, a emanciparem-se ao longo do processo formativo por meio do debate, da análise da realidade, da discussão criadora (Freire, 2014, 2016), a qual é permeável e coerente com o referencial da Análise Institucional, no nosso entendimento.

Para tanto, enunciemos que a Análise Institucional é uma corrente de pensamento francesa, desenvolvida principalmente na década de 1960, tendo seus principais idealizadores René Lourau e Georges Lapassade, fundadores da “intervenção socioanalítica”. Esse movimento presenciou o “Maio de 1968 francês” e se utilizou do mesmo para aprofundar as produções conceituais necessárias e fundamentais à Análise Institucional (L’Abbate, 2013; Lourau, 2014; Monceau, 2013, 2015, 2017; Lapassade, 2016).

Dentre as correntes institucionalistas – a Socioanálise, a Esquizoanálise etc., destacamos a Socioclínica Institucional, que tem algumas características que, apesar de serem caras à mesma no nosso ponto de vista, também há flexibilidade em seu atendimento durante o percurso de uma pesquisa científica, por exemplo.

A Socioclínica seguiu-se aos trabalhos anteriores e precursores de René Lourau e Georges Lapassade, notadamente a partir de seu produto que é o conceito de intervenção socioanalítica a partir de escritos de outros autores como von Bockstaele e Touraine (Monceau, 2013). Nessa empreitada, a partir dos elementos da intervenção socioanalítica, Monceau (2013) desenvolveu os principais elementos constituintes de uma pesquisa ou uma narrativa socioclínica, quais sejam:

A análise da encomenda e da demanda; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição; trabalho das implicações primárias e secundárias; intenção de produção de conhecimentos; atenção aos contextos e interferências institucionais (p. 93).

É preciso ressaltar também que o principal conceito da Análise Institucional é o de “instituição” e a mesma é gestada no processo sócio-histórico, por meio do qual tudo vai sendo institucionalizado, seja tanto nas dimensões materiais como

imateriais. Dentro da Análise Institucional: “o substrato material, a infraestrutura organizacional da instituição, sua materialidade falam mais forte que os discursos articulados. Por isso é que são dissimulados pelo segredo, pela canalização da informação, pelas racionalizações ideológicas” (Lourau, 2014, p. 301).

Assim, instituição é entendida na Análise Institucional como aquilo que porta suas regras próprias de existência e que vai se atualizando num contínuo jogo de forças e movimentos, conhecido como dialética institucional (Lourau, 2014; Monceau, 2003).

Na dialética institucional, está em constante embate o instituído como aquilo que se vê, que está dado, passível de ser captado pelos olhos com uma varredura superficial, o hegemônico; as forças instituintes como tudo aquilo que questiona o que está dado, que interpela o instituído; e a institucionalização que é o processo de embate entre o instituído, para manter-se, e as forças instituintes, para transformar o instituído. A síntese desse interjogo é a instituição (Lourau, 2014).

Cabe ressaltar que as instituições nascem e se perpetuam, mitigam, desaparecem e se transformam. A profecia inicial é o momento primário da instituição, a partir do qual a mesma vai se atualizando por meio da dialética institucional e, por aí, a instituição, ao se atualizar se burocratiza. E por meio de atualizações constantes (processo de institucionalização), a instituição se transforma/muda ou mesmo foge à profecia inicial de sua criação (Hess; Savoye, 1993a, 1993b).

Assim, entendemos a Docência como uma instituição que vai se atualizando ao longo do tempo (no processo de institucionalização), por meio dos embates frequentes entre o instituído e as forças instituintes e compreendemos a Enfermagem também como instituição e, desse modo, como prática social no seu devir sócio-histórico, permeada pelas dimensões econômica, cultural, política (PEREIRA et al., 2009) que se atualiza e atualiza os seus ditos e não ditos permanentemente por meio da dialética institucional. Nesse ensejo, apenas acrescentamos uma frase com função adjetiva para delimitarmos e especificarmos a que docência nos estamos referindo: a instituição analisada neste capítulo será a “docência universitária e o professor-enfermeiro”, ou seja, a docência em Enfermagem na educação superior, que compreende a formação de enfermeiros graduados.

Outro marco conceitual importante que precisamos considerar quando falamos de formação de profissionais de saúde no Brasil é o direito universal e inalienável à saúde que fora base dos movimentos e produções sócio-históricas a partir da década de 1960-1970 no Brasil. A saúde como direito mobilizou grupos questionadores (instituintes) das formas ditatoriais de produção a que a sociedade brasileira estava submetida durante a Ditadura Militar Elitista (1964-1984). Movimentos como o de Diretas Já, Movimentos Constituintes, Movimento de Reforma Sanitária, a Saúde Coletiva, dentre outros, atuaram como forças instituintes que abalaram as estruturas materiais e imateriais do pensamento ditatorial elitista brasileiro, naquele momento, fazendo-o ceder em partes e contribuíram para a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo que com várias concessões aos ideais elitistas ao longo da produção do texto final de criação do SUS e sua implementação – vê-se repercussões disto até os dias atuais.

No campo da saúde, um marco sócio-histórico instituinte foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual houve a fala memorável de Sérgio Arouca na contribuição da produção do conceito ampliado de saúde e no esboço inicial do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS). As produções desse movimento instituinte resultou na institucionalização do direito à saúde, não de forma não embativa e livre de disputas, na Constituição Federativa do Brasil (CFB), em seu artigo 196, no ano de 1988. A partir de 1990, o SUS começa a ser organizado e institucionalizado como sistema de saúde e passa a ser a referência nacional para a formação de profissionais de saúde em território brasileiro (Brasil, 1986, 1990a, 1990b, 2015; Stédile et al., 2015).

Nessa direção, este capítulo, portanto, pretende problematizar como tem se produzido o componente ‘docência’ no processo formativo de enfermeiros, ou seja, pôr em análise a instituição “docência no ensino superior e o professor-enfermeiro” com relação à sua imanência ao processo formativo de enfermeiros no Brasil.

Análise desta Encomenda

Ao compor um grupo de pesquisadores brasileiros que utilizam o referencial da Análise Institucional, fui convidado por Ana Lúcia Abrahão e Cinira Magali Fortuna para compor um capítulo de um e-book a ser publicado junto à Editora Rede Unida.

Nessa direção destacamos o efeito Goody, maravilhosamente trabalhado por Dominique Samson no capítulo “Escrita e trabalho de institucionalização: o efeito Goody”, em que explora como as instituições atreladas ao campo da pesquisa vão atravessando e influenciando nas narrativas e escritas “produzidas” pelos pesquisadores (Samson, 2013).

Assim, ao analisar esta encomenda de escrita consigo captar alguns aspectos que podem estar atravessando nesta lógica de produção no convite em si: convite da orientadora – pessoa de respeito, por quem tenho e recebo carinho; me produzindo vontade de participar cada vez mais; e fazendo crescer a responsabilidade para com o grupo de pesquisa.

Também acredito que o referido e-book é de impacto nacional – o que mobiliza o meu olhar do pesquisador (ora como desejo de disseminar saberes dentro da lógica do institucionalismo, ora como necessidade de produtivismo para fins peculiares).

Por fim, vejo também a vontade pessoal de participar e colaborar para a análise da docência universitária em Enfermagem sob a ótica da Socioclínica Institucional.

A Instituição “Docência Universitária e o Professor-Enfermeiro” no Brasil: Movimentos Instituintes a partir da Constituição Federativa do Brasil de 1988

É inegável que o movimento constituinte conseguiu institucionalizar uma constituição mais dentro dos ideais democráticos e de cidadania possível, mesmo diante das disputas e entraves enfrentados ao longo de sua escrita e revisões. A CFB deu base e sustentação para erigir um arcabouço para a consolidação do ideário da saúde como direito em todos os aspectos e dimensões envolvidos e necessários: formação de profissionais, atuação de profissionais, implementação e organização dos serviços do SUS em rede, formação permanente dos trabalhadores, pesquisas voltadas para a melhoria contínua do SUS, instituição de Conferências de Saúde aos moldes democráticos e participativos para revisões contínuas das necessidades de saúde da população brasileira, financiamento pactuado de forma tripartite entre municípios, estados e federação, dentre outros. Entretanto, dez anos após a CFB, em 1998 uma Emenda Constitucional (EC) colocou estas conquistas, sutilmente, em risco (Paula, 2005, 2010).

Em 1992, Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi eleito presidente da República Federativa do Brasil, filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e em 1998 criou o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) por meio da Lei n.º 9.649 de 27 de maio de 1998, o qual foi usado para instituir as mudanças no aparelho do Estado brasileiro para a consecução da perduração dos ideais neoliberais (Paula, 2005, 2010).

Para tal, FHC nomeia Luiz Carlos Bresser Pereira como ministro do MARE, o qual ficou incumbido de promover as transformações necessárias no aparelho do Estado para operacionalizá-lo em consonância com a lógica neoliberal. Nessa empreitada, Bresser-Pereira adotou uma série de medidas instituintes que provocariam a estrutura do Estado Brasileiro para institucionalização da mudança almejada: 1- ele fez uma imersão na Inglaterra para se apropriar do Referencial da Nova Gestão Pública; 2- edição da Emenda Constitucional n.º 19 de 04 de junho de 1998; 3- institui um programa de formação gerencial dos funcionários públicos de alto escalão; 4- separação das atividades-fim do Estado entre exclusivas e não exclusivas do Estado (Paula, 2005, 2010).

Estas medidas instituintes foram eficazes na disseminação ideológica e implementação estrutural de um arcabouço ideal para institucionalização do Estado Neoliberal no Brasil. É destacável que estas medidas deram muita força para o movimento instituinte neoliberal, o qual tem atingido setores e campos estratégicos para a completa institucionalização do Estado Neoliberal (Paula, 2005, 2010).

A Nova Gestão Pública (NGP) tem um nome tão atrativo e convidativo quanto sorrateiro no sentido de que não há absolutamente nada de novo quanto menos de público nessa lógica de gestão. A NGP consiste em inculcar no setor público os ideais e as métricas próprias da administração do setor privado, das empresas, do business, das companhias etc. Consiste num tipo indireto de privatização do setor público (Paula, 2005, 2010).

No campo da educação superior, acredita-se por conta da resistência¹⁵ dos intelectuais, o plano foi atrelar a lógica da competição – extremamente

15 Aqui entendemos resistência no seio da dialética institucional (instituído-instituinte-institucionalização), como um conceito dinâmico constituído de momentos ofensivo, defensivo e integrativo de acordo com Monceau (1997). Assim, é preciso sempre localizar a resistência diante da pergunta “resistência a quê?”. Também precisamos perguntar “é resistir para manter (resistência defensiva)? ou é resistir para transformar?”. Por meio dos momentos da resistência se pode desvelar os instituídos, os movimentos instituintes e o que está sendo atualizado das instituições no processo de institucionalização.

cara ao neoliberalismo – aos financiamentos de pesquisas e à ascensão e à manutenção na carreira por meio da exacerbação da quantidade de “produção científica” demandada nas avaliações. Este pensamento foi muito bem explorado por Valdemar Sguissardi ao longo da década de 1990 e início dos anos 2000, quando destacou o fenômeno de produção acadêmica exacerbada, nomeando-o produtivismo acadêmico (Sguissardi, 2013; Vosgerau; Orlando; Meyer, 2017).

Em concursos para provimento de cargos do magistério superior, por exemplo, as pontuações para produção científica sobrepõem e muito as pontuações relacionadas tanto à formação para atuação no mundo do trabalho, quanto à produção de atividades de extensão universitárias às comunidades. Em pesquisa recente, defendemos a tese de que os efeitos dessa transição nos processos avaliativos docentes para ingresso, manutenção e progressão na carreira, com forte ênfase no produtivismo acadêmico, têm provocado um enxugamento do tempo docente dedicado às atividades que são pouco pontuadas, tais como o ensino e a extensão e um afrouxamento para o tempo docente dedicado em atividades que ‘produzem os produtos’ almejados – quantidades exorbitantes de artigos científicos, capítulos de livros, resumos e idas a eventos, notadamente internacionais (Gatto Júnior, 2018, 2020, 2021).

O que precisamos destacar a partir disso é que o que está sendo, de fato, atualizada nesse ensejo é a instituição docência, que passa a se entender e se exercitar tendo como premissa o ideal neoliberal de competição no processo de produção de ‘conhecimentos’ – os docentes têm tido suas carreiras atualizadas para a lógica de especialistas em publicação de artigos e na escrita de projetos perfeitos para a captação de recursos financeiros. Entretanto, atividades de ensino são cada vez mais menosprezadas, empurrando a formação para um lugar onde tudo é muito superficial, rápido, aligeirado, demandando pouco tempo e pouca energia do docente – em outras palavras, a formação fica relegada à lógica da praticidade, muitas vezes sendo transferida para recursos tecnológicos, online, à distância, de forma remota, com menos interação e dedicação cada vez menor de tempo do docente.

Isso vai institucionalizando um novo imaginário para a atuação do docente universitário, o qual desde o ingresso vai tendo que se apropriar de um jargão específico, cheio de conceitos e convenções (ditos e não ditos), inclusive que permeiam e recheiam os relatórios dos processos probatórios de manutenção do docente na carreira universitária no setor público.

A produção de conhecimento como produto quantificável, ‘ranqueável’ e vendável passa a imperar nesse imaginário docente institucionalizado e vai ganhando o embate contra o imaginário de produção de conhecimento como bem comum e intimamente conectado com a melhoria da vida em sociedade.

Para dar conta do atendimento dessa encomenda da universidade-empresa, o docente precisa planejar suas aulas lançando mão de estratégias de ensino-aprendizagem com foco na praticidade e economia de tempo, com foco na objetividade, seletividade de conteúdos memorizáveis de forma rápida pelos estudantes e formas avaliativas que permitam não tomar muito tempo do docente com estas “questões menores” para sua carreira, uma vez que a qualidade de sua atuação docente não é considerada nos processos avaliativos tal como o é quantificada sua produção científica em termos de artigos em revistas renomadas e altamente reconhecidas no meio acadêmico devido às suas pontuações obtidas por meio de quantitativos de citações – que ressaltam mais daquilo que se adéqua aos pressupostos produtivistas.

Nessa direção, a docência vai tendo que deixar de lado cada vez mais o ensino de cidadãos críticos e participativos, o que demanda muito tempo de dedicação docente, para um ensino mais prático e pouco interativo, muitas vezes através de recursos tecnológicos sem o contato humano face a face em ato. Com poucos momentos de ensino em ato e de aprendizagem em ato, digamos assim, o processo de ensino e aprendizagem vai ficando mais frio e a relação professor-estudantes fica cada vez mais distante, o que contraria os pressupostos formativos de profissionais criativos, críticos e participativos para atuarem na contínua consolidação/institucionalização do SUS.

No campo da saúde, a Enfermagem atua dentro dos limites de uma profissão que é marcadamente feminina e pouco prestigiada diante da divisão social e técnica do trabalho em saúde (Almeida, 1991; Pereira et al., 2009). Ainda prevalece o saber médico como o centro das ações de saúde, apesar de enxergarmos, no Brasil entre 1998 e 2018, uma ampliação quantitativa e qualitativa na diversidade de profissionais e equipes (CASTRO et al., 2019) atuando na produção do processo saúde-doença-cuidado. Além disso, a centralidade dos hospitais e seus saberes também têm sido colocados como imperantes no processo saúde-doença-cuidado, notadamente verificado nas respostas ao enfrentamento

da covid-19 pelo governo brasileiro (Farias et al., 2020; Daumas et al., 2020; The Lancet, 2020; Fortuna et al., 2020).

Vemos, com isso, que o SUS vem sendo transformado de dentro para fora, e não menos também de fora para dentro - o que nos faz questionar sobre a interferência disso na qualidade do SUS em ser referência para a formação de profissionais de saúde, pois o mesmo vem sendo atualizado cada vez mais fortemente aos moldes de uma empresa, com forte valorização da compreensão de saúde como sinônimo e resultado de uma somatória de práticas, técnicas e procedimentos, dentre outros, os quais induzidos pelas contínuas e constantes prestações de contas e avaliação por indicadores de saúde (Albuquerque; Martins, 2017).

Com essa contextualização necessária, podemos traçar algumas preocupações concernentes à formação de enfermeiros no Brasil, tomando como premissa essa configuração do trabalho docente aos moldes neoliberais.

Na pesquisa socioclínica realizada por nós, por meio de alguns analisadores, foi possível fazer mostrar-se alguns efeitos da institucionalização neoliberal do Estado e suas reverberações à universidade pública, à docência e, neste caso, à “docência universitária e o professor-enfermeiro”. Em outras palavras, os analisadores permitiram perceber os efeitos emanados pelo processo de atualização da instituição “docência universitária e o professor-enfermeiro” (Gatto Júnior, 2018, 2020, 2021).

Os analisadores da “docência universitária e o professor-enfermeiro” puderam revelar as instituições outras que estavam atravessando o processo por meio dos seguintes efeitos: competição entre docentes; produtivismo acadêmico como meio de ascensão e manutenção do docente na carreira; estruturação ideológica da universidade para impedimento de instalação e continuidade de referenciais formativos críticos e emancipatórios; e movimentos de resistência confusos, imobilizados ou inexistentes ainda.

A oficialização da competição entre docentes nasce, principalmente, com a criação da avaliação Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) sobre os programas de pós-graduação, em que as produções docentes são as mais levadas em consideração. Por sua vez, os programas perceberam que não podem cadastrar todos os docentes do estabelecimento e que precisariam cadastrar no programa de pós-graduação apenas os docentes com

produção suficiente e regularmente adequada para a elevação e ou manutenção da nota do programa, pois a depender da nota do programa, os recursos são tão mais vindouros e permanentes quanto mais diretamente gerenciáveis pelos programas.

Na universidade estudada, desde a entrada na carreira por meio de concursos, as pontuações já indicam quais são os aspectos a serem mais bem trabalhados no memorial descritivo - foco na produção científica e na internacionalização, em detrimento de outros aspectos. Nos períodos probatórios dos docentes, também é muito intensamente cobrada a produção de artigos do tipo A (A1, A2 e A3), participação em projetos e internacionalização. Ainda, para que os docentes fossem impelidos a produzirem cada vez mais, a manutenção na carreira passou a ser avaliada periodicamente com grande foco na produção científica de artigos e de produtos de internacionalização (Gatto Júnior, 2018, 2020, 2021).

Nessa direção, intensifica-se a competição entre os docentes para não apenas conseguirem se manter nas carreiras docentes como também para conseguirem ascender horizontal e verticalmente. Como dar aulas e realizar atividades de extensão não pontuam quantitativamente, estas atividades têm recebido menor atenção e menor dedicação do tempo docente, para que a maior parte do tempo docente possa ser direcionada à produção de “produtos pontuáveis” para duas demandas: os docentes já cadastrados nos programas de pós-graduação precisam se manter produtivos e constantes; os docentes ainda não cadastrados, precisam se mostrar passíveis de cadastramento por meio de intensa produção científica durante determinado período de tempo. Para tanto, precisam escrever muitos projetos, precisam participar da colaboração na escrita de artigos científicos publicados em revistas do tipo A, precisam ter dinheiro disponível para bancar os custos de publicações, pois muitas das revistas tipo A possuem taxas altíssimas de publicação - o que de certo modo constrói uma “reserva de mercado” para certa classe de professores universitários.

O que estamos dizendo acima consiste não só na institucionalização do produtivismo acadêmico na universidade pública, mas também dele como meio de ascensão e manutenção do docente na carreira. Vemos aí uma “camisa de forças” que prende o docente universitário a esta lógica produtivista desde o ingresso no magistério superior. E, nesse caminho, nos aproximamos do pensamento

proferido por Laval em uma entrevista publicada na revista *Tempo Social*, revista de sociologia da USP por Andrade e Ota (2015, p. 277):

Os pesquisadores titulares nem sempre têm a liberdade de pesquisar o que merece ser pesquisado, mesmo aos seus próprios olhos. Muito comumente eles precisam obedecer a condicionantes institucionais e a injunções burocráticas para existir no campo da pesquisa, quer no plano dos financiamentos, quer no plano do reconhecimento profissional.

(In)diretamente, este processo provoca a estruturação ideológica da universidade aos moldes neoliberais, o que reverbera no impedimento de instalação e continuidade de referenciais formativos críticos e emancipatórios – ou seja, a liberdade do docente/pesquisador de criar e inovar, uma vez que estes últimos demandam tempo docente de dedicação suficiente para que a formação extrapole a memorização de informações e se amplie no desenvolvimento do senso crítico dos profissionais enfermeiros com relação à consolidação do conceito ampliado de saúde por meio da institucionalização do SUS democrático (Paim, 2009).

Além do mais, pelo menos nos últimos cinco anos com maior intensidade, têm havido discussões e formação de grupos de trabalho dedicados ao pensamento, planejamento, instalação e manutenção de formações interprofissionais, as quais têm sido indicadas como necessárias para a consolidação do princípio da integralidade do cuidado e da assistência, das redes de atenção à saúde e do trabalho em equipe (Peduzzi, 2001, 2009, 2016; Opas, 2017; Freire-Filho et al., 2019). Como resposta ao princípio da integralidade, a educação interprofissional demanda maior tempo de dedicação docente, inclusive nos processos de mediação pedagógica, pactuações e negociações formativas interprofissionais. Não obstante, na lógica dos Programas de Educação pelo Trabalho (PET), é preciso também mais tempo de dedicação docente em uma atividade pouco pontuada tanto para a progressão e manutenção na carreira como para cadastramento e manutenção nos programas de pós-graduação (Gatto Júnior, 2018, 2020, 2021). Formação interprofissional em outras lógicas que atendam aos anseios neoliberais, tais como as focadas no desenvolvimento de competências meramente técnicas e focadas na produção de profissionais aos moldes do mercado neoliberal de profissões.

Para enfrentamento desta questão, é preciso movimento instituinte que promova ações de resistência ofensiva e defensiva de forma articulada. No entanto, durante a pesquisa realizada por nós, vimos que os movimentos de resistência à institucionalização da universidade-empresa / universidade neoliberal ainda se mostram confusos, imobilizados ou mesmo inexistentes (Gatto Júnior, 2018, 2020, 2021).

Como podemos imaginar, as atualizações sofridas pelas instituições Estado e Universidade aos moldes neoliberais, têm forte efeito rebote sobre institucionalização da “docência universitária e o professor-enfermeiro”, o que implica também em institucionalização rebote sobre o tipo de atuação dos profissionais formados a partir desta lógica ou, ao menos, sob o efeito desta lógica.

O Estado, entendido como instituição, na Análise Institucional, tem sofrido atualizações, podendo-se dizer que, pelo menos, as duas transformações mais recentes do Estado Brasileiro foram a Constituição de 1988 (que buscou instituir um Estado de Bem-Estar Social e de Direitos) e a Emenda Constitucional 19 de 4 de junho de 1998 (que instilou alguns dispositivos neoliberalizantes, transformando o modelo de Estado aos moldes de uma empresa).

Assim, em nossa recente pesquisa, defendemos que a instituição ‘docência no ensino superior e o professor-enfermeiro’ está sendo atualizada no sentido gerencialista (Gatto Júnior, 2018, 2020, 2021), o que promete interferir sobremaneira na formação em saúde. No SUS, como já enunciamos, têm ascendido discussões sobre a necessária formação interprofissional.

Desse modo, nos preocupamos com dois possíveis caminhos para a consolidação de formações interprofissionais, que explicitaremos a seguir: uma como um dispositivo para consolidação do SUS, e outra com vistas à formação de profissionais voltados para o mercado neoliberal de profissões.

É importante retomar alguns pressupostos do SUS que fundamentam esta necessidade de formação de profissionais de forma mais articulada (interprofissional), quais sejam: o princípio da integralidade do cuidado e da assistência; a busca pela resolubilidade; o trabalho em equipe; a participação e controle social.

Quanto ao princípio da integralidade do cuidado e da assistência, este demanda um envolvimento interprofissional no processo de cuidado, para olhar o indivíduo para além da doença, além de partes do corpo, para uma visão mais

integrada e completa. Isso se refere diretamente à necessidade de trabalho em equipe de forma integrada para que os profissionais possam complementar suas ações e pensamentos diante das tomadas de decisão sobre as situações de saúde.

Também coaduna com essa perspectiva o princípio da resolubilidade, uma vez que o objetivo último dos serviços de saúde consiste em resolver os problemas que estão atravancando a qualidade de saúde de indivíduos e coletividades. Ainda, para que esse processo esteja legitimamente direcionado à consolidação do SUS, é importante que a participação social se faça presente nos processos decisórios coletivos, por meio da participação ativa da população nas tomadas de decisão. Assim, estes são os pressupostos de uma formação interprofissional voltado para a consolidação do SUS (Pezuzzi, 2001, 2009, 2016; OPAS, 2017; Freire-Filho et al., 2019). Essa visão nos convida a entender a saúde enquanto uma prática social para se conseguir alcançar uma finalidade de apoiar os indivíduos a serem mais saudáveis e também participantes de sua saúde e das decisões sobre a saúde de seu território.

Por outro lado, há também um desenvolvimento de um tipo de entendimento de saúde, em institucionalização no país via “saúde suplementar” por meio de planos de saúde, que consistem na prestação de serviços pontuais de assistência à saúde. Estes planos são oferecidos à população mediante adesão a planos privados pagos periodicamente. Esta modalidade tem portado e disseminado uma visão de saúde que se aproxima de mercadorias objetivadas e simplificadas compráveis que as pessoas adquirem, resumindo-se a procedimentos, técnicas, exames, consultas médicas etc. (Paim, 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2018; Paim et al., 2011). Aqui o dinheiro acaba se colocando como um fator limitante no processo de cuidar, uma vez que os melhores planos cobrem mais produtos e produtos mais complexos possuem taxas muito altas que nem todos podem bancar. A saúde, então, é compreendida como algo passível de financeirização e especulações do capital, tal como é o objetivo primordial da perspectiva neoliberal.

Nessa encruzilhada de intenções para a atualização da instituição saúde, vários são os dispositivos que são construídos para a implementação de uma ou de outra concepção de saúde. Nesse interjogo, um desses dispositivos é a formação interprofissional. Essa terminologia “formação interprofissional” sem a

explicitação da fundamentação teórico-metodológica pode responder a qualquer uma dessas duas lógicas apresentadas. Diante das propostas formativas é preciso buscar a compreensão sobre a qual projeto elas respondem.

Entretanto, como vimos apresentando, tanto o Estado brasileiro como a universidade estudada têm sido atualizados na orientação neoliberal a partir da EC 19/1998, o que comunga melhor com a perspectiva da saúde como mercadoria, uma vez que a financeirização radical de todas as atividades da vida humana é o maior objetivo do neoliberalismo (Laval, 2004; Dardot; Laval, 2016). Por isso, há dispositivos em construção no Estado e na universidade pública estudada que facilitam a implantação de perspectivas de formação interprofissional dentro dos preceitos neoliberais, o que pode colocar em xeque a modalidade de formação interprofissional voltada aos pressupostos e consolidação do SUS.

O modelo CAPES de avaliação pode induzir um modelo de universidade voltado para pesquisas rápidas, que geram mais produtos quantificáveis, fazendo avançar, de certo modo, o modelo neoliberal de universidade e de docência. Como apresentado pelos dados desta pesquisa, com relação diretamente à docência e, indiretamente à formação de recursos humanos, ambas vêm sendo remodeladas de forma a dar menos gasto para a universidade-empresa. Nesse contexto, acredita-se que a perspectiva da formação interprofissional neoliberal tenha maiores chances de sucesso, concorrendo de forma desigual com a perspectiva de formação interprofissional que atenda às necessidades e pressupostos do SUS.

Considerações (não) Finais

Com esta breve apresentação, consideramos que a instituição “docência universitária e o professor-enfermeiro” tem sofrido atualização-rebote, causada principalmente pelos atravessamentos do neoliberalismo sobre o Estado Brasileiro e sobre a universidade pública.

Creemos que, desse modo, a “docência universitária e o professor-enfermeiro” em se institucionalizando aos moldes neoliberais também causa efeito de atualização-rebote na formação de profissionais de saúde desfocadamente dos pressupostos e necessidades consolidativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Talvez seja este mais um dos principais caminhos para o desmonte deste grande projeto de saúde ampliada, juntamente com os desfinanciamentos e a modificação quantitativa na avaliação da produção dos profissionais de saúde.

É preciso haver movimentos de resistência defensiva para proteger o SUS dessas iniciativas e movimentos de resistência ofensiva contra o que já se instituiu na direção neoliberal dentro da estrutura atual do SUS (combate às Organizações Sociais; combate às avaliações quantitativas e metas que pouco consideram as reais necessidades de saúde da população, dentre outros).

Referências

Albuquerque, C.; Martins, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, n.41(spe), p.118-137, 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017s10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n9JDgQMh5DTxsLTWpm9Gtw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2023.

Almeida, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva** - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. 1991. Tese (Livre-docência), Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 1991.

Andrade, D. P.; Ota, N. K. Uma alternativa ao neoliberalismo: Entrevista com Pierre Dardot e Christian Laval. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 27, n. 1, p. 275-316, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/103367/101821>. Acesso em: 02 maio 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: MS, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 02 maio 2023.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitucao/constitucao.htm. Acesso em: 02 maio 2023.

Brasil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 maio 2023.

Brasil. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 02 maio 2023.

Castro, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Health Policy**, n. 394, p. 345-356, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext). Acesso em: 02 maio 2023.

Daumas, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p.

e00104120, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00104120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LpxCJfYrMkRWnBr7K9pGnXv/?lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2023.

Dardot, P., Laval, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo, Brasil: Boitempo, 2016.

Farias, L. A. B. G. et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2455. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2455>. Acesso em: 2 mai 2023.

Fortuna, C. M. et al. Recriando o apoio institucional e a educação permanente em saúde na atenção básica em tempos de pandemia da COVID-19. In: Machado, M. C. F. P. et al. (orgs.). **Saúde pública no século XXI**: pandemia de COVID-19. Triunfo, Brasil: Omnis Scientia, 2020. p. 462-474. DOI: 10.47094/978-65-88958-06-3.426-. Disponível em: <https://editoraomnisscientia.com.br/editora/artigoPDF/143041811.pdf>. Acesso em: 02 maio 2023.

Freire Filho, J. R. et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde debate**, v. 43, n. 1(spe), p. 86-96, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019s107. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8n8Vf9HXr4fZwJ8fHwrVDbg/#>. Acesso em: 02 maio 2023.

Freire, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

Freire, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro, Brasil: Paz e Terra, 2014.

Freire, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo, Brasil: Paz e Terra, 2015.

Freire, P. **Educação como prática de liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

Gatto Júnior, J. R. **O professor-enfermeiro e a docência no ensino superior**: entre teorias pedagógicas e o gerencialismo. 2018. Tese (Doutorado em Ciências), Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19032019-163033/publico/JOSERENATOGATTOJUNIOR.pdf>. Acesso em: 02 maio 2023.

Gatto Júnior, J. R. et al. Consolidation of new public management in nursing education: repercussions to the Unified Health System. **Rev Bras Enferm.**, v.74, n.1, p. e20200172, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0172. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MQB7QyRfsKtc4SSNmXLbqWj/?lang=en>. Acesso em: 02 maio 2023.

Gatto Júnior, J. R. et al. Professor-enfermeiro no ensino superior: tempo, dinheiro e resistência na visão gerencialista. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.29, p. e20180407, 2020. DOI: 10.1590/1980-265x-tce-2018-0407. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100313. Acesso em: 02 maio 2023.

Hess, R.; Savoye, A. **L'Analyse Institutionnelle**. Paris: Presses Universitaires de France, 1993a.

Hess, R.; Savoye, A. Les effets. In: Hess, R. ; Savoye, A. (orgs.). **L'Analyse Institutionnelle**. Paris, França: PUF, 1993b. p. 72-83.

Lapassade, G. **Grupos, organizações e instituições**. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes, 2016.

L'abbate, S. Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'Abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (orgs.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo, Brasil:

HUCITEC, 2013b. p. 31-88.

Laval, C. **A escola não é uma empresa: o neo-liberalismo em ataque ao ensino público**. Londrina: Editora Planta, 2004.

Lourau, R. **A Análise Institucional**. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

Machado, M. H. et al. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do Sistema Único de Saúde: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da enfermagem no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 56, p. 52-69, 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulgacao_Cofen.pdf. Acesso em : 02 maio 2023.

Monceau, G. Le concept de résistance en éducation. **Pratiques de formation: analyses**, v.33, p.47-57, 1997. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Gilles-Monceau/publication/289123646_Le_concept_de_resistance_en_education/links/56e1ec7d08aebc9edb19cc91/Le-concept-de-resistance-en-education.pdf. Acesso em : 02 maio 2023.

Monceau, G. Pratiques socianalytiques et socio-clinique institutionnelle. **L'Homme & la Société**, v. 147, n. 1, p. 11-33, 2003. DOI: 10.3917/lhs.147.0011. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2003-1-page-11.htm>. Acesso em : 02 maio 2023.

Monceau, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'Abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (orgs.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo, Brasil: HUCITEC, 2013, p. 91-103.

Monceau, G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. **Psicol.Rev**, v. 21, n. 1, p. 197-217, 2015. DOI: 10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P197. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000100013. Acesso em : 02 maio 2023.

Monceau, G. Les effets des recherches de type socio-clinique: questionnement pour la « Recherche avec ». In : Monceau, G. (org.). **Enquêter ou intervenir? Effets de la recherche socio-clinique**. Nîmes, França: Champ Social Éditions, 2017. p.9-18.

Organização Pan-Americana de Saúde. Educação Interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Bogotá: OPAS, 2017. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34370/OPASHSS17024_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em : 02 maio 2023.

Paim, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00099513. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7kr47BM83pWg73mCFDSWXXD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em : 02 maio 2023.

Paim, J. S. O futuro do SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 612-613, 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000400001. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2012.v28n4/612-612#ModalArticles>. Acesso em : 02 maio 2023.

Paim, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2009.

Paim, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Paim, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09172018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SfJjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt>. Acesso em : 02 maio 2023.

Paim, J. S. SUS: Desafios e Perspectivas. Consensus. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 1, p. 33-36, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/consensus_1.pdf. Acesso em: 02 maio 2023.

Paim, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v.377, p.1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext). Acesso em: 02 maio 2023.

Paula, A.P. P. Administração pública brasileira: entre o gerencialismo e a gestão social. **Rev. Adm. Empres.**, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005. DOI: 10.1590/S0034-75902005000100005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/HqKgvKNRxxhMmCyxK7jbJz8g/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 maio 2023.

Paula, A. P. P. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001. DOI: 10.1590/S0034-89102001000100016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em: 02 maio 2023.

Peduzzi, M. O SUS é interprofissional. **Interface**, v.20, n.56, p.199-201, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0383. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7MgQL4JM9dRYFDLYzQVLHM/?lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2023.

Peduzzi, M. Trabalho em Equipe. In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. (orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPJV, FioCruz, 2009, p. 419-426.

Pereira, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.5, p.771-777, 2009. DOI: 10.1590/S0034-71672009000500022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8pT4sFZsrkxpNJ3fKgKqCb/?lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2023.

Samson, D. Escrita e trabalho de institucionalização: o efeito Goody. In: L'Abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. (orgs.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo, Brasil: HUCITEC, 2013. p. 131-146.

Sguissardi, V. O Produtivismo Acadêmico: sequestro do tempo livre e ócio criativo do professor-pesquisador. In: **Congresso em Docencia Universitaria**. Buenos Aires, Argentina, 2013.

Stédile, N. L. R. et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.2957-2971, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.15142014.

The Lancet. COVID-19 in Brazil: "Sowhat?". **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31095-3. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31095-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31095-3/fulltext). Acesso em: 02 maio 2023.

Vosgerau, D. S. A. R.; Orlando, E. A.; Meyer, P. Produtivismo acadêmico e suas repercussões no desenvolvimento profissional de professores universitários. **Educação & Sociedade**, v. 38, n. 138, p. 231-247, 2017. DOI: 10.1590/es0101-73302016163514. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/gtMMDrjZdhX8Q7yb5W5XqjN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2023.

MAPEAMENTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ENFERMAGEM NO USO DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA ANÁLISE INSTITUCIONAL

Márcia Niituma Ogata
Flavio Adriano Borges
Kamila Pena Sartori

Introdução

A análise, para as ciências humanas, “tem por alvo a decomposição de um todo em seus elementos. A isto se acrescenta a ideia de interpretação: interpretar um sonho ou uma fala de grupo é passar do desconhecido ao conhecido; é uma operação de deciframento” (Lourau, 2004a, p. 67-68). Dessa forma, a análise não consiste no oposto da ação, mas na própria ação em si, sendo está um possível analisador da análise realizada pelo analista institucional (Lourau, 2004b).

A AI possui o seu cerne nas ciências humanas, pretendendo trabalhar as contradições, seguindo uma lógica dialética em oposição a uma lógica identitária, característica das demais ciências. Ela “tenta analisar, em permanência, as suas próprias contradições, visto que só funciona dentro dessas” (Lourau, 1993, p. 10). Ela surge na década de 1960 na França e vem passando por transformações ao longo desse tempo, sendo que sua chegada ao Brasil ocorre em concomitância com outras formas de análise de grupos e instituições (Rodrigues; Barros, 2003).

Já a Saúde Coletiva emerge em meio a discussões da saúde como um processo social, sendo produzida como um campo de teoria e prática a partir da década de 1970 e, assim como a AI, vem se transformando periodicamente. AI e Saúde Coletiva são, pois, contemporâneas e surgiram a partir de contextos diversos, mas diretamente vinculados às questões político-econômico-sociais, apresentando congruência no que tange ao “caráter inovador/instituente em relação ao conjunto de saberes e práticas existentes até então em suas respectivas áreas” (L'Abbate, 2013, p. 32).

A articulação existente entre AI e Saúde Coletiva pode ser identificada em várias produções brasileiras, sobretudo, na obra organizada por Solange

L'Abbate, Lúcia Cardoso Mourão e Luciane Maria Pezzato (2013), além de artigos produzidos por Solange L'Abbate (2003, 2012, 2018), uma das pesquisadoras precursoras na articulação da AI com a Saúde Coletiva.

As contribuições teórico-metodológicas produzidas a partir da AI fundamentam-se, sobretudo, nos pressupostos de René Lourau e Georges Lapassade, a partir da Socioanálise. Nos anos 2000, Gilles Monceau instituiu a Socioclínica Institucional como uma derivação da Socioanálise, diferenciando-se ao propor um acompanhamento mais longitudinal e duradouro da intervenção e declarar, objetivamente, a produção do conhecimento a partir do processo interventivo (Borges et al., 2018).

Além da Socioclínica Institucional, também se tem a Sócio-História, que incorpora as contribuições teórico-conceituais da AI aos métodos de investigação arquivísticos e de pesquisa historiográfica (Marchat, 2013).

Atualmente, inúmeras estratégias e ferramentas têm sido empregadas no desenvolvimento de pesquisas em AI e saúde. Alguns exemplos são: as intervenções fotográficas (Borges et al., 2019; Oliveira, 2009), o uso dos diferentes diários (Pezzato; L'Abbate, 2011; Pezzato; Botazzo; L'Abbate, 2019; Borges; Silva, 2020), entrevistas cartográficas (Tedesco, Sade & Caliman, 2013), grupos focais (Mourão; L'Abbate, 2011; Borges et al., 2019), entre outros estudos. Vale frisar que todas essas pesquisas possuem abordagem qualitativa em seu desenvolvimento.

A pesquisa em enfermagem no Brasil

Em um estudo (Salles; Barreira, 2010) que teve como objetivo classificar as gerações de pesquisadores enfermeiros a fim de construir a Enfermagem como ciência no Brasil, foram identificadas cinco gerações de pesquisadores enfermeiros, a saber: as pioneiras (anos 1950/1960); as autodidatas (anos 1960/1970); as acadêmicas (anos 1970/1980); grupos de pesquisa com produção científica sistemática e coletiva (anos 1990); e pesquisadores líderes de grupos de pesquisa com produção científica internacional (anos 2000 do século 21).

Apesar dessa classificação datar a existência das pioneiras e das autodidatas, o reconhecimento da produção científica em enfermagem no Brasil se intensificou a partir da década de 80 do século XX, com os primeiros produtos

dos programas de pós-graduação criados no final da década de 70 do século XX. Esse movimento sistematizou e institucionalizou a pós-graduação junto aos órgãos competentes, bem como fomentou a carreira acadêmica para enfermagem nas universidades brasileiras, modeladas segundo programas norte-americanos. Nesse período, esses programas ressaltavam que os estudos prescritivos e rígidos, focados em técnicas e nos referenciais teórico-metodológico das ciências naturais, mostravam-se insuficientes para acompanhar o desenvolvimento da ciência que se desenvolvia muito rapidamente (Rocha; Ogata; Arantes, 2003).

Dessa forma, a enfermagem foi influenciada pelas ciências humanas e voltou-se às pesquisas qualitativas para produzir respostas às suas questões de investigação, que se relacionam também aos aspectos socioculturais do fenômeno saúde e doença, às relações interpessoais e às inovações tecnológicas (Rocha; Ogata; Arantes, 2003).

Considerando esse contexto histórico de construção do conhecimento em enfermagem no Brasil e, conseqüentemente, da constituição dos pesquisadores e pesquisadoras brasileiros(as), para o presente estudo nos interessou em especial a quinta geração, formada por pesquisadores e pesquisadoras, em geral líderes de pesquisa, que buscam produção internacional como resposta ao movimento de internacionalização imposto pela globalização a partir dos anos 2000. Nesse mesmo movimento, existem os intercâmbios com instituições de ensino e pesquisa estrangeiras, incentivados pelos programas de pós-graduação, bem como o aumento na participação na divulgação e na publicação científica, tanto em eventos quanto em periódicos internacionais.

Nesse contexto, vale considerar a importante expansão dos programas de pós-graduação, com concentração nas regiões sudeste e sul, mas também com incentivos dos órgãos de fomento para abertura nas demais regiões do país (inclusive com fomento à abertura de programas de outras regiões em parceria com programas consolidados). Essa expansão promoveu, inclusive, a construção de novas linhas de pesquisa e, conseqüentemente, de grupos de pesquisa registrados no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, além da consolidação dos já existentes (Salles; Barreira, 2010).

O movimento do desenvolvimento de pesquisa qualitativa vem construindo uma certa marca da pesquisa brasileira em enfermagem. Vale

salientar que, para desenvolver pesquisas qualitativas de qualidade, os seguintes aspectos são fundamentais: adotar um marco teórico-filosófico; contemplar os fenômenos complexos do processo saúde e doença como produção sócio-histórica; contextualizar o objeto, de modo a compreender um estudo de dimensão qualitativa; explicitar os referenciais teórico-metodológicos com rigor e transparência; adotar um percurso metodológico que evidencie o fenômeno a ser estudado, focando tanto a totalidade como as partes e proporcionando a identificação das contradições em tal relação; aprofundar a análise dos achados, em diálogo com outras pesquisas atuais; e, fundamentalmente, produzir um conhecimento socialmente significativo para as pessoas e para a sociedade (Egy, 2020).

Apesar dessa característica de desenvolvimento da pesquisa e dos pesquisadores, observa-se, nos grupos de pesquisa, que a enfermagem tem enfrentado, ao longo das décadas, o desafio de estabelecer uma interface entre a universidade e os serviços de saúde, produzindo conhecimentos que, de fato, atendam às necessidades da gestão, dos trabalhadores e dos usuários na produção da saúde no SUS (Salles; Barreira, 2010).

Em termos globais, observa-se um crescente de pesquisas qualitativas na saúde, caracterizando seu uso não só nas ciências humanas e sociais, local de origem, mas nas ciências da saúde. No Brasil, esse movimento ocorre desde meados da década de 1980 na enfermagem, influenciado fortemente pela produção de teses e dissertações (Medeiros, 2012). Principalmente, vale dizer, em estudos cujos problemas ou temas necessitam de lentes teóricas que busquem compreender o ser humano na sua complexidade e profundidade, bem como nas suas relações, inclusive com grupos sociais no processo gerencial, assistencial e educacional. Ou seja, quando são abordados fenômenos em que as metodologias essencialmente quantitativas não conseguem produzir respostas satisfatórias.

As modalidades de pesquisa qualitativa possibilitam o entendimento do universo simbólico, das experiências e práticas vividas e das singularidades dos afetos, bem como as construções sócio-históricas que permeiam os fenômenos dos estudos nas relações inter e intra grupos sociais e destes nas instituições. No entanto, esse percurso não tem sido tranquilo, pela própria dualização que se coloca, cientificamente, entre o qualitativo e quantitativo. Consideramos que ambas as modalidades têm suas potencialidades e limites e a adequação do seu uso

depende do fenômeno que se quer pesquisar, de sua amplitude e profundidade. Mas um aspecto consensual, no caso, é que as duas modalidades de pesquisa científica necessitam de rigor metodológico, o qual não se constitui somente pela escolha de uma técnica de coleta de dados, mas pela coerência entre esta e o referencial teórico-metodológico utilizado.

Um dos aspectos essenciais na pesquisa qualitativa é a construção de uma relação de confiança entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, numa perspectiva horizontalizada que proporcione aproximação ao mundo simbólico e subjetivo. Nesse movimento, não é possível prescindir do envolvimento do pesquisador: este necessariamente se implica e é implicado nessa relação que envolve diferentes atores e estruturas. Exige o desenvolvimento de uma capacidade observadora, sensível e criativa dos pesquisadores, que necessitam estar atentos aos movimentos dos participantes e dos grupos.

Nessa perspectiva, a análise institucional possui conceitos e dispositivos que colocam em análise os diferentes aspectos que permeiam essas relações e que produzem práticas que se constituem e são constitutivas de uma dada realidade. Constitui-se, portanto, num referencial teórico e metodológico que vem ao encontro de uma parte significativa dos objetos e problemas das pesquisas qualitativas na enfermagem.

Nessa direção, o objetivo deste capítulo é conhecer essa produção científica na enfermagem em interface com AI por meio do mapeamento dos pesquisadores nos grupos de pesquisas, nas suas instituições e nos periódicos que vêm divulgando esses produtos, bem como o foco dos temas estudados.

Mapeamento da pesquisa de enfermeiros(as) em ai no brasil

Como procedemos à identificação da produção científica de enfermeiros(as) pesquisadores(as) em AI no Brasil

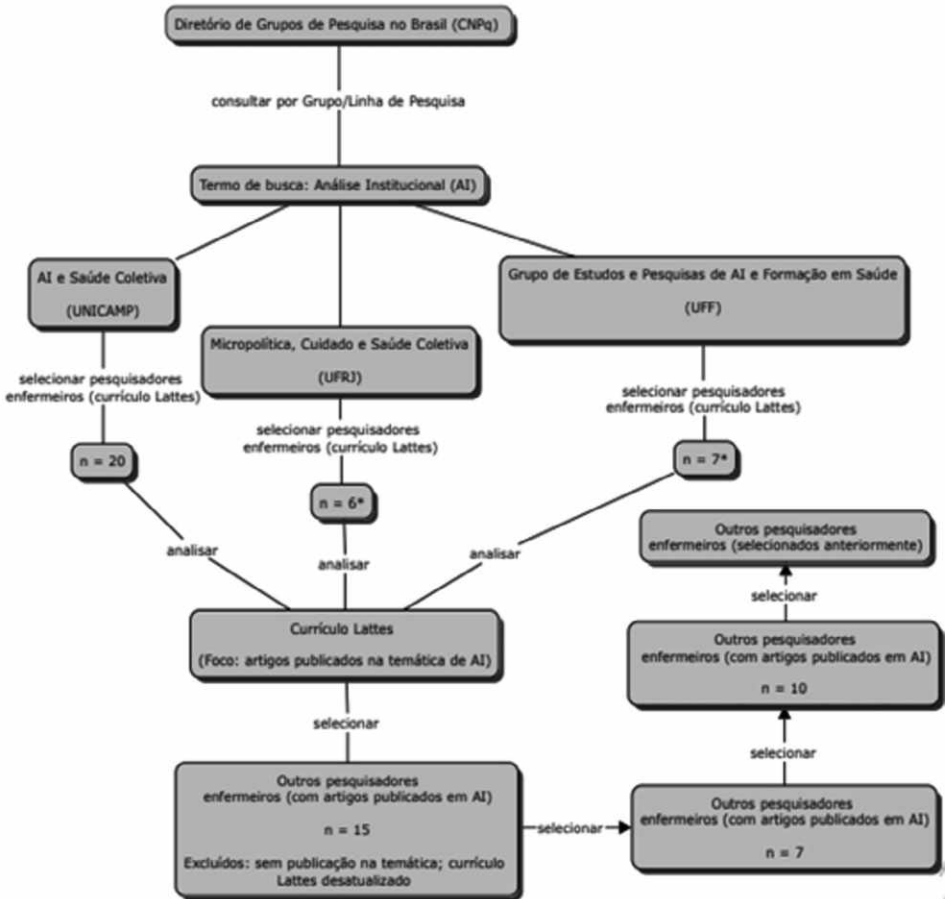
O mapeamento da produção científica de enfermeiros(as) em AI foi realizado por meio de uma abordagem bibliométrica. A Bibliometria analisa a atividade científica ou técnica utilizando-se de dados quantitativos, os quais são calculados a partir de contagem estatística de publicações ou de elementos que reúnem técnicas estatísticas, com o objetivo de quantificar os processos de comunicação escrita (Silva & Hayashi, 2018).

Esta abordagem tem uma maior aplicação nos campos da Ciência da Informação, mas é possível usá-la em diversas áreas do conhecimento, com a finalidade de explorar o impacto da produção de um determinado campo e a produtividade de um conjunto de investigadores, pela construção de indicadores bibliométricos, os quais cumprem o papel de apresentar resultados imediatos (Marcelo; Hayashi, 2013).

Inicialmente, realizou-se a busca por meio da identificação de grupos de pesquisa no Diretório de Grupos de Pesquisa (CNPq), utilizando-se o termo de busca “Análise Institucional” (pesquisar por grupo e linha de pesquisa) no período de agosto a setembro de 2020.

Após a identificação dos grupos de pesquisa foram selecionados apenas pesquisadores(as) enfermeiros(as) membros desses grupos, por meio de consulta aos respectivos currículos lattes. Na sequência, foram analisadas as produções referentes a artigos publicados e que tivessem utilizado a AI como referencial teórico-metodológico. Posteriormente, iniciamos uma busca de outros(as) pesquisadores(as) também enfermeiros(as), que estivessem associados às publicações e assim sucessivamente, até o esgotamento dos(as) pesquisadores(as) encontrados(as). Foram excluídos(as) aqueles(as) que não tinham publicações na temática e/ou currículo lattes desatualizado, ou seja, que se encontrassem há mais de 12 meses sem atualizar o lattes. A descrição da metodologia de busca, com a quantidade de pesquisadores(as) enfermeiros(as) encontrados(as) (n) foi esquematizada no mapa a seguir (figura 1):

Figura 1. Metodologia de busca.



(*) pesquisadores pertencentes a mais de um grupo de pesquisa encontrado.

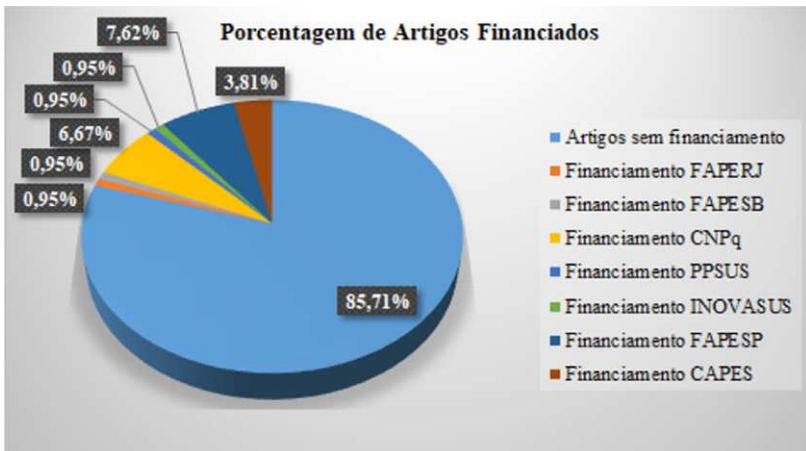
Os dados acima mencionados foram tabelados em uma planilha do Excel, que continha, além do nome dos grupos de pesquisa, o nome dos(as) pesquisadores(as) enfermeiros(as), instituição de ensino referente, nome dos artigos publicados, pesquisadores(as) pertencentes(as) a essas publicações, periódicos, financiamento ou não da pesquisa, fator de impacto das revistas, encontrado via Portal de Periódicos CAPES/MEC, realizado pelo *Journal Citation Reports (JCR)* e a principal temática de pesquisa desses pesquisadores encontrada via currículo Lattes.

Principais achados sobre a produção científica de pesquisadores(as) em AI da área de enfermagem no Brasil

Foi encontrado um total de 32 pesquisadores(as) enfermeiros(as) e de 105 artigos científicos que utilizaram o referencial teórico-metodológico da AI. Pela análise do currículo Lattes, a maioria das produções nessa temática estava concentrada em resumos publicados em anais de eventos (congressos). O número identificado de artigos financiados foi 15, num total de 105.

A figura abaixo favorece uma análise quantitativa das principais instituições financiadoras dos artigos produzidos sobre a temática (figura 2).

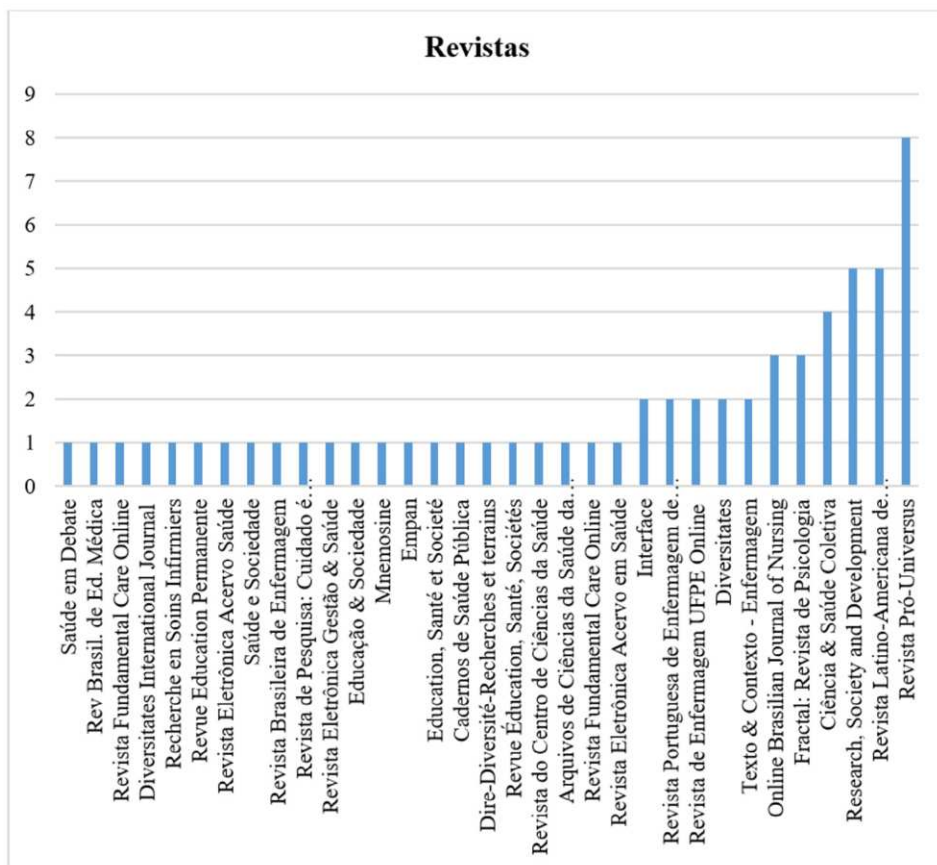
Figura 2. Porcentagem de Artigos Financiados.



Dos artigos publicados, a grande maioria não apresentou financiamento. A maioria das produções foi financiada por recursos de Fundações de Apoio das instituições de ensino e uma pequena parcela por órgãos federais, sendo dois por editais específicos de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Realizou-se ainda o levantamento quantitativo das revistas nas quais os artigos na temática de AI foram publicados (figura 3), com alguns fatores de impacto/ano, conforme disponibilizados pelo JRC, como demonstrado na figura a seguir:

Figura 3. Revistas - Publicações em Análise Institucional.



Quadro 1. Revistas, Fator de Impacto e Ano.

Revista	Fator de Impacto	Ano
Saúde e Sociedade	0.231	2012
Revista Latino-Americana de Enfermagem	0.979	2018
Revista da Escola de Enfermagem da USP	0.798	2019
Texto & Contexto – Enfermagem	0.134	2012
Cadernos de Saúde Pública	1.408	2019

O fator de impacto representa uma medida que tem como objetivo refletir o número médio de citações de artigos científicos publicados em certos periódicos. Esta medida é uma ferramenta bastante utilizada para classificar os periódicos de uma mesma área de atuação, dando-se uma importância maior aos periódicos com maior fator de impacto. Os fatores são calculados anualmente e os resultados publicados no *JCR*. Sendo assim, um artigo publicado em determinada revista com maior fator de impacto terá, teoricamente, maior repercussão, prestígio e visibilidade (Freitas; Heymann, 2013).

De um total de trinta e três revistas encontradas com publicações em AI, apenas cinco possuíam o fator de impacto disponível para consulta, segundo o *JCR*. Esse dado indica que a maioria das publicações na referida temática são encontradas em periódicos cujos fatores de impacto não foram divulgados. Isso pode representar uma dificuldade para publicar essa temática em periódicos com elevado fator de impacto, demonstrando, assim, uma reduzida visibilidade em relação ao tema.

Pela análise da figura 4 visualiza-se que a revista em que mais se publica na temática de AI é a Revista Pró-Universus, seguida pela Research, Society and Development e a Revista Latino-Americana de Enfermagem, que possui um fator de impacto de 0.979. Na sequência, a Revista da Escola de Enfermagem da USP, com um fator de impacto de 0.798. São considerados bons fatores de impacto, se comparados aos outros dois, encontrados nas revistas Saúde e Sociedade e Texto & Contexto - Enfermagem. A revista identificada com melhor fator de impacto, Cadernos de Saúde Pública, apresentou apenas uma publicação.

Verificou-se também que num total de 105 artigos, 100 (95,2%) são publicações associadas a pesquisadores de instituições nacionais e cinco (4,8%) com a presença de, pelo menos, um pesquisador de instituição estrangeira (figura 4). Isso indica pouca internacionalização das parcerias nessas produções científicas, apesar de vários grupos de pesquisas contarem com parcerias institucionais internacionais.

Figura 4. Publicações - Pesquisadores vinculados a organizações brasileiras e estrangeiras.



Foram identificados ainda, por meio da análise dos currículos Lattes, os quatro principais temas gerais estudados por estes pesquisadores. Como resultado, foi encontrado que, dentre os(as) 32 pesquisadores(as) enfermeiros(as), os principais temas trabalhados são:

1. gestão dos serviços de saúde,
2. educação permanente em saúde,
3. gestão do trabalho e
4. gestão de pessoas.

Por fim, buscou-se apresentar os pesquisadores, bem como o seu grupo de pesquisa, a instituição de ensino vinculada ao grupo e a instituição de ensino de origem (instituição de desenvolvimento das pesquisas e/ou vínculo atual), conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 1. Pesquisadores, Grupos de Pesquisa e Instituições de Ensino.

Pesquisadores(as) Enfermeiros(as)	Instituição de Origem	Grupo de Pesquisa	Instituição de vinculação do Grupo de Pesquisa
Adriana Barbieri Feliciano	UFSCar	- Análise Institucional e Saúde Coletiva - Grupo de Estudos: Políticas e Práticas em Saúde	UNICAMP UFSCar

Amanda dos Santos Mota	UFF	- Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde - Análise Institucional e Saúde Coletiva	UFF UNICAMP
Ana Clementina Vieira de Almeida	UFF	- Grupo de Estudos e Pesquisas de AI e Formação em Saúde	UFF
Ana Lúcia Abrahão da Silva	UFF	- Análise Institucional e Saúde Coletiva - Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva	UNICAMP UFRJ
Ândrea Cardoso Souza	UFF	- Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde	UFF
Carla Aparecida Spagnol	UFMG	- Núcleo de Gestão em Saúde - Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Práticas Integrativas e Complementares - Análise Institucional e Saúde Coletiva	UFMG UFMG UNICAMP
Cinira Magali Fortuna	EERP-USP	- Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva - Análise Institucional e Saúde Coletiva	EERP-USP UNICAMP
Claudia Cristiane Vivot	UNICAMP	- Análise Institucional e Saúde Coletiva	UNICAMP
Claudia Mara de Melo Tavares	UFF	- Ensino, Criatividade e Cuidado em Enfermagem e Saúde	UFF
Diana Mary Araújo de Melo Flach	UFF	- Cuidados Intermediários na Atenção Básica e Hospitais de Pequeno Porte	UFF
Fabiana Ribeiro Santana	UFG	- Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva - Análise Institucional e Saúde Coletiva - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Agroecologia e Saúde	EERP-USP UNICAMP UFG
Fabiola Braz Penna	UFF	- Análise Institucional e Saúde Coletiva - Grupo de Estudos e Pesquisas de AI e Formação em Saúde	UNICAMP UFF
Flávio Adriano Borges	UFSCar	- Análise Institucional e Saúde Coletiva - Grupo de Estudos: Políticas e Práticas em Saúde	UNICAMP UFSCar
Gisele Massante Peixoto Tracera	UFRJ	- Grupo de Trabalho em Saúde do Trabalhador	UFRJ

Isabel Cristina de Moura Leite	UFF	- Análise Institucional e Saúde Coletiva - Grupo de Estudos e Pesquisas de AI e Formação em Saúde	UNICAMP UFF
José Renato Gatto Júnior	Faculdade São Luís - Ribeirão Preto/SP	- Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva - Análise Institucional e Saúde Coletiva	EERP-USP UNICAMP
Larissa de Almeida Rézio	UFMT	- Núcleo de Estudos em Saúde Mental - Análise Institucional e Saúde Coletiva	UFMT UNICAMP
Lauren Suemi Kawata	EERP-USP	- Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva	EERP-USP
Leandra Andréia de Sousa	UFSCar	- Grupo de Estudos: Políticas e Práticas em Saúde	UFSCar
Lucia Cardoso Mourão	UFF	- Análise Institucional e Saúde Coletiva - Grupo de Estudos e Pesquisas de AI e Formação em Saúde	UNICAMP UFF
Marcela Pimenta Muniz	UFF	- Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde	UFF
Márcia Niituma Ogata	UFSCar	- Grupo de Estudos: Políticas e Práticas em Saúde	UFSCar
Maria José Bistafa Pereira	EERP-USP	- Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva	EERP-USP
Maristel Silva Kasper	EERP-USP	- Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva - Análise Institucional e Saúde Coletiva	EERP-USP UNICAMP
Michele Campagnoli	UNICAMP	- Análise Institucional e Saúde Coletiva	UNICAMP
Priscila Norié de Araujo	EERP-USP	- Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva	EERP-USP
Raphael Sampaio dos Santos	UFF	- Grupo de Estudos e Pesquisas de AI e Formação em Saúde	UFF
Silvana Martins Mishima	EERP-USP	- Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva	EERP-USP
Silvia Matumoto	EERP-USP	- Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva	EERP-USP
Simone Santana da Silva	Universidade do Estado da Bahia	- Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva	EERP-USP

Wanderson Alves Ribeiro	UFF	- Grupo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino, Tecnologia e Inovação em Saúde	UFF
Wilza Rocha Pereira	UFMT	- Educação e Formação em Enfermagem	UFMT

Os pesquisadores, identificados no levantamento estão vinculados às seguintes instituições de origem: Universidade Federal Fluminense (UFF) com 11 pesquisadores(as) enfermeiros(as) na temática de AI, a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) com sete, a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) apresentando quatro pesquisadores(as), a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) contando com três, a Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) com dois, e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Universidade Federal de Goiás (UFG), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Faculdade São Luís um e a Universidade do Estado da Bahia, todas com um pesquisador(a). Conclui-se, portanto, que esses pesquisadores estão mais localizados em instituições paulistas, contabilizando 15 pesquisadores, em quatro instituições diferentes. Além disso, alguns pesquisadores fazem parte de algum grupo de pesquisa para além daquele a que se encontra vinculado(a) trabalhando na linha de pesquisa da AI. Tal fato representa, de alguma forma, as diversas frentes de trabalho assumidas por esses(as) pesquisadores(as) na sustentação de linhas de pesquisas de grupos diversos, o que pode resultar em uma dispersão das produções científicas em prol da sustentação das mesmas.

Os dados apresentados refletem a necessidade de uma ampliação das produções científicas na área da AI por enfermeiros(as) brasileiros(as), atualmente concentradas em resumos publicados em eventos científicos. Tal fato coaduna com a ausência de financiamento apresentada pela maior parte dos artigos publicados e que também diz respeito ao corte de incentivos à pesquisa vivenciado no país, sobretudo nos últimos dois anos. Somado a isso, note-se a publicação em revistas de baixo fator de impacto, o que reflete a pequena internacionalização do conhecimento produzido acerca da AI pelos(as) pesquisadores(as) enfermeiros(as) brasileiros(as) - afinal, grande parte das revistas de alto fator de impacto são internacionais e apresentam alto custo no processo de publicação.

Outro dado que chama a atenção são as principais temáticas trabalhadas nas produções, que caminham na perspectiva da gestão (serviços, trabalho e pessoas) e da educação, apontando para a necessidade de um olhar mais ampliado para o cuidado em saúde, visando o alcance da conexão entre as três esferas que compõem a gestão da clínica, traduzindo uma abordagem mais problematizadora das práticas de saúde (Padilha et al., 2018).

Considerações finais

Acreditamos que este produto é relevante para que tenhamos um mapeamento da produção científica atual dos(as) enfermeiros(as) brasileiros(as) que vêm trabalhando na articulação da AI com a saúde, a partir dos grupos de pesquisa do país. Nessa perspectiva, torna-se possível identificarmos os fenômenos de investigação na área e a sua potência no direcionamento de futuros caminhos, processos a serem percorridos e produtos a serem alcançados, visando um aprimoramento científico e, sobretudo, a qualificação do cuidado em saúde e em enfermagem.

Cabe destaque para a dispersão de linhas de pesquisa assumidas por estes(as) pesquisadores(as) na composição de diferentes grupos de pesquisa. Tal perspectiva pode refletir a multiplicidade de forças na difusão do conhecimento na área da enfermagem articulada à AI, mas pode também apontar para a necessidade de uma maior confluência de forças em prol da sustentação do arcabouço teórico-metodológico da AI nas pesquisas e produções científica.

O estudo apresentado neste capítulo tem como limites: 1) não captar os(as) pesquisadores(as) enfermeiros(as) que, porventura, não estejam cadastrados(as) em algum grupo de pesquisa inscrito no diretório de grupos do CNPq e 2) não rastrear grupos que não contemplem, em seu nome e/ou linha de pesquisa, a palavra “Análise Institucional”. Contudo, partimos do pressuposto de que é relevante que se tenha atenção para o cadastramento dos(as) pesquisadores(as) na plataforma de grupos de pesquisa existente no país para que haja maior visibilidade da AI pelos pares e certificação dos(as) mesmos(as) enquanto produtores de conhecimento na área, pertencendo a um grupo de pesquisa inscrito e validado pelos meios regulatórios instituídos.

Referências

- Borges, F. A. et al. A análise de implicação profissional como um dispositivo de educação permanente em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27(e3189), p. 1-9, 2019.
- Borges, F. A.; Rézio, L. A.; L'abbate, S.; Fortuna, C. M. A entrada no campo e a fabricação de dispositivos em pesquisas socioclínicas. **Psicologia em Estudo**, v. 23(e40373), p. 1-15, 2018.
- BORGES, F. A. et al. A intervenção fotográfica como ferramenta disparadora de análise de implicação profissional: um relato de experiência. **Anais... 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**. 26 a 30 set 2019. João Pessoa/PB.
- Borges, F. A.; Silva, A. R. N. O diário de pesquisa como instrumento de acompanhamento da aprendizagem e de análise de implicação do estudante/pesquisador. **Interface Com Saúde Educação**, v. 24(e190869), p. 1-14, 2020.
- Egry, E. Y. O lugar do qualitativo na pesquisa em Enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 33, 2020.
- Freitas, M. V. C.; Heymann, R. E. O Fator de Impacto. **Rev Bras Reumatol**, v. 53(4), p. 321, 2013.
- L'Abbate, S. Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'Abbate, S.; Mourão, L. C.; Pezzato, L. M. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 1-88.
- L'Abbate, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.
- L'Abbate, S., Mourão, L. C., Pezzato, L. M. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- L'Abbate, S. A trajetória da Saúde Coletiva no Brasil: análise das suas dimensões políticas e educativas em articulação com a Análise Institucional. **Mnemosine**, v. 14, n. 2, p. 236-262, 2018.
- Lourau, R. **René Lourau na UERJ**: Análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.
- Lourau, R. Objeto e método da análise institucional. In: Altoé, S. **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 66-86.
- Lourau, R. Pequeno manual de análise institucional. In: Altoé, S. **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 122-127.
- Marcelo, J. F.; Hayashi, M. C. P. I. Estudo Bibliométrico sobre a Produção Científica no Campo da Sociologia da Ciência. **Inf. Inf.**, v. 18(3), p. 138-153, 2013.
- Marchat, J. F. Análise Institucional e Sócio-História. In: L'Abbate, S., Mourão, L. C., Pezzato, L. M. (Orgs.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 104-130.
- Medeiros, M. Pesquisas de abordagem qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 224-229, 2012.
- Mourão, L. C.; L'abbate, S. Implicações docentes nas transformações curriculares na área da saúde: uma análise sócio-histórica. **Online Braz. J. Nurs**, v. 10, n. 3, p. 1-16, 2011.
- Oliveira, R. G. Entre formações e in(ter)venções fotográficas - produções na assistência jurídica

universitária. In: Tittoni, J. (Org.). **Psicologia e Fotografia: experiências em intervenções fotográficas**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2009, p. 109-128.

Padilha, R. Q. et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção a saúde e educação na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 12, p. 4249-4257, 2018.

Pezzato, L. M.; L'abbate, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da saúde bucal coletiva. *Physis*, v. 21, n. 4, p. 1297-1314, 2011.

Pezzato, L. M.; Botazzo, C.; L'abbate, S. O diário como dispositivo em pesquisa multicêntrica. **Saúde Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 296-308, 2019.

ROCHA, S. M. M., OGATA, M. N., ARANTES, C. I. S. A inserção da enfermagem nas políticas de ciências e tecnologia. *Rev Bras Enferm.*, v. 56(5), p. 558-562, 2003.

Rodrigues, H. B. C. ; Barros R. D. B. Socioanalyse et pratiques groupales au Brésil: un mariage hétérogène. **L'Homme et la Société**, p. 55-70, 2003.

Salles, E. B.; Barreira, I. A. Formação da Comunidade Científica de Enfermagem no Brasil. **Texto & Conto Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 137-146, 2010.

Silva, J. H.; Hayashi, M. C. P. I. Estudo bibliométrico da produção científica sobre a associação de pais e amigos dos excepcionais. *Revista Educação Especial*, v. 31, n. 60, p. 65-80, 2018.

Tedesco, S. H.; Sade, C.; Caliman, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal*, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013.

A ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO PROFISSIONAL E A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Flávio Adriano Borges
Márcia Niituma Ogata
Vívian Aline Mininel

Introdução

Partindo da possibilidade concernente à gestão do trabalho em saúde e sua articulação com o referencial teórico e metodológico da Análise Institucional, propomos o desenvolvimento deste capítulo, que tem por objetivo refletir sobre como a análise de implicação pode contribuir com o fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Trata-se de um ensaio que perpassa por uma revisão teórica sobre a gestão do trabalho em saúde, culminando com constructos, lacunas, avanços e fissuras identificados e, consecutivamente, a proposição da análise de implicação como uma estratégia para o seu fortalecimento, perpassando por sua fundamentação teórica para sedimentar tal proposição. Acreditamos que esse conceito advindo da Psicossociologia, Sociologia Clínica e incorporado à Socioanálise e Socioclínica Institucional é capaz de disparar processos formativos, ampliando as possibilidades do seu aperfeiçoamento por meio da reflexão e análise no/pelo trabalho e em prol de uma gestão do trabalho em saúde mais coerente e efetiva.

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A gestão do trabalho em saúde pode ser compreendida no nível da macrogestão (ou dimensão macrosocial) como a que envolve as ações do Estado na formulação de políticas públicas e diretrizes organizacionais e que assegurem a qualificação dos serviços e dos trabalhadores de saúde. No nível mesossocial, a que contempla a organização do sistema para atender as demandas da população, por meio de articulações intra e interinstitucionais. E no nível micro ou dimensão microssocial a que envolve o processo de trabalho propriamente dito, planejamento

e ações para expansão e qualificação dos serviços, bem como ações de fortalecimento e capacitação dos trabalhadores (NOGUEIRA 2002; SOUZA, 2009).

Neste capítulo, passaremos pelos três níveis, afinal, são interdependentes. Mas procuraremos dar maior ênfase ao nível da micro-gestão do trabalho em saúde, que constitui um dos grandes desafios para consolidação do SUS, uma vez que é onde reverbera o subfinanciamento da saúde e precarização das condições de trabalho, traduzidos pela precária política de recursos humanos e fragilidades na oferta de serviços à população.

A ênfase neste nível de gestão do trabalho se justifica, pois uma das questões mais evidentes com relação aos problemas na organização do sistema de saúde, consiste na maneira com que se tem estruturado e gerenciado os processos de trabalho, independentemente do tipo de estabelecimento que se encontra ofertando este serviço de saúde (FRANCO; MERHY, 2013).

Assim, adentramos no gerenciamento em saúde, que consiste na arte de pensar, decidir e agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas devem ser alcançados por meio das pessoas e de uma interação humana constante (MOTTA, 1998). Quando a gerência é empregada no contexto da saúde, pode-se compreender a referência ao trabalho executado a nível local, ou seja, dentro de uma unidade de saúde (BRASIL, 2006).

A gerência surgiu assim que o trabalho cooperativo teve início, visto que este necessitava, minimamente, de algumas funções como: coordenação, ordenação de operações, estabelecimento de prioridades, designação de funções, manutenção de matérias-primas, cálculos de lucros e perdas, dentre outras ações que permeiam a organização do trabalho (BRAVERMAN, 1981).

No início do capitalismo industrial houve um esforço por parte dos empregadores em desconsiderarem a diferença existente entre a força de trabalho, que corresponde à energia desprendida pelo trabalhador na execução das tarefas, e o trabalho que pode ser obtido dela, ou seja, o produto final adquirido pela execução do trabalho. Portanto, os empregadores buscavam pagar pelo trabalho sem levar em conta a energia que estava sendo empregada na execução das tarefas, buscando adquirir o produto final da mesma forma que ele apanhava suas matérias primas (BRAVERMAN, 1981).

Dessa forma, o sistema capitalista gerou um processo de subcontratação e desligamento de serviços, possuindo algumas falhas, tais como a irregularidade na produção, as perdas de material em trânsito e desfalques, a lentidão na fabricação dos produtos, a falta de uniformidade e rigor na qualidade dos mesmos, além de serem limitados por sua incapacidade de transformar os processos de produção (BRAVERMAN, 1981).

A organização do trabalho já caminhava na direção de assegurar uma grande produtividade em pequena quantidade de tempo culminando, no século XX, com o taylorismo, o fordismo e o fayolismo que correspondem às primeiras teorias da administração científica (CAMPOS, 2010).

O fordismo e o taylorismo se complementam no sentido de racionalizar os métodos de trabalho; buscar pela uniformidade na execução das tarefas por todos os funcionários; existir um profissional para cada tipo de atividade a ser desenvolvida, elevando ao máximo a eficiência, o padrão das tarefas e o da produção; prevalecer as relações impessoais e formais e a rigidez na divisão do trabalho, fragmentando-o e separando a concepção de sua execução. Para alcançar tais pretensões, utilizam-se da seleção e treinamento dos funcionários, visando impor uma maneira correta e padronizada de trabalho, além de supervisionar rigorosamente os trabalhadores na execução das tarefas previamente estabelecidas (MOTTA, 2001; ANTUNES, 2018; CAMPOS, 2007).

Tal gerência científica, como é denominada dentro das teorias da administração científica, seria um esforço para a aplicação dos métodos científicos às questões complexas e ascendentes com relação ao controle do trabalho nas empresas capitalistas (BRAVERMAN, 1981).

O fayolismo, por meio da Escola Clássica, está mais direcionado à racionalização da estrutura administrativa da organização, para com as funções desenvolvidas, especificamente, pelo administrador (BRAVERMAN, 1981).

Na intenção de voltar o olhar para as necessidades psicológicas, de aprovação e auto-realização dos profissionais que, até então, eram considerados como seres destituídos de vontade, desejo e autonomia na realização do trabalho, é criada uma outra teoria administrativa denominada Teoria das Relações Humanas, que foi iniciada no mesmo ano do desenvolvimento da Teoria da Burocracia de Weber, ampliando a visualização do trabalhador e dando-lhe oportunidade de

participar dos processos decisórios, estando convidado a se envolver no trabalho em equipe (LEONARDI, 2004).

A partir de então, várias teorias administrativas foram se destacando, sendo relevante observar que o surgimento de uma nova maneira de olhar para o gerenciamento, no decorrer da história, ocorre por influência da teoria anteriormente vigente, seja para complementá-la, reiterá-la ou para revogá-la e ratificá-la, culminando, na atualidade, com a existência de algumas teorias que carregam em seu bojo fundamentos que vão desde as primeiras teorias da administração às novas.

Sendo assim, verifica-se que “aquilo que os modelos teóricos da administração cultivam pode ser resumido na busca pelo controle do processo de trabalho, com a finalidade de aumentar a produção e o capital” (SILVA, 2004, p. 59).

Tomando como referência a trajetória da administração científica, são evidentes as contribuições trazidas às organizações, tais como empresas. Porém, quando nos referimos às questões referentes ao SUS, sobretudo com relação à gestão em saúde, procuramos sempre evadir dos princípios apontados pela administração científica, por prever que esta deva acontecer de maneira descentralizada, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 2003).

Sendo assim, temos que a gestão em saúde é identificada como a atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2006, p.3).

Observa-se a divergência existente entre gestão e gerência em saúde. Enquanto a gerência está relacionada à organização de uma unidade ou órgão de saúde, a gestão faz referência à responsabilidade e à atividade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de determinadas funções. Sabe-se que a gestão em saúde é algo bastante antigo. Segundo Campos (2007), ela é quase tão antiga quanto a própria Saúde Pública.

Antes da concepção do SUS, ou seja, durante o período que precede a criação da Constituição de 1988, a realidade vivenciada pela saúde pública brasileira era composta por sistemas de saúde desintegrados, que obedeciam a vários comandos diferentes. Eram serviços dispersos por estabelecimentos com vínculos diversos, financiados por várias fontes, com múltiplos gerentes, regimes de trabalho diferentes, dentre outras questões (ROCHA, 2005).

Com a criação do SUS, a gestão ficou a cargo das três esferas federativas que compõem a república brasileira: a união, os estados e os municípios. E estas, com suas respectivas competências, assumiriam a responsabilidade de prever e prover o atendimento à saúde da população. Essa ideia é equivalente a dizer que a gestão do sistema público de saúde deve acontecer de maneira descentralizada (BRASIL, 2003).

O diferencial dos sistemas integrados de atenção à saúde, como é o caso do SUS, consiste na potencialidade existente na implantação de uma frente tripartite, capaz de dirigir as ações de diagnóstico, prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde por meio de uma construção coletiva pactuada, com participação dos diferentes atores que a compõe, organizando o sistema no intuito de singularizar o atendimento à saúde (ROCHA, 2005).

Após a aprovação do SUS na Constituição Federativa do Brasil de 1988 foram aprovadas regulamentações no sentido de efetivar sua implementação e organizá-lo segundo seus princípios. Foram aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080 e 8.142), as Normas Operacionais Básicas (NOB), a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde de 2006. Tais regulamentações dispunham, entre outras, das formas de financiamento da saúde como, por exemplo, a transferência fundo a fundo de recursos (do nível federal para o municipal) para a APS per capita (Piso de Atenção Básica – PAB fixo pela população) e recursos variáveis (Piso Variável) de acordo com as necessidades de cada município.

Contudo, esse processo de financiamento do setor saúde vem sofrendo alterações, com o lançamento da nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), por exemplo, que dispõe sobre as parcelas de repasse financeiro para a APS fundo a fundo deixa de ocorrer na forma de PAB fixo e piso variável e passa a acontecer levando em consideração apenas uma quantidade per capita (cadastro de segmentos da população), que não leva em consideração os aspectos sociodemográficos, epidemiológicos e, sobretudo, de desigualdade social existente em nosso país (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2017).

Em suma, verifica-se que o processo de organização do trabalho em saúde tem sido edificado à medida que o SUS vem sendo construído. Ao longo desse processo de construção, vem se promovendo maior autonomia dos municípios com relação ao planejamento, coordenação, acompanhamento e controle das políticas públicas, ou seja, com relação à gestão em saúde; e aos equipamentos

de saúde com relação à gerência do trabalho, sobretudo, quando se adentra à realidade vivenciada na APS, pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na perspectiva do trabalho em saúde, desde a criação do SUS até a atualidade, diversas fragilidades e potencialidades vêm sendo evidenciadas no espaço microssocial do trabalho, demonstrando os avanços alcançados e os persistentes entraves que comprometem a consolidação do modelo de atenção integral à saúde.

Dentre os desafios da gestão do trabalho no SUS, destacam-se a escassez de médicos e má distribuição de profissionais entre os níveis de cuidados de saúde e entre as zonas geográficas (OLIVEIRA et al., 2017); falta de acompanhamento da equipe, com supervisão pautada em críticas e pouco espaço de escuta (SCHIMITH et al., 2017); dificuldade de fixação profissional e alta rotatividade; precarização de vínculos e contratos de trabalho; normas excessivas e centralizadas que dificultam o funcionamento das unidades locais; baixa autonomia das equipes; problemas de ordem estrutural do sistema de saúde, como o financiamento insuficiente para a alocação de recursos adequados à prestação de serviços de saúde (RIZZOTTO *et al.*, 2014).

Tais condições, além de comprometerem a saúde e qualidade de vida dos profissionais de saúde, também repercutem na qualidade dos serviços prestados à comunidade, gerando insatisfação com o sistema. Assim, é necessário investir na qualificação dos trabalhadores de saúde, no sentido de fortalecer o compromisso com a melhoria dos serviços de saúde, buscando o equilíbrio entre a composição, distribuição e número de trabalhadores de saúde com processos adequados de formação e educação permanente em saúde (EPS) (RIZZOTTO *et al.*, 2014).

A Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde tem como foco central a participação do trabalhador, sujeito e agente transformador de seu trabalho (individual e coletivo), aspecto fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Para tanto, pressupõe-se a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador e do seu trabalho, como vínculos de trabalho com proteção social, espaços de discussão e negociação do trabalho, EPS, humanização da qualidade do trabalho, dentre outros (MACHADO, XIMENES NETO, 2018).

No que tange à EPS, temática que será melhor trabalhada posteriormente, sabe-se que esta necessita de espaços coletivos e de instrumentos, ferramentas ou dispositivos capazes de disparar processos analíticos pelos profissionais inseridos

no contexto do trabalho em saúde. Alguns trabalhos vêm apontando pistas para a sua efetivação a partir das contribuições advindas da AI (BORGES et al., 2022; BORGES et al., 2019; RÉZIO, FORTUNA, BORGES, 2019). Contudo, pouco se tem explicitado sobre as contribuições da AI na gestão do trabalho em saúde, sendo essa a proposição do presente capítulo ensaístico: apostar na análise de implicação (uma das características/dispositivo operatório da AI) como estratégia para o fortalecimento da gestão do trabalho em saúde.

ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO: GÊNESE E PERSPECTIVAS

A implicação para a AI não consiste, necessariamente, no ato ou efeito de comprometer-se, engajar-se, empenhar-se no desenvolvimento de algo. Ela não corresponde a algo, estritamente, consciente, que você opta por estar ou não implicado em ou com determinada coisa.

Segundo Lourau (2014), a implicação consiste na relação consciente ou inconsciente que os sujeitos estabelecem com as diversas instituições que os atravessam cotidianamente. Ela surge, na AI, a partir da crítica louraudiana aos conceitos de transferência e contra-transferência psicanalíticos (LOURAU, 2014). Estes foram incorporados à prática clínica da Psicoterapia Institucional no cuidado em saúde mental dentro de hospitais psiquiátricos franceses, após a Segunda Guerra Mundial, sendo denominados de transferência e contra-transferência institucionais. Elas extravasam as estritas relações presentes no interior (ou *setting*) da psicoterapia, ampliando para a coletividade, o ambiente, as relações econômicas, produções estéticas etc. (AGOSTINHO, 2020). Dessa forma, amplia a noção de transferência e contra-transferência psicanalíticas, mais restrita, respectivamente, à relação analisando-analista e analista-analisando (SANTOS, 1994).

A Socioanálise, ou seja, a AI em contexto de intervenção, nasceu a partir da crítica à Psicossociologia (LOURAU, 1993) e sabe-se que Georges Lapassade, “co-fundador da Socioanálise” com René Lourau, utilizava a Psicossociologia em animações de grupos em no início da década de 60 (RODRIGUES, 1997). A Psicossociologia consiste em uma vertente da Psicologia Social e possui uma abordagem direcionada a grupos, organizações e comunidades em seus respectivos contextos. Ela busca, a partir da pesquisa-ação, explicar a criação e evolução do

vínculo entre os indivíduos, além da dinâmica social e seu constante processo de mudança (AZEVEDO, BRAGA NETO, SÁ, 2002).

Uma “irmã mais nova” da Psicossociologia, a Sociologia Clínica, possui teóricos bastante citados por René Lourau quando este se refere à implicação em suas produções, tais como Georges Devereux e Vincent de Gaulejac. No Brasil, o campo da Sociologia Clínica é bastante expressivo, tecida a partir da aproximação de pesquisadores(as) brasileiros(as) a pesquisadores(as) franceses(as), por meio de estágios doutorais e pós-doutorais iniciados na década de 1980, compondo a Rede Internacional de Sociologia Clínica (NUNES, SILVA, 2018).

A Sociologia Clínica não reduz ao interesse ou à parte subjetiva assumida em determinado contexto (uma atitude compreensiva, benevolente, sensível, empática, etc.), mas a uma apreensão objetiva e intelectual do processo interventivo. Ela chama a atenção para a presença do clínico na situação e não com o intuito deste colocar-se no lugar do outro, mas compartilhar com ele as experiências, seguindo os meandros, as reflexões e análises, por meio da linguagem. A implicação clínica (forma como a Sociologia Clínica costuma denominar a implicação) consiste em reconhecer com profundidade e na complexidade da experiência, fazendo ressoá-la ouvindo, simultaneamente, o explícito, o subentendido e o subjacente, contaminados pela força do discurso ou das emoções. Para que isso ocorra, é necessária uma sutileza de percepção das duplicidades da linguagem (verbal e não-verbal), que supõem uma ressonância que possa ressoar (BARUS-MICHEL, 2012).

Para que isso ocorra, é necessário que o pesquisador compreenda a própria implicação, buscando interpretar as ressonâncias da experiência em seu íntimo, ao longo da pesquisa. Segundo a Sociologia Clínica, a partir do momento em que reconhecemos nossa implicação com o objeto e com o outro, fazemos um exercício reflexivo sobre nós mesmos, sendo condição *si ne qua non* para a objetividade no desenvolvimento de pesquisas (NUNES, SILVA, 2018).

Nessa perspectiva, podemos compreender algumas aproximações e distanciamentos existentes no conceito de implicação na Sociologia Clínica e na Socioanálise. Apontaremos alguns fatores que chamam a atenção para que possamos avançar um pouco mais na concepção da implicação, que, segundo o socioanalista René Lourau (1993), consiste no grande escândalo da Análise Institucional.

Que ambas partem do conceito da transferência psicanalítica já sabemos. Identifica-se também que tanto a implicação clínica quanto a implicação socioanalítica propõem o desenvolvimento de uma autoanálise, ancorando o desenvolvimento da intervenção neste processo.

Contudo, quando a Sociologia Clínica refere à análise de implicação, ela se detém ao momento clínico, ou seja, ao *setting* analítico pautado, sobretudo, na relação pesquisador-pesquisando e vice-versa e na relação pesquisador-objeto de pesquisa. Apesar de reconhecer o fato das questões emocionais, ideológicas e econômicas existentes cotidianamente, é no processo clínico que se dá a análise de implicação clínica (NUNES, SILVA, 2018; BARUS-MICHEL, 2012). Já a análise de implicação socioanalítica “deve ser analisada individual e coletivamente, o que supõe atividade intensa e, muitas vezes, penosa” (ALTOÉ, 2004, p. 191), ou seja, como o próprio título do livro organizado por Sônia Altoé (2004) diz: “René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral”, o analista institucional deve estar em processo de análise de suas implicações constantemente.

Nessa direção, podemos compreender um giro epistemológico na perspectiva da pesquisa-intervenção para a Sociologia Clínica e para a Socioanálise. Enquanto a primeira deposita sobre o pesquisador o processo analítico na utilização de um método que “privilegia a compreensão das dinâmicas existenciais e coletivas e a implicação do sujeito com seu objeto é reconhecida, sendo, por esse motivo, passível de controle” (NUNES, SILVA, 2018, p. 197), a segunda afirma que a própria implicação surge para colocar fim às ilusões da neutralidade analítica, assumindo que o observador já se encontra implicado no campo da observação e que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transformando-o (ALTOÉ, 2004). Além disso, não deposita sobre o pesquisador o processo de análise, mas nos analisadores produzidos a partir dos diferentes contextos de intervenção.

Focando na implicação a partir da perspectiva socioanalítica, René Barbier (1985) ao tratar das pesquisas em ciências humanas, a dividiu didaticamente em três dimensões: histórico-existencial (ideológica), psicoafetiva (libidinal) e estrutural-profissional (organizacional).

O conceito de ideologia surgiu na época moderna, sendo o marxismo aquele que mais fundamentou e o desenvolveu, assumindo o caráter protagonista do ponto de vista histórico e epistemológico. Ela até chegou a ser usada por

pensadores franceses no século XVII, mas apenas para denotar o “estudo das ideias” formadas por impressões sensíveis (SEVERINO, 1986).

Marx retomou a concepção dialética de Hegel, afirmando que a realidade vai sendo tecida num processo histórico, mediante a luta de contrários, de acordo com a tríade da tese-antítese-síntese, revisitando a ideia de alienação do mesmo autor para trabalhar o conceito de ideologia. Apontou a alienação como não sendo “uma situação da consciência especulativa, mas uma condição histórica, presente na relação do homem com a propriedade dos meios de produção de sua existência” (SEVERINO, 1986, p. 7). E nessa perspectiva, afirmou que o pensamento não pode ser considerado como algo autônomo e independente, estando diretamente ligado às condições materiais de produção da existência, “nascendo as ideias da atividade material do homem e não de sua atividade mental” (SEVERINO, 1986, p. 7).

Portanto, Karl Marx mostrou que as formas de pensamento, representação, crença, moral, ciência, política e filosofia, ou seja, a ideologia é construída pela consciência humana e depende, diretamente, das relações de produção e trabalho, pois não constituem representações objetivas da realidade (SEVERINO, 1986).

Dessa forma, podemos compreender a dimensão ideológica da implicação como sendo as formas de pensar, representar e acreditar – a partir de diversas perspectivas científicas, políticas, filosóficas, etc. – com as quais os sujeitos se relacionam com as instituições.

Já a dimensão libidinal está diretamente relacionada ao desejo. Este, por sua vez, pode seguir uma perspectiva de falta, vazio e incompletude (como em Platão e Sócrates) ou uma vontade de potência, força, expansão e ampliação (como em Nietzsche e Espinosa). Nessa perspectiva, podemos utilizar das contribuições de Félix Guattari e Gilles Deleuze, ambos analistas institucionais, para compreender um pouco mais a concepção de desejo para eles, que caminha na perspectiva de Nietzsche e Espinosa, ou seja, de desejo enquanto produção.

Para Deleuze e Guattari, o desejo é produtor e só pode ocorrer na realidade e de realidade. Ele é um “conjunto de sínteses passivas que maquinam os objetos parciais, os fluxos e os corpos, e que funcionam como unidades de produção. O real decorre disso, é o resultado das sínteses passivas do desejo como autoprodução do inconsciente” (DELEUZE, GUATATTI, 2011, p. 43).

Nessa perspectiva, pode-se compreender a dimensão libidinal da implicação como as relações que os sujeitos estabelecem com as instituições a partir de seus deslocamentos, movimentos reais, produções, desestruturas e rearranjos, que são tecidos cotidianamente pelo desejo.

Já a dimensão organizacional da implicação, como o próprio nome já sugere, diz respeito à base material que o sujeito dispõe para estabelecer sua relação com as instituições. Ela é, por excelência, a dimensão da mediação e consiste “na procura dos elementos que têm sentido com referência ao trabalho social dos pesquisadores e ao seu enraizamento sócio-econômico na sociedade contemporânea” (BARBIER, 1985, p. 117). Ou seja, corresponde a todo arcabouço concreto que fundamenta a relação do sujeito com a instituição.

Retomando ao contexto das intervenções e das pesquisas, devemos sempre procurar compreender a relação estabelecida pelo pesquisador com o seu objeto de pesquisa, ou seja, sua implicação com a pesquisa que será desenvolvida.

Nessa direção, podemos considerar que o pesquisador e o seu objeto desenvolvem um processo no qual um potencializa o outro e se atualizam reciprocamente e constantemente durante o percurso da pesquisa. Esse processo se dá de maneira transdutiva, ou seja, a relação pesquisador-objeto busca certa metaestabilidade a ponto de assumir uma forma específica, ou seja, a individuação (LOURAU, 1997).

A título de exemplo, a relação dos autores deste capítulo com a pesquisa em enfermagem vai sendo tecida de forma que a pesquisa em enfermagem vai nos afetando ao mesmo tempo em que é afetada por nossa intervenção no desenvolvimento da pesquisa em si. O produto deste processo seria o que Gilbert Simondon denominou por individuação, ou seja, “toda operação e toda relação no interior de uma operação é uma individuação que desdobra, defasa o ser pré-individual, correlacionando valores extremos, ordens de grandeza primitivamente sem mediação” (SIMONDON, 2020, p. 19).

As produções socioanalíticas e socio-clínicas vêm abordando a utilização da análise de implicação em seu bojo (BORGES et al., 2022; SILVA et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020; BORGES et al., 2019; L'ABBATE et al., 2019; RÊZIO, FORTUNA, BORGES, 2019; PENIDO, 2015; ROMAGNOLI, 2014). Além disso, também se tem caminhado na direção de apontar para possíveis ferramentas

capazes de ser utilizadas para a apreensão do processo de análise de implicação (BORGES, SILVA, 2020; PEZZATO et al., 2019).

Dentro deste cenário, propomos o desenvolvimento deste ensaio, que aposta na análise de implicação como uma estratégia potente na problematização da gestão do trabalho desenvolvida pelos sujeitos em seus cotidianos, caminhando na perspectiva de um processo formativo do e para o exercício profissional em saúde.

A ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A transformação da realidade com foco na gestão microssocial do processo de trabalho pressupõe o engajamento ativo dos sujeitos implicados neste contexto - ou seja, trabalhadores e gestores de saúde e suas relações com a instituição “gestão do trabalho em saúde”. Esta pode ser compreendida como uma instituição, por possuir normas reiteradas por meio de construções sociais coletivas e teóricas, que pautam um certo “fazer”, capaz de alcançar determinada atenção à saúde.

Para tanto, buscamos afirmar que o movimento de análise desta implicação por parte de gestores e trabalhadores de saúde, no sentido de compreenderem a sua relação com a gestão do trabalho em saúde, pode ser capaz de ampliar os papéis profissionais para papéis políticos e sociais no contexto da saúde. Dois pressupostos devem nortear esta reflexão: o primeiro, consiste na desconstrução do conceito de política associada à lógica político-partidária, ainda que muitos gestores sejam indicados por determinadas legendas para assunção do cargo; o segundo, refere-se ao fato de que analisando a implicação de todos os atores com a gestão do trabalho em saúde se estará em exercício de educação permanente em saúde (BORGES et al., 2019), aperfeiçoando seu papel social de produção do cuidado.

Ao considerarmos a política como um agenciamento dinâmico de elementos heterogêneos, podemos compreendê-la como um dispositivo. Este dispositivo tem por pressuposto organizar uma trama de arranjos de diferentes elementos capazes de serem colocados em prática por gestores e trabalhadores de saúde, segundo as particularidades requeridas pelo território e pela população. Essa perspectiva avança para além da lógica político-partidária, que se encontra limitada a interesses de classes e restrito a parcelas específicas da população,

associada, ideologicamente, à forma de compreender e pensar o mundo e as relações econômica-sociais-culturais construídas e estabelecidas.

Tais questões político-partidárias influenciam sobremaneira na organização dos serviços de saúde, sendo um ponto nevrálgico a ser considerado no processo de análise de implicação, buscando identificar os atravessamentos e interferências gerados pelos interesses de classe e de legenda partidária na prestação do cuidado e do “fazer saúde”, correspondendo à dimensão ideológica da implicação com a gestão do trabalho em saúde.

Estudo que analisou as potencialidades e limitações da gestão do trabalho na ESF demonstrou que os principais desafios vivenciados neste contexto correspondem a interferências de lideranças políticas; à dificuldade de fixação de profissionais médicos na equipe; à inoperância da rede de serviços de saúde; à burocratização do serviço público, decorrente de leis de controle de gastos na gestão municipal; ao perfil de atuação dos trabalhadores da ESF e à formação em serviço (GALAVOTE et al., 2016). Os autores apontaram, como consequência, a baixa capacidade gestora no processo de tomada de decisão, uma vez que sua prática é atravessada por linhas de mando das lideranças políticas do município, que dificultam a aquisição de recursos materiais e contratação de profissionais (GALAVOTE et al., 2016).

Assim, faz-se necessário reconhecer as influências e interferências do contexto municipal na gestão do trabalho em saúde para, então, buscar estratégias que sejam capazes de problematizá-las, visando transformá-las. Tal perspectiva caminha na direção da proposição que fazemos com o processo de análise de implicação, que visa, gerar processos analíticos capazes de desenvolver forças instituintes no sentido de viabilizar condições de trabalho coerentes, reconhecimento e valorização profissional e, portanto, um sistema de saúde fortalecido e de qualidade.

Em se tratando da análise de implicação com a gestão do trabalho em saúde podemos dividi-la, em termos didáticos, nas dimensões ideológica, libidinal e organizacional para melhor compreendermos as contribuições da análise de implicação para o processo de fortalecimento da gestão do trabalho.

Conforme exposto, as questões político partidárias são exemplos nítidos da dimensão ideológica da implicação com a gestão do trabalho em saúde,

interferindo na condução, planejamento e desenvolvimento de ações em âmbito local. Consiste, explicitamente, na “permissão” de uma forma de pensar, que influencia, diretamente, o fazer.

Sabe-se que este processo é inerente ao ser humano, afinal, todos os sujeitos se encontram implicados com as instituições (LOURAU, 2014). Contudo, a questão em voga consiste no saber identificar que os atos realizados nos cotidianos dos serviços de saúde também estão permeados pelas formas de pensar, desejar e organizar o serviço proposto ao acolhimento dos usuários. Acredita-se que quando se desenvolve essa capacidade de reflexão, ela perpassa, minimamente, por um processo de discernimento (podendo até ser maniqueísta - certo ou errado - ou de juízo de valor), mas que caminha na perspectiva de acionar um processo operatório que é ditado pelas implicações que o profissional estabelece com as diversas instituições que o permeia, atravessa e constitui (profissão, código de deontologia, ética profissional, relações e concepções de família, cuidado, amor, etc.).

Em se tratando das dimensões libidinal e organizacional com essa instituição, focaremos nos movimentos percorridos pelos(as) profissionais que desenvolvem a gestão do trabalho em saúde, procurando identificar e analisar as desterritorializações, desestruturas, rearranjos e logísticas tecidos cotidianamente por eles(as) a partir desse processo.

Buscando alguns exemplos, utilizaremos o fator “satisfação profissional”, que tem uma conotação bastante subjetiva e que, de certa forma, envolve as três dimensões. Assim, apontaremos aquilo que gera algumas pistas e características que transmitem uma noção de cada uma das dimensões (ou de todas), procurando, na medida do possível, dar enfoque àquilo que aparenta mais vinculado à libidinal e organizacional na relação com a gestão do trabalho em saúde.

Estudo desenvolvido nas cinco regiões do Brasil, com 76 profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), apontou que um dos fatores que influencia a satisfação no trabalho consiste no modelo assistencial, ou seja, a forma como a assistência à saúde é gerenciada e organizada na ESF, em especial, quando há uma identificação pelos profissionais com os princípios do modelo instituído (SORATTO et al., 2020).

Tratam de características que nos remetem às dimensões ideológicas e libidinais dos profissionais da ESF com a gestão do trabalho em saúde, quando

compreendemos o modelo de atenção à saúde como parte deste processo. Ideológica porque diz respeito à identificação pelo profissional quanto à perspectiva de modelo instituído. E libidinal porque essa identificação é geradora de uma produção, refletida no sentimento de bem-estar e satisfação com o trabalho.

Esse mesmo estudo, também aponta a boa relação com a equipe e desta com os usuários e gestão como fatores promotores de satisfação (SORATTO et al., 2020), correspondendo em estruturas logísticas e que dizem respeito à dimensão organizacional da implicação, mas neste caso em particular, profissional, por apresentar um conjunto de relações que o profissional estabelece com a sua profissão (MONCEAU, 2012).

Uma revisão sistemática que objetivou sintetizar as evidências sobre a satisfação profissional de enfermeiros em terapia intensiva encontrou evidências que apoiam as relações existentes entre vários fatores empregatícios e organizacionais com a satisfação no trabalho, tais como recursos humanos suficientes e o trabalho em equipe (DILIG-RUIZ et al., 2018).

Analisar o trabalho sob a perspectiva da satisfação, do prazer, da qualidade de vida e do bem estar, provoca reflexões sobre o quanto os trabalhadores e gestores se percebem como sujeitos ativos nesta construção e como ocorre tal construção. Isso não exime a responsabilidade institucional em prover condições para que o ambiente de trabalho seja saudável, mas inclui a mobilização desses sujeitos-implicados nas relações estabelecidas com o meio em prol de mudanças da realidade.

A análise de implicação pode ser utilizada como dispositivo de transformação do processo de trabalho em saúde e contribuir para ampliar a capacidade de análise do processo de trabalho, estimulando a horizontalização dos processos decisórios e de negociação (PENIDO, 2015). Conseqüentemente, o fortalecimento das relações da equipe (em mesmo nível hierárquico ou em níveis diferentes), a horizontalização da comunicação e o compartilhamento de informações na gestão no micro-contexto propiciam o surgimento de um espaço favorável para trocas, aprendizagens e potencialização das capacidades individuais e coletivas.

Esta construção pressupõe o comprometimento dos gestores, elementos chave na concretização de melhorias na gestão do trabalho, que precisam se enxergar como parte das equipes e, a partir das demandas destas e dos usuários, pautar sua prática profissional. Neste sentido, defendemos a adoção de modelos de gestão compartilhadas

ou participativas, nos quais gestores e trabalhadores se corresponsabilizam para o fortalecimento do SUS e estimulam a participação social, mantendo a mesa de negociações permanente para as questões relacionadas ao trabalho.

Ou seja: a análise de implicação prevê o estabelecimento de relações horizontais, decisões compartilhadas, espaços seguros de fala, priorização do bem coletivo em detrimento ao individual ou político-partidário e corresponsabilização, bases que alicerçam modelos de gestão contemporâneos e que dialogam com o modelo da atenção integral à saúde, refutando ranços das teorias clássicas da administração que persistem no sistema de saúde.

Tal fato, vai ao encontro da dimensão organizacional da implicação profissional, algo que, de certa forma, já nos direciona para o segundo pressuposto dessa trajetória reflexiva: o exercício da EPS na viabilização da análise de implicação com a gestão do trabalho. A EPS, além de consistir em uma política pública elaborada em prol da formação de profissionais de saúde, corresponde ao “ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise”, não se tratando apenas de um processo didático-pedagógico, mas também de um processo político (CECCIM, FERLA, 2006, p. 110).

Assim, se a EPS pressupõe um processo analítico, que vislumbra a gestão do trabalho em seu bojo e neste texto ensaístico propomos explicitar a análise de implicação com a gestão do trabalho em saúde como uma estratégia capaz de fortalecer esta instituição, logo percebe-se a aproximação existente entre ambas. Ou seja, analisar a implicação com a gestão do trabalho em saúde é algo capaz de gerar transformações e aprendizados no/para o trabalho em saúde, consistindo, portanto, em um processo formativo. Ao mesmo tempo, os processos formativos despertam a criticidade dos sujeitos, fortalecem o trabalho em equipe e promovem a qualificação dos serviços, ressignificando a análise de implicação com a gestão do trabalho (em um movimento de retroalimentação).

A EPS parte da premissa de priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação final da política de saúde e não como atividade-meio para o desenvolvimento do trabalho. Consiste em um aspecto original e o grande diferencial do conceito político-pedagógico da EPS (CECCIM, 2005). Dessa forma e tomando a ideia de que a gestão também é feita a partir da micropolítica do trabalho em saúde, ou seja, dos espaços que são atravessados pelas diversas

disputas, conflitos e intencionalidades e que compõem uma determinada lógica de território onde se produzem conexões sociais, onde afetos e desejos se manifestam e também onde se produz o cuidado em saúde (FRANCO, MERHY, 2013), acreditamos que, a partir da problematização desses territórios pelos diferentes atores que o compõe (gestores, trabalhadores e usuários), a análise de implicação pode vislumbrar o processo formativo dos sujeitos diante da gestão do trabalho em saúde. Estes passarão a exprimir seus pontos de vistas sobre as diferentes temáticas concernentes às instâncias de atenção à saúde da forma como os processos serão desenvolvidos, cientes dos mesmos e sabendo, de antemão, que é inerente do ser humano tomar suas decisões e ampará-las a partir das relações tecidas com as instituições.

Assim, o que sugerimos neste capítulo é que profissionais de saúde e gestores repensem o trabalho em saúde, os modelos de gestão que organizam este trabalho e, por fim, mas não menos importante, o modelo de atenção à saúde, no sentido de construir uma crítica que impulse a consolidação da EPS e incorpore a análise de implicação na dinâmica das unidades.

O foco no fortalecimento da gestão microssocial do trabalho, tão necessário nos dias atuais, precisa enfrentar os desafios impostos ao SUS (como sub-financiamento, terceirização, precarização e desmonte) e criar espaços de diálogo e resistência, considerando a multivocalidade e diversidade dos sujeitos e na força do coletivo em prol da defesa do sistema público, universal e de qualidade, bem como de condições dignas de trabalho.

Acreditamos que esse processo não é algo simples. Requer uma abertura de todos os sujeitos envolvidos com o trabalho em saúde em prol da compreensão de que somos sujeitos inconclusos, em constante processo de aprendizagem e em permanente movimento de busca em ser mais (FREIRE, 2008).

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, L. D. GUATTARI E A PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 23, n. 1, p. 2–11, jan. 2020.
- ALTOÉ, S. **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, jan. 2004.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16^a ed. São Paulo: Cortez, mar. 2018.

AZEVEDO, C. DA S.; BRAGA NETO, F. C.; SÁ, M. DE C. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 235–247, jan. 2002.

BARBIER, R. A **Pesquisa- ação na instituição educativa**. Tradução: Estela dos Santos Abreu; Maria Wanda Maul de Andrade. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

BARUS-MICHEL, J. Implications, significations et engagement. In: GAULEJAC, V., HANIQUE, F., ROCHE, P. **La sociologia Clinique: enjeux théoriques et méthodologiques**. Toulouse : Érès, 2012. p. 218-225.

BORGES, F. A. *et al.* A análise de implicação profissional como um dispositivo de educação permanente em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3189, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3114.3189.

BORGES, F. A.; SILVA, A. R. N. O diário de pesquisa como instrumento de acompanhamento da aprendizagem e de análise de implicação do estudante/pesquisador. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190869, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190869.

MELO, F. A. B.; RÉZIO, L. A.; ZERBETTO, S. R.; SILVA, C. M.; MARCHETI, P. M.; CHAVES, S. C. da S.; MENDES, D. T.; MOREIRA, W. C.; NÓBREGA, M. do P. Efeito do discurso de heroísmo na implicação profissional de enfermeiros na pandemia de COVID-19. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 26, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.40127.

BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Emendas Constitucionais de n. 1, de 1992, a 40, de 2003, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 21. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**: Brasília. Recurso eletrônico, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília. Recurso eletrônico, 2017.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2337–2344, ago. 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177. 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (p. 107-112). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia**. 1. ed. São Paulo: 34, 2011.

DILIG-RUIZ, A.; MACDONALD, I.; VARIN, M.D.; VANDYK, A., GRAHAM, I.D.; SQUIRES, J. E. Job Satisfaction among critical care nurses: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**. n. 88, p. 123-134. 2018. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.08.014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

GALAVOTE, H. S. et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 988–1002, out. 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902016158633.

L'ABBATE, S.; PEZZATO, L. M.; DOBIES, D. V.; BOTAZZO, C. O diário institucional nas práticas profissionais em saúde. **Mnemosine Revista**, v. 15, p. 40-61, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/45972>. Acesso em: 19 mai 2023.

LEONARDI, M. Contribuição das teorias administrativas na produção do conhecimento sobre administração em enfermagem: análise de um periódico. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Brasil, 2004.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ**: Análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

LOURAU, R. **Implication transduction**. Paris: Anthropos, 1997.

LOURAU, R. **A análise institucional**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1971–1979, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06682018.

MONCEAU, G. **L'analyse institutionnelle des pratiques: une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France**. Paris: L'Harmattan, 2012.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601.

MOTTA, F. C. P. **Teoria das organizações: evolução e crítica**. 2 ed. São Paulo: Pioneira Learning, 2001.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 9 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

NOGUEIRA, A. J. F. M. Gestão estratégica das relações de trabalho. In: FLEURY, M. T. L. (Coord.). **As pessoas na organização** (p. 102-137). São Paulo: Gente, 2002.

NUNES, C. G. F.; SILVA, P. H. I. A sociologia clínica no Brasil. **Rev. Bras. de Sociol.**, v. 6, n. 12, p. 181-199, 2018. DOI: 10.20336/rbs.239.

OLIVEIRA, A. P. C.; et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1165–1180, abr. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.31382016.

PENIDO, C. A análise de implicação como dispositivo de transformação do processo de trabalho. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, n. 8, p. 248-257, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/07.pdf>. Acesso em: 19 mai 2023.

PEZZATO, L. M.; BOTAZZO, C.; LABBATE, S. O diário como dispositivo em pesquisa multicêntrica. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 296–308, jul. 2019. DOI: 10.1590/s0104-12902019180070.

RÉZIO, L. DE A.; FORTUNA, C. M.; BORGES, F. A. Pistas para a educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela Socioclínica Institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3204, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3217.3204.

RIZZOTTO, M. L. F. *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 237–251, out. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S018.

ROCHA, J. S. Y. **A gestão da saúde no Brasil**. Relatório Técnico n. 9 – Depto Medicina Social, FMRP-USP, 2005.

RODRIGUES, H. B. C. **O acrobata e o contrabandista**: figuras histórico-caleidoscópicas para pistas (ainda) atuais de Lapassade e Guatarri, com vistas a uma psicossociologia crítica. Cadernos do IPUB, n. 7, 1997.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 44–52, jan. 2014. DOI: 10.1590/S0102-71822014000100006.

SANTOS, M. A. A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 13-27, ago. 1994. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 mai 2023.

SCHIMITH, M. D.; BRÊTAS, A. C. P.; BUDÓ, M. L. D.; ALBERTI, G. F.; BECK, C. L. A. C. Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Enfermería Global**, n. 14, v. 2, 2017. DOI: 10.6018/eglobal.14.2.194371.

SEVERINO, A. J. **Educação, ideologia e contra-ideologia**. São Paulo: EPU, 1986.

SILVA, A. L. A. **Produção de subjetividade e gestão em saúde**: cartografias da gerência. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas. Campinas, Brasil, 2004.

SILVA, I. A. C.; MESSIAS, T. C. M.; COSTA, A. R. C.; ABRAHÃO, A. L. Implicações de acadêmicas de enfermagem sobre o aprender a cuidar durante a abordagem com mãe/bebê prematuro: relato de experiência. **Revista Saúde em Redes**, n. 6, p. 249-258. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2397>. Acesso em: 19 mai 2023.

SIMONDON, G. **A individuação à luz das noções de forma e de informação**. 34: São Paulo, 2020.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 911–918, maio 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000300027.

SORATTO, J. *et al.* Family health strategy professional satisfaction in Brazil: a qualitative study. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, n. e20180104, 2020. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0104.

TEIXEIRA, P. R. S. M.; ALMEIDA, A. C. V.; MOURÃO, L. C.; LEITE, I. C. M. Entre o ser e o fazer: as implicações dos profissionais de saúde/preceptores na efetivação do autocuidado do diabético. **Research, Society and Development**, v. 4, n. e74942380, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i4.2380.

POSFÁCIO

As instituições nos habitam mais do que nós as habitamos. Elas estão no ar que respiramos, na água que bebemos e em tudo o que comemos. As instituições moldam nossas vidas e abrigam nossas mortes. As instituições não estão acima de nós, elas estão em nós.

A análise institucional e a saúde coletiva compartilham essa visão da vida humana em sociedade. O relacionamento entre dois indivíduos envolve muito mais do que apenas os dois. Ele existe em um contexto cultural, social, político e econômico. Ele só pode ser entendido no contexto da história. O mesmo se aplica aos relacionamentos dentro e entre os coletivos humanos.

Este trabalho coletivo leva essas observações a sério e não cede à noção fácil de reduzir os cuidados a um ato técnico. O cuidado é uma prática complexa.

Em 2013, Solange L'Abbate, Lucia Cardoso Mourão e Luciane Pezzato publicaram uma obra coletiva, para a qual eu já havia contribuído, assim como alguns dos autores da presente publicação. O livro mostrava como a análise institucional estava se desenvolvendo na saúde coletiva brasileira, em especial por meio da ABRASCO. O cruzamento entre a análise institucional francesa, teorizada por René Lourau, e a saúde coletiva brasileira já tem uma longa história. Ela é feita de encontros, projetos conjuntos, amizade e muito trabalho duro. Solange L'Abbate tem desempenhado um papel central nesse processo, criando uma circulação conceitual intensiva entre a França e o Brasil.

Enquanto Lourau e Lapassade vieram ao Brasil várias vezes a partir do início da década de 1970, Solange L'Abbate veio à França para uma longa estadia no início da década de 1990. Foi nessa época que nos conhecemos, principalmente por trabalhar com René Lourau na equipe da revista *Les Cahiers de l'implication*.

Por meio desse deslocamento geográfico, Solange L'Abbate provocou uma interferência entre a análise institucional e a saúde coletiva. Essa interferência não é simplesmente uma questão de interação, mas de produção de novas ideias, práticas e análises originais no campo da ciência da enfermagem. Este livro coletivo oferece um balanço provisório, mostrando tanto as continuidades quanto as novidades.

A primeira coisa que noto é que três gerações de pesquisadores estão agora trabalhando juntas para desenvolver a análise institucional nas ciências da enfermagem. Essa rede viva está se expandindo para novos territórios e novas universidades. Essa expansão se deve em grande parte à terceira geração, mas, sem dúvida, também é uma resposta às demandas sociais cada vez mais urgentes.

Para lidar com a pandemia da covid-19 e com os efeitos nocivos das políticas de enfraquecimento dos serviços de saúde pública, a análise institucional fornece ferramentas para pensar e agir em instituições de atendimento que, mesmo quando danificadas, mantêm uma dinâmica resiliente que extrai sua força de sua história.

O sistema de saúde brasileiro é, de fato, o produto de movimentos sociais e políticos. Isso é particularmente verdadeiro para o SUS (Sistema Único de Saúde), que, embora esteja constantemente sob ataque de interesses privados e campanhas de difamação, também é constantemente regenerado por um ideal democrático que vê o acesso à saúde como um direito. A saúde coletiva é um de seus suportes ideológicos e técnicos.

Essa potência ideológica, essa profecia inicial, está na raiz da institucionalização do sistema de saúde brasileiro. Ele é confrontado com tensões e contradições agudas que simultaneamente enfraquecem e fortalecem esse processo. Eles o enfraquecem ao minar sua legitimidade e seus meios de ação; eles o fortalecem ao se apresentarem como analisadores que permitem que os indivíduos compreendam melhor as questões culturais, sociais, políticas e econômicas em jogo e ajam nas situações difíceis que vivenciam diariamente.

Observo que, neste livro, o reconhecimento e a análise de conflitos desempenham um papel importante. Parece-me que isso reflete uma capacidade crescente de aceitar que os conflitos não existem apenas entre aqueles que compartilham o mesmo ponto de vista e os “outros”, mas também que os conflitos necessariamente também existem dentro de grupos que compartilham orientações comuns. Quando uma equipe de atendimento é capaz de trabalhar com seus próprios conflitos internos, ela se fortalece ao desenvolver sua capacidade de perceber os efeitos da transversalidade, ou seja, das diferentes instituições que a atravessam. Ela se fortalece ao abrir sua análise para além da psicologia individual ou do desempenho técnico. Ela se fortalece ao incorporar sua ação coletiva e seus conflitos internos em uma dinâmica institucional mais ampla.

À medida que os capítulos avançam, surge uma diversificação de tópicos de pesquisa. Eles incluem o atendimento ao paciente, mas também a gestão de serviços, a gestão de equipes, a educação permanente, os efeitos das evoluções políticas e a relação com o corpo e a morte. Essa ampliação reflete o fato de que a análise institucional é uma teoria geral, o que significa que ela pode ser usada para estudar qualquer fenômeno social, mas também o fato de que os pesquisadores que se referem a ela são, antes de tudo, cidadãos implicados em uma sociedade viva e em transformação.

Um dos assuntos de particular importância na pesquisa aqui apresentada é a morte e seu acompanhamento. Se a morte é um poderoso analisador das condições de vida e das políticas de saúde, ela também é um analisador das práticas concretas de cuidado. Acompanhar os pacientes enquanto eles morrem, sem negar que a morte está chegando e sem considerar que ela é um fracasso para os cuidadores, é, sem dúvida, uma reflexão que as ciências da enfermagem podem realizar mais plenamente do que a medicina. A demanda social endereçada às ciências da enfermagem se encontram mais no cuidado que na cura. Os enfermeiros provavelmente portam menos o peso que os médicos em ter que curar todos os males, mas elas são encarregadas de uma carga tão pesada quanto que é a de acompanhar pacientes em todas as circunstâncias, seja qual for sua situação. Em geral, são eles que têm de assegurar e fornecer cuidados contínuos, administrar a falta de recursos financeiros e materiais e tentar aliviar o sofrimento enquanto lidam com a violência resultante do desespero e dos sentimentos de injustiça.

Conheci a maioria dos autores deste livro, dirigi ou acompanhei alguns de seus trabalhos e contribuí para sua formação. Mas, em contrapartida, também sei que devo muito a eles. Minhas longas estadias na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto com Cinira Fortuna e na Universidade Federal Fluminense em Niterói com Ana Lúcia Abrahão e Lucia Cardoso Mourão, meus intercâmbios com colegas de muitas outras universidades brasileiras, minha participação em pesquisas com equipes de atendimento em centros de saúde, tudo isso contribuiu muito para o desenvolvimento da Socio-clínica institucional.

Minhas experiências no Brasil e, em particular, minha pesquisa sobre o estabelecimento de redes perinatais conhecidas como “redes cegonha”, as questões biopsicossociais que envolvem o parto e a institucionalização de partos

cesáreos, convenceram-me de uma vez por todas de que as decisões políticas têm um impacto muito direto sobre a vida e a morte. Essas experiências também me convenceram de que, nas instituições, os profissionais podem resistir a fatalidade analisando coletivamente suas próprias implicações ideológicas, organizacionais e libidinais. Se a busca de um ideal democrático dá sentido à prática profissional, esse ideal também pode não passar de um discurso ideológico “acima do solo”. É por meio do trabalho analítico exigente que vincula essa dimensão ideológica às dimensões organizacionais e libidinais que compõem o cuidado cotidiano que este realmente adquire significado.

As análises deste livro nos mostram o caminho!

Gilles Monceau

SOBRE OS AUTORES

Adriana Barbieri Feliciano – Doutora em Enfermagem, Professora associada IV da Universidade Federal de São Carlos. Atualmente está vinculada a pós-graduação *Strictu Sensu*.

Adriane Vieira – Psicóloga, Doutora em Administração. Professora Associada nível 2 do Departamento de Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG.

Ana Clementina Vieira de Almeida – Enfermeira, Docente do Programa de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde – EEAAC/UFF.

Ana Lúcia Abrahão – Pós-doutorado em Medicina Social. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Titular da Universidade Federal Fluminense, está vinculada a pós-graduação *Strictu-Sensu*. Líder do Grupo de Pesquisa Gestão e Trabalho em Saúde.

Angelina Lettiere Viana – Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Atualmente, está vinculada à pós-graduação e ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva Prof^a Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida.

Carla Aparecida Spagnol – Doutora em Saúde Coletiva, Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente, está vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde e desenvolve atividades no campo da Gerência em Enfermagem e na Saúde.

Cinira Magali Fortuna – Professora Associada III no Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestre e Doutora em Enfermagem em Saúde Pública com Pós-doutorado na França em Ciências da Educação. É líder do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva Prof^a Dra. Maria Cecilia Puntel de Almeida.

Daniel Vannucci Dóbies – Doutor em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e psicólogo. Atualmente, está vinculado ao Diretório de Pesquisa do CNPq Análise Institucional e Saúde Coletiva.

Emerson Elias Merhy – Professor Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, Docente permanente do Programa de Pós-Graduação EICOS/UFRJ.

Eliane Oliveira de Andrade Paquiela – Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Eluana Borges Leitão de Figueiredo – Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Fabiana Ribeiro Santana – Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo e doutora em Ciências da Educação pela Université de Cergy- Pontoise (atual Cy Cergy Paris Université). Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás.

Felipe Lima dos Santos – Doutorando em Cotutela de Tese em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, e em Ciências da Educação e da Formação na CY Cergy Paris Université, França.

Flávio Adriano Borges – Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo e professor adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos e membro dos Diretórios CNPq “Análise Institucional & Saúde Coletiva” e “Grupo de Estudos: Políticas e Práticas em Saúde.

Gilles Monceau – Professor em Ciências da Educação junto ao laboratório de Pesquisas École, Mutation et apprentissage (EMA) da CY Cergy Paris Université. É

analista institucional e propôs a socioclínica institucional. Coordenador da Rede Internacional, interdisciplinar e francófona Recherche AVEC.

Isabel Cristina de Moura Leite – Doutoranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense Programa de Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS). Docente da Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS/SES-RJ).

José Renato Gatto Júnior – Enfermeiro bacharel e licenciado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), doutor em ciência pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP. Docente da UFMG.

Kamila Pena – Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Carlos e professora do Curso de Graduação em Fisioterapia pela Universidade de Araraquara, e está vinculada ao Grupo de Estudos Políticas e Práticas em Saúde (GEPPS) cadastrado no CNPq.

Karemme Ferreira de Oliveira – Mestre em Ciências. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

Karen da Silva Santos – Enfermeira na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Doutoranda em cotutela internacional de tese entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade da São Paulo (EERP-USP) e membro do Laboratoire FrED (Éducation et Diversités en Espaces Francophones) da Université de Limoges.

Lia Bissoli – Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas UNICAMP; Consultora Técnica pela OPAS para o Programa Mais Médicos para o Brasil PMMB /MS; Docente nas Faculdades Associadas UniFAE; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas UNICAMP; Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas UNICAMP.

Luana Pinho de Mesquita Lago – Doutora em Ciências, Professora da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Atualmente,

está vinculada ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva Prof^a Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida e ao Diretório de Pesquisa do CNPq Análise Institucional e Saúde Coletiva.

Lucia Cardoso Mourão – Enfermeira/Sanitarista, Docente do Instituto de Saúde Coletiva- UFF. Vice Coordenadora do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde – EEAAC/UFF. Desenvolve pesquisas com o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional desde 2002, durante o curso de doutorado em Saúde Coletiva – Unicamp. Pesquisadora, líder do grupo de estudos e pesquisas de Análise Institucional e Formação em Saúde – UFF/CNPq.

Luciane Maria Pezzato – Doutora em Saúde Coletiva, Professora adjunta do Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista. Atualmente, está vinculada a pós-Graduação Strictu Sensu e desenvolve pesquisa a no campo da Educação e da Saúde Coletiva.

Magda de Souza Chagas – Doutora em Ciências da Saúde Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Atualmente é Coordenadora da pós-Graduação Strictu Sensu Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Escola de Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde e da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

Marcela Pimenta Guimarães Muniz – Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde Professora adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Atualmente está vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde e ao Núcleo de Pesquisa Ensino, Criatividade e Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Márcia Niituma Ogata – Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e professora titular sênior do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Atualmente está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSCar e ao Grupo de Estudos Políticas e Práticas em

Saúde (GEPPS) cadastrado no CNPq e desenvolve estudos no campo da Saúde Coletiva e Enfermagem.

Maristel Kasper – Doutora com dupla-titulação pela Universidade de São Paulo (USP) e CY Cergy Paris Université - França. Atualmente, é professora substituta no Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC) - câmpus Joinville.

Michele Campagnoli – Doutoranda da Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Enfermagem. Campinas.

Noeli Prestes Padilha Rivas – Livre Docente em Educação, na área de Didática/Currículo, pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FFCLRP - Universidade de São Paulo – USP.

Poliana Silva de Oliveira – Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública, Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Infantil do município de Orlandia- SP. Atualmente, está vinculada ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva Prof^a Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida e ao Diretório Acadêmico Análise Institucional e Saúde Coletiva da Universidade de Campinas.

Priscila Norié de Araujo – Doutoranda no Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Está vinculada ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva Prof^a Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida.

Regiane Prado Ribeiro – Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais e Enfermeira Obstétrica da Maternidade Otto Cirne do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente, está vinculada ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Silvana Martins Mishima – Professora Titular Sênior no Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestre e Doutora em Enfermagem em Saúde

Pública. Está vinculada ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva Prof^a Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida.

Silvia Matumoto – Professora Associada II no Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestre e Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. É líder do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva Prof^a Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida.

Simone Santana da Silva – Doutora em Ciências da Saúde e Educação em tese duplo diploma entre Brasil e a França, Professora assistente da Universidade do Estado da Bahia. Atualmente, está vinculada ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva Prof^a Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida e ao Grupo de Pesquisa sobre o Cuidar em Enfermagem.

Solange L'Abbate – Doutora em Sociologia pela Universidade de São Paulo e professora aposentada e voluntária do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Atualmente, está vinculada a pós-Graduação Strictu Sensu e desenvolve atividades no campo da Análise Institucional e Saúde Coletiva.

Tatiana Loiola – Especialista em Enfermagem Obstétrica - Mestre em Bioética - Doutoranda em Saúde Coletiva / UNICAMP.

Thalita Caroline Cardoso Marcussi – Enfermeira, mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, trabalha na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Vívian Aline Mininel – Professora Adjunta IV do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde / Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Pesquisadora Associada do Centre de Recherche sur le Travail et le Développement do Conservatoire National des Arts et Métiers (CRDT-Cnam), Paris, França.



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora



redeunida



ISBN 978-65-5462-038-3



9 786554 620383

A enfermagem é uma das áreas de conhecimento e de práticas presente em sistemas de saúde do mundo todo. No Brasil, sua presença é de cerca de 70% do total dos trabalhadores. Para os autores dos capítulos, a enfermagem se constitui uma instituição tencionada por movimentos de conservação e mudanças. O referencial da análise institucional auxilia na compreensão desses movimentos e nesse livro exploramos o entrelaçamento entre cuidado, gestão e formação. Os capítulos trazem pesquisas e experiências embasadas no quadro teórico da Análise institucional e da Socio-Clinica institucional. Pretende-se compreender a realidade de produção social dessa profissão e área de conhecimento, através dos discursos dos sujeitos e das práticas tanto na gestão como no cuidado e formação. É na tensão desses três inseparáveis campos de atuação que reafirmamos a inseparabilidade do cuidar, do gerir e do formar nos serviços de saúde e estabelecimentos de ensino e ilustramos a forma instituída da profissão, as forças instituintes presente e o processo de institucionalização do que denominamos enfermagem.