



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

JANDERSON MAUÉS DO NASCIMENTO

O PLANEJADO-INSTITUÍDO E A PRÁTICA DO TRABALHO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

MANAUS

2019

JANDERSON MAUÉS DO NASCIMENTO

O PLANEJADO-INSTITUÍDO E A PRÁTICA DO TRABALHO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa “Processos Psicológicos e Saúde”.

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Dutra de Moraes

MANAUS

2019

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

| | |
|-------|--|
| N244p | <p>Nascimento, Janderson Maués do O planejado-instituído e a prática do trabalho de profissionais de saúde na atenção básica / Janderson Maués do Nascimento. 2019 70 f.: 31 cm.</p> <p>Orientadora: Rosângela Dutra de Moraes Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas.</p> <p>1. Análise Institucional Psicossocial. 2. Psicodinâmica do Trabalho. 3. Observação Participante. 4. Atenção Básica em Saúde. I. Moraes, Rosângela Dutra de II. Universidade Federal do Amazonas III. Título</p> |
|-------|--|

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força para estudar e trabalhar ao mesmo tempo.

A minha família, em especial a minha mãe, Sulamita Maués, pelas orações.

Aos meus amigos André Xavier, Elizete Cardoso e Daniel Almeida pelos cafés, vinhos e momentos agradáveis que compartilhamos.

Aos colegas de trabalho, pelo apoio e compreensão durante as minhas ausências.

À Universidade Federal do Amazonas, por esta segunda formação.

À Faculdade de Psicologia, em especial aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia.

Ao professor Dr. Nilson Gomes Vieira Filho, que com *démarches* singulares me ajudou a escolher os melhores caminhos na condução deste trabalho.

À professora Dra. Rosângela Dutra de Moraes, pelas discussões e escutas no Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho, pelos conselhos durante a minha qualificação e pela orientação para melhor refletir sobre as minhas análises.

À professora Dra. Rubenilda Maria Rosinha Barbosa, pelos conselhos durante a minha banca de qualificação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

Aos profissionais da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde onde esta pesquisa foi realizada, que me receberam muito bem e cooperaram com o meu trabalho sempre da melhor forma possível.

“La création du monde n’a pas eu lieu au début, elle a lieu tous les jours.”

Marcel Prust

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de perspectiva qualitativa, cujo objetivo geral foi estudar o planejado-instituído e a prática do trabalho de profissionais de saúde na atenção básica, em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Manaus, por meio do referencial teórico da Análise Institucional Psicossocial. O método utilizado foi a Observação Participante, cujo campo de observação foi a referida UBSF. A coleta de dados foi realizada através da Coleta de Material Documental da Instituição, de Diário de Campo, e de uma Conversa gravada com os participantes da pesquisa. A análise do *corpus* foi realizada em coerência com o referencial teórico da Análise Institucional Psicossocial e da Psicodinâmica do Trabalho, em consonância com o método da Observação Participante. Além disso, foram utilizadas a teoria dos analisadores e a análise do discurso. Os resultados mostram que os profissionais são muito unidos pelo trabalho, em cuja equipe há cooperação, flexibilidade de papéis, espaço de diálogo e de expressão de subjetividade. No entanto, não se identificou elos relacionais externos ao trabalho, o que inicialmente seria algo a se pensar, quando se considera o engajamento individual dos sujeitos em prol do grupo. A mobilização é tamanha que o trato com os pacientes do hiperdia é bastante saudável e equilibrado, pois a equipe consegue atender e manter a regularidade dos cuidados prestados a esse público com muita perícia e comprometimento. Além disso, verificaram-se também modos de gestão como fonte de insatisfação no trabalho, com normativos e regramentos em excesso, os quais não condizem com a realidade observada no cotidiano da equipe, e que geram sentimentos análogos à impotência, mesmo quando verificada a transgressão de regras para fazer dar certo o trabalho do grupo, que tem a sensação de não ser ouvido pela gestão.

Palavras-chave: Análise Institucional Psicossocial, Psicodinâmica do Trabalho, Observação Participante, Atenção Básica em Saúde.

ABSTRACT

This is a qualitative perspective research, whose general objective was to study the planned-instituted and the practice of the work of health professionals in primary care, in a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) in Manaus, through the theoretical reference of the Psychosocial Institutional Analysis. The method used was the Participant Observation, whose observation field was the UBSF itself. The data collection was made through the Collection of Documentary Material of the Institution, the Field Diary and the a Recorded Conversation with the participants. The analysis of the corpus was performed in coherence with the theoretical reference of the Psychosocial Institutional Analysis and the Work Psychodynamics, in consonance with the Participant Observation method. In addition, we used analyzer theory and discourse analysis. The results showed that the professionals are very united by the work, in whose team there is cooperation, flexibility of roles, space for dialogue and expression of subjectivity. However, was not identified external relational links to the work, which initially would be something to think about, when considering the individual commitment in favor of the group. The mobilization is so great that the treatment with Hiperdia patients is quite healthy and balanced, because the team can meet and maintain the regularity of the care provided to this public with great skill and commitment. In addition, there were also ways of management as a source of job dissatisfaction, with excessive norms, which do not match to the observed reality in the daily life of the team, and which generate feelings similar to impotence, even when it is verified the transgression of rules to make sure the work of the group, which has the sensation of not being heard by the management.

Keywords: Institutional Psychosocial Analysis, Work Psychodynamics, Participant Observation, Basic Health Care.

RÉSUMÉ

Il s'agit d'une recherche de perspective qualitative, dont l'objectif général était d'étudier le travail prévu et institué des professionnels de la santé en soins de santé primaires, dans une Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) à Manaus, à travers de la référence théorique de l'Analyse Institutionnelle Psychosociale. La méthode utilisée était l'observation participante, dont le champ d'observation était la UBSF. La collecte des données a été réalisée par le biais de la Collecte des Documents de l'Institution, Cahier d'Anotation et d'une Conversation enregistrée avec les participants de la recherche. L'analyse du corpus a été réalisée en cohérence avec la référence théorique de l'Analyse Institutionnelle Psychosociale et de la Psychodynamique du Travail, en accord avec la méthode de l'Observation Participante. En complément, nous avons utilisé la théorie de l'analyseur et l'analyse du discours. Les résultats montrent que les professionnels sont très unis par le travail, au sein desquels il y a coopération, flexibilité des pratiques professionnelles, espace de dialogue et d'expression de subjectivité. Cependant, aucune liaison relationnel externe au travail n'a été identifiée, principalement quand on considère l'engagement individuel des sujets en faveur du groupe. La mobilisation est tellement grande que le traitement des patients du hiperdia est assez sain et équilibré, car l'équipe peut rencontrer et maintenir la régularité des soins fournis à ce public avec beaucoup de compétence et d'engagement. En outre, il existait aussi des façons de gérer le mécontentement au travail, avec des réglementations excessives qui ne correspondent pas à la réalité observée dans la vie quotidienne de l'équipe et qui génèrent des sentiments similaires à ceux de l'impuissance, même après la vérification de la transgression de règles pour assurer le travail du groupe, qui a le sentiment de ne pas être écouté par la gestion.

Mots-clés: Analyse Institutionnelle Psychosociale, Psychodynamique du Travail, Observation Participante, Soins de Santé Primaire.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| ACE | Agente de Combate a Endemias |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apresentação Ética |
| CAP | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CRIE | Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais |
| CSPA | Centro de Serviços de Psicologia Aplicada |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DRC | Doença Renal Crônica |
| FAPSI | Faculdade de Psicologia |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| LAPSA | Laboratório de Psicologia da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PMAQ | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| SEMSA | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UBSF | Unidade Básica de Saúde da Família |
| UFAM | Universidade Federal do Amazonas |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO | 12 |
| 2.1 O Psicossocial das Organizações | 12 |
| 2.2 A Instituição | 14 |
| 2.3 Análise Institucional Psicossocial | 16 |
| 2.4 O Analisador | 18 |
| 2.5 Trabalho e Gestão em Saúde | 19 |
| 3. METODOLOGIA | 24 |
| 3.1 Procedimentos | 24 |
| 3.2 Campo Investigativo | 27 |
| 3.3 O Observador Participante | 28 |
| 3.4 Posições do Observador Participante na UBSF | 29 |
| 3.5 Procedimentos Técnicos para a Coleta de Campo | 29 |
| 3.6 Análise do Material Coletado | 29 |
| 3.7 Cuidados Éticos da Pesquisa | 30 |
| 4. O PLANEJADO-INSTITUÍDO E A PRÁTICA DO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA UBSF | 31 |
| 4.1 Caracterizando a UBSF | 37 |
| 4.2 A Equipe de Saúde da UBSF | 37 |
| 4.3 Analisando as Contradições Institucionais – O Analisador | 39 |
| 4.3.1 O Analisador “ausência da enfermeira” | 40 |
| 4.3.2 O Analisador “falta de insumos” | 44 |
| 5. O PLANEJADO-INSTITUÍDO DO PROGRAMA HIPERDIA E A PRÁTICA DA EQUIPE NO COTIDIANO DA UBSF | 48 |
| 6. ANÁLISE DA FALA DA EQUIPE DE SAÚDE | 54 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 63 |
| REFERÊNCIAS | 66 |
| Anexo | 69 |

1. INTRODUÇÃO

Na análise institucional é fundamental que se inicie o trabalho científico abordando a implicação do pesquisador, caracterizando todos os momentos da pesquisa, para então se chegar a uma análise. Ora, para Barus-Michel (2004), a análise é a retomada dos acontecimentos institucionais, a coleta das mínimas manifestações de sentido. A análise psicossocial é uma análise institucional. A instituição é que é analisada, pois é ela que responde pelas relações sociais e as práticas. Mas a análise só se faz para e com os atores sociais ligados e implicados no ato instituído.

Todavia, para que exista análise, é necessário haver um objeto a ser investigado, cuja origem advém de uma demanda, seja do grupo ou mesmo do pesquisador. Segundo Barus-Michel (2014), na pesquisa, é o pesquisador que demanda. É sua inquietação, sua perplexidade e sua curiosidade que o levam a interrogar o objeto que ele delimita na situação suscitada.

Vê-se que a pesquisa social em si é um campo onde o pesquisador influencia e é influenciado. Para Barus-Michel (2004), o pesquisador se acha sujeito no seu objeto e igualmente objeto nesse sujeito-outro que lhe escapa duplamente. O melhor é ainda trabalhar nessa participação paradoxal – poder-se-ia dizer essa transferência –, única chance de desvelar o que está em causa de um lado e de outro, um real.

Parece ser isto que define, por meio de muitos aspectos, a posição do psicossociólogo: envolvido na complexidade, corre o risco de nela se perder. Conviria ainda acrescentar que, mantendo-se completamente exterior a essa complexidade, há poucas possibilidades de a dominar (Amado, 2002).

Foi a partir dessa complexidade e dos primeiros contatos do pesquisador com o seu campo, que o objeto desta pesquisa foi construído e trabalhado. Amado (2002) explica que o pesquisador coloca em campo a sua própria subjetividade, a das pessoas junto das quais intervém, assim como múltiplas relações de intersubjetividades. O “objeto” estudado nunca é portanto totalmente exterior ao sujeito que o observa e não sai incólume dessa observação, como aliás o próprio observador.

Nesse contexto de múltiplas implicações e subjetividades expressas numa instituição de saúde, o desafio da pesquisa foi captar o que emergia a partir das relações sociais vivenciadas no interior da instituição, em ação, experimentando a instituição na prática, na medida do possível.

“A implicação não se concebe sem simpatia e sem distância”, nota Eugène Enriquez (2001, citado por Amado, 2002). A implicação do observador é fator muito relevante nos processos de transferência e contratransferência vivenciados na prática institucional.

Todavia, conforme observa Barus-Michel (2004), se o pesquisador nunca pode considerar definitivamente a instituição como um objeto, tampouco pode nutrir a ilusão de abarcá-la, de ser capaz de proceder a uma análise exaustiva que resultaria num achatamento da instituição. No máximo pode-se esperar apreender arranjos, significações em um dado momento, a partir de um dado questionamento. Toda análise é parcial e momentânea, inscrita na demanda e na implicação.

A implicação não é uma espécie de fusão emocional com o objeto ou, ao menos, não poderia persistir como tal e seria dessa forma inutilizável. A implicação “se trabalha”, deve primeiro passar pela palavra, ser expressa num dispositivo de escuta que a faça repercutir. Mais ainda, deve ser formalizada. O modo de análise passa pelo escrito e chega a uma redação, uma dissertação (Barus-Michel, 2004).

Nesse sentido, a partir dos primeiros contatos com a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) onde esta pesquisa foi realizada, identificaram-se contradições relativas ao trabalho planejado-instituído pela administração e a prática cotidiana dos profissionais de saúde da instituição.

Em nossas conversas iniciais ouvimos relatos de carga excessiva de trabalho, reclamações relativas às exigências para atingimento de metas, prazos e estatísticas de trabalho que não seriam condizentes com a realidade vivenciada pelos profissionais.

Para Dejours (2012), trabalhar é preencher a lacuna existente entre o prescrito e o efetivo. Em vista disso, o problema proposto é: como os profissionais de saúde realizam o seu trabalho? Como é esse trabalho na prática?

Todo esse contexto e os questionamentos iniciais caracterizam a problematização desta pesquisa, cujo objetivo é estudar o planejado-instituído e a prática do trabalho de profissionais de saúde na atenção básica, em uma UBSF de Manaus, por meio da Análise Institucional Psicossocial.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Psicossocial das Organizações

Segundo Mintzberg et al. (2006), a organização é uma grande força na sociedade atual: nascemos em uma organização chamada hospital e somos enterrados por uma organização chamada funerária; quase tudo que acontece entre os dois fatos envolve organizações formais de uma maneira ou de outra. De fato, todas as ações humanas giram em torno de uma organização, seja esta uma horta comunitária ou uma grande empresa, por exemplo.

Organização é um grupo de pessoas que se constitui de forma organizada para atingir objetivos comuns. Incluem-se nessa definição as empresas, universidades, hospitais, escolas, creches, associações culturais, partidos políticos, sindicatos, clubes, condomínios, cooperativas, famílias, organizações não-governamentais, associações de classes profissionais, corporações militares, associações de moradores de bairro, entre outros. Quase tudo, portanto, é feito por meio de organizações (Lacombe e Heilborn, 2008). Mas por que falar em organização? Qual a importância dela à sociedade? Como a organização influencia a vida das pessoas?

Historicamente, as organizações são objeto de estudo há muitos anos, mas foi somente após a primeira Revolução Industrial que surgiram maiores níveis de complexidade, conferindo às organizações o status de unidades orgânicas e funcionais, dotadas de hierarquias, regras, estilo e diretriz de vida para muitos, cujas finalidades, contudo, inicialmente estavam direcionadas à produção de bens de consumo.

No entanto, as organizações evoluíram e foi, sobretudo, a partir de estudos realizados com pessoas que surgiu um novo modo de compreendê-las, ou seja, a organização passa a ser entendida como um sistema social, onde os sujeitos se reúnem em grupos e estabelecem relações de cooperação entre si.

Nesta perspectiva, vê-se que a organização ganhou novas formas de ser encarada, onde entram em cena os olhares etnográfico, sociológico, administrativo e psicossocial, a título de exemplo. Embora ainda muito normativa e rigorosamente definida por objetivos previamente estruturados, os sujeitos agora passam a ser vistos não somente como recurso à produção de bens e serviços.

A partir dessa evolução histórico-social, se pode distinguir diferentes representações para a organização, seja como sistema normativo, social, econômico ou de produção. Segundo Lévy (2005, p. 154):

Estas representações podem contudo ser agrupadas sob duas rubricas principais: a de um sistema de ação por um lado, isto é, de um conjunto de meios (técnicos, materiais, humanos) dispostos de modo a realizar objetivos de produção com maior eficácia possível, e a de um sistema social por outro, isto é, de um conjunto de pessoas e de grupos que se associam para resolver problemas comuns que necessitam do estabelecimento de relações de cooperação.

A primeira percepção está intimamente ligada às leis de produção e consumo do mercado, cujas necessidades são constantes e cada vez mais exigentes, podendo ser qualificadas como líquidas. A segunda aceção diz respeito a “uma coletividade de sujeitos que manifestam desejos” (Lévy, 2005), em outras palavras, a organização no sentido de sistema social está centrada nas pessoas e nas suas uniões em forma de grupo, cujas representações e sentidos se manifestam nas interações sociais estabelecidas entre os sujeitos, por meio da cooperação entre eles.

Para Lévy (2005), a perspectiva psicossocial da organização está assentada no trabalho permanente sobre as suas contradições internas, por outras palavras, implica uma concepção da organização vista como um conjunto complexo e dinâmico, e não reduzida a um só ponto de vista, ou seja, nem só ação e nem só social, mas a confluência entre as duas aceções.

Um dos vieses de investigação a partir dessa perspectiva psicossocial da organização está centrado no trabalho e nas condutas de trabalho cujo olhar do pesquisador precisa estar voltado às vicissitudes ocorridas diariamente no interior da organização, sobretudo, através de relações interpessoais vivenciadas nos grupos.

esta escolha metodológica e epistemológica consiste em colocar-se a si próprio diretamente em contato com os processos internos que animam a vida organizacional, tal como eles se desenvolvem na sua dinâmica própria e nas suas constantes flutuações, e sofrer os seus impactos (Lévy, 2005, p. 155).

Trata-se, portanto de captar a organização como ela é verdadeiramente, sem manuais ou receitas, mas a partir da sua dinâmica cotidiana. Deste modo, a análise da organização permite identificar uma série de fatores, todos visíveis em nível organizacional, no entanto, a contradição das normas e das regras, os desejos não revelados dos sujeitos, os sentidos que estes dão ao trabalho, as representações

divergentes, o não dito, os jogos de poder, ou mesmo a identificação do elemento que confere unidade ao grupo, por exemplo, todos requerem uma análise mais profunda que vai além do nível organizacional, situando-se, portanto, no nível institucional. Mas o que é a instituição? Por que ela é mais abrangente que a organização? Que tipo de análise ela suscita?

2.2 A Instituição

O conceito de instituição é polissêmico, equívoco e problemático. Em francês, o termo “instituição” tem sentidos variáveis de uma disciplina para outra, de um setor social para outro. Nos diferentes contextos, designa frequentemente realidades diferentes. Podemos no entanto verificar que o termo engloba duas famílias de significações que desembocam em duas concepções da instituição. A primeira entende a instituição como “forma social estabelecida” (o instituído). A segunda remete para os processos pelos quais uma sociedade se organiza (o instituinte) (Barus-Michel et al., 2005, p. 125).

Vê-se que em *L'analyse institutionnelle* (1969), René Lourau retoma esta dialética do conceito de instituição para elaborar a teoria da análise institucional, simultaneamente teoria dos grupos, das organizações e das instituições que, em finais dos anos 1960, define instituição como o produto de uma confrontação entre o instituído (o que já existe, o que procura manter-se) e o instituinte (forças de subversão, de mudança).

Para Lourau (1995), a instituição é uma norma universal, ou considerada como tal, quer se trate do casamento ou da educação, quer da medicina, do trabalho assalariado, do lucro, do crédito chama-se instituição. Tal é a visão de instituição para o autor, na filosofia do direito, cujo conceito decompõe-se em três momentos: universalidade, particularidade, singularidade.

Lourau explica que o momento da universalidade é o da unidade positiva do conceito. Em abstrato, o salário e a família são normas universais da sociedade, fatos sociais positivos. Mas somente no plano do abstrato. Com efeito, o momento da particularidade exprime a negação do momento precedente. Assim é que, em nossas sociedades regidas pelo trabalho assalariado e pelo casamento, um indivíduo pode ser não assalariado e solteiro. O momento da singularidade é o momento da unidade

negativa, resultante da ação da negatividade sobre a unidade positiva da norma universal.

Renard mostra que a greve é uma instituição, com todas as características de toda instituição, no sentido de comportamento social regido por normas, exigindo um consenso e revelando autoridade (Lourau, 1995, p.67), ou seja, agindo de forma a estabelecer unidade aos instituintes, cujos objetivos também são comuns a todos.

Muitos são os vises apresentados pelo autor a fim de melhor elucidar a instituição, enquanto unidade central de vastas discussões nas mais diversas ciências. No que Lourau chama de crise do conceito de instituição, esta enquanto categoria filosófica dá lugar a diversas construções a priori. Com efeito, o novo sistema de referência do conceito de instituição tende a tornar-se o grupo. Zaniecki observa que a partir dos trabalhos de Park e Burgess (1924), a sociologia das instituições refere-se aos grupos e não mais à sociedade ou ao indivíduo (Lourau, 1995, p. 118-119).

Nesta acepção, a etimologia dá-nos de imediato a oportunidade de ilustrar esta perspectiva. Do italiano *grosso* ou *grupo* (1668), o termo é portador de uma *significação em tensão*. Do sentido primitivo, “nó”, “agregado”, podemos entender, por um lado, o que reúne, o que liga entre si vários elementos, e por outro, o que prende, aprisiona. O que liga e/ou o que imobiliza põe em jogo a natureza das relações entre as partes de um conjunto conforme essas relações serão diretas ou indiretas (Barus-Michel et al., 2005, p. 87).

Para Barus-Michel (2004, p. 83), não pode existir grupo de prática nem equipe sem referência a uma estrutura diretriz. Os membros de um grupo organizam-se em torno de um mesmo projeto, são unidos pelas mesmas regras, enunciam os mesmos valores: inserem-se numa figura mais geral, quase abstrata, a instituição.

Os grupos de prática só são concebidos no interior de uma definição da práxis que ofereça os princípios, os limites e os eixos da ação coletiva. Ora, as instituições designam as realidades em questão e, ao fazê-lo, fundam as práticas. Na medida em que social equivale ao instituído, as relações sociais são caracterizadas pelos setores da práxis que as instituições designam (Barus-Michel, 2004, p. 83-85).

Neste sentido, vê-se que a instituição, entendida como conjunto de normas, é para os instituídos como um elo de existência fazendo com que tenham uma

organização (onde encontramos seus objetivos), bem como princípios e valores, como pilares de uma cultura comum ao grupo.

2.3 Análise Institucional Psicossocial

Segundo Costa (2009), a análise institucional originou-se a partir dos movimentos que ocorreram na França durante os anos 1940 e 1950, tendo nas obras de René Lourau e Georges Lapassade o marco inicial que passou a analisar as instituições a partir de um contexto mais amplo de natureza política, social, técnica e científica, com raízes na Psicologia Social, na Sociologia e na Psicologia. No Brasil, o movimento se fundou a partir de meados da década de 1970 em um clima extremamente antagônico à suas proposições, visto que coincidiu com a efervescência da ditadura militar no país.

Conforme Costa (2009), o instituído não exclui a presença do instituinte, reconhecido como uma resposta a uma demanda que o grupo reconheceu como sua, em outras palavras, o plano é um só, onde se instala um jogo de coesão e dissipação, de estabilidade e resistência. Nesse jogo, o instituinte tende a ser ofuscado e reprimido, pois, tido como ameaça, é fadado a existir na obscuridade e na clandestinidade.

As organizações são dispositivos concretos por meio dos quais as instituições se materializam e cumprem sua função de regulação da vida humana. O nível das organizações traduz as decisões do nível institucional em um sistema de normas, visando a assegurar uma função reconhecida como legítima em uma sociedade. Os níveis institucional e organizacional são característicos da atuação no âmbito do plano macropolítico ou molar.

Com a análise institucional, a análise organizacional, conforme ensinada nos cursos de Administração com conteúdo tipicamente tecnicista voltado para as questões internas de trabalho e produtividade, perde seu sentido. Pois a análise institucional é, sobretudo, análise das relações de força, análise das relações de poder. Tudo decorre das relações de poder. Então, o foco da análise transcende a organização de trabalho para se localizar na instituição.

Em um primeiro ponto de vista, a Análise Institucional pretende trabalhar a contradição, seguir uma lógica dialética em oposição à lógica identitária característica das demais ciências – à exceção da Psicanálise. Tenta analisar, em permanência, as suas próprias contradições, visto que só funciona dentro dessas (exatamente como qualquer

ciência). Mas, reconhece isso; as outras... não o procuram fazer. Nosso campo de coerência se apoia, essencialmente, na categoria de contradição. (Lourau, 1993, p. 10).

O autor destaca ainda que conhecer melhor o instituído e os diversos níveis contraditórios na instituição é o que visa toda a análise institucional, toda Socioanálise. Há que se observar a contradição no interior do instituído e, inclusive, a contradição no interior do instituinte.

Na verdade, a instituição não é um objeto, mas significação: significa relações sociais, resume a práxis. É através de sua abstração que se podem decifrar as articulações do psicológico e do social, o amálgama do simbólico, do imaginário e da realidade. É a partir da instituição, do campo que ela abre que se desenvolvem as relações de poder. A instituição aparece, portanto, como o lugar privilegiado de uma análise psicossocial (Barus-Michel, 2004, p. 121).

A autora explica que a instituição de saúde é, toda ela, um dispositivo de análise feito para impedir que se constituam ou se reconstituam a rigidez, as compartimentações e dos discursos prontos. Neste sentido, a psicoterapia institucional responde à demanda implícita ou, antes, ao problema dos doentes. Visa à mobilidade incessante dos elementos institucionais, a fim de permitir a todos serem seus usuários e servir-se dela como material de reconstrução de si mesmos. A análise é a retomada dos acontecimentos institucionais, a coleta das mínimas manifestações de sentido. Nunca cessa porque é a própria vida da instituição (Barus-Michel, 2004, p. 193-194).

Barus-Michel salienta que a análise psicossocial é uma análise institucional. A instituição é que é analisada, pois ela que responde pelas relações sociais e práticas. Mas a análise só se faz para e com os atores sociais ligados e implicados no ato instituído. A análise é uma espécie de acompanhamento num esforço de apreensão de sentido feito ou a fazer na prática, que se opera “em situação” (Barus-Michel, 2004, p. 194-195), ou seja, a situação mencionada pela autora evidencia a necessidade de adesão, por parte do analista, de um analisador, de uma ótica para fazer sua análise.

A análise psicossocial, ou a regulação, tem como objeto a prática institucional na qual se acham integrados níveis que se pode qualificar como relacionais e pessoais, funcionais e organizacionais, instituídos, ideológicos, políticos e históricos, atuando sobre o outro em mecanismos de deslocamento da ocultação. Nesse campo e nesses níveis, a análise psicossocial permite discernir os jogos, os desafios e os efeitos de

sentido ou de não-sentido para os atores sociais e para profissionais cuja demanda é reconhecer-se aí (Barus-Michel, 2004, p. 195).

2.4 O Analisador

O analisador é um conceito-ferramenta forjado por Guattari ao longo de vários anos, exposto no livro *Psicanálise e transversalidade*. Apesar de seu aborrecimento com os seus estudos de Farmácia, Guattari não deixou de propor termos como molar, molecular e analisador. Este último, no sentido químico, é aquele ou aquilo que provoca análise, quebra, separação, explicitação dos elementos de dada realidade institucional (Rossi e Passos, 2014). Ele pode ser tomado tanto como o evento que denuncia, quanto aquele portador da potência da mudança (Rossi e Passos, 2014).

Lourau (1995) compreende o analisador como aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar. Provocação institucional, *acting-out* institucional, estas expressões, porque remetem a sistemas de referência psicossociológica (provocação emocional), ou psicanalítica (*acting-out*). Com efeito, não se deve assimilar o analisador ou os analisadores a um ou a vários indivíduos que serviriam de “compadres” ao analista. Ou seja, o analisador é a perspectiva de observação do analista.

Aqueles acontecimentos que podem agitar a Assembleia Geral socioanalítica permitindo fazer surgir, com mais força, uma análise; que fazem aparecer, de um só golpe, a instituição “invisível”; a esse tipo de acontecimentos chamamos de ANALISADORES (Lourau, 1993).

O analisador é o elemento capaz de desestabilizar ou mesmo desconstruir o jogo institucional, dando bruscamente acesso ao não-dito e ao oculto. Não há possibilidade de prever o efeito analisador, constata-se posteriormente um efeito analisador e se nomeia o analisador que o desencadeou. Reconhecíveis posteriormente, os analisadores equivalem a indicadores que teriam, além disso, a virtude de fazer surgir problemáticas até então camufladas, de revelar determinantes obscuros. Pode ser analisador tudo o que rompe o jogo habitual e as convivências adquiridas, a rotina institucional. O analisador faz falar (Barus-Michel, 2004, p. 150-151).

Graças ao efeito analisador é possível ao analista fazer a sua análise, tendo em vista as complexidades existentes na instituição e, portanto, passíveis de análise. Todavia, o analisador é sempre desconhecido, mas pode ser desencadeado por uma

situação e/ou acontecimento atípico, cujo olhar do analista, influenciado por suas implicações, precisa estar atento às vicissitudes institucionais.

Embora não seja possível definir o analisador com antecipação, sem que o analista tenha a vivência necessária para tanto junto ao grupo em análise, neste trabalho, o olhar inicial do pesquisador está voltado ao trabalho, às atividades laborais cotidianas dos profissionais de saúde (instituídos) da USBF estudada. Neste sentido, faz-se necessário expor a compreensão de trabalho que será adotada.

2.5 Trabalho e Gestão em Saúde

Para Lhuillier (2006), o trabalho é um objeto de duas faces: pertence à realidade externa, é coletivo, social, normativo, forçado. Mas é também objeto imaginário, isto é, o campo sobre o qual vem se projetar o desejo e, portanto, os investimentos singulares, próprios da história singular do sujeito. É também o porquê ele pode ser um “teatro de operação para os conflitos lançados no sofrimento da história pessoal”.

A autora cita ainda que o trabalho é fundamentalmente encontro e troca com os outros. Mas o lugar intersubjetivo não se reduz aos seus avatares infantis ou ao estar com: ele diz respeito a fazer com os outros e sobre um objeto comum. Na perspectiva da clínica do trabalho, o trabalho é apreendido como o terreno privilegiado de mediação entre a economia psíquica e o campo social. Como uma prova e uma ocasião de desenvolvimento.

A partir do olhar clínico, o trabalho é o que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: os gestos, o saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de realizar face às situações, é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc. Em outros termos, para o clínico, o trabalho não é em primeira instância o aspecto salarial ou empregatício, mas o trabalhar, isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para fazer frente a um processo enquadrado por violências (materiais e sociais). O que, ainda segundo o clínico, aparece como característica maior do “trabalhar” é que, mesmo se o trabalho é bem conhecido, mesmo se a organização do trabalho é rigorosa, mesmo se as instruções e métodos de trabalho são claros, é impossível atingir a qualidade respeitando-se escrupulosamente as prescrições. É necessário reconhecer que não existe trabalho de execução (Dejours, 2001).

Deste modo, para Dejours (2012), trabalhar é preencher a lacuna existente entre o prescrito e o efetivo. O trabalho se define como aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para atingir os objetivos que lhe são confiados; ou ainda o que ele deve dar de si mesmo para fazer frente ao que não funciona quando ele segue escrupulosamente a execução das prescrições.

Ainda nesta perspectiva, vê-se que o trabalho é criação do novo, do inédito. Ajustar a organização prescrita do trabalho exige a disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da criatividade e de formas de inteligência específicas próximas daquilo que o senso comum classifica como engenhosidade (Dejours, 2011).

Dessa forma, observa-se que o corpo expressa sua inteligência a partir de uma intimidade com o trabalhar. É a partir do encontro do corpo com o real do trabalho, vinculado ao contexto de sua situação, que o trabalho vivo se manifesta e o sujeito consegue entregar de si mesmo para atender as demandas da organização do trabalho.

Não obstante, sabe-se que o trabalho além de ser importante para a identidade do sujeito, pode, igualmente, ser fonte de sofrimento, sobretudo tendo em vista as atuais configurações existentes no mundo do trabalho, onde há uma obsessão pela eficácia, pelo bom desempenho, pela produtividade, pelo rendimento a curto prazo. Mais ainda, o atual cenário mercadológico demanda “o gosto humano por empreender, o desejo de progredir, a celebração do mérito ou o culto da qualidade” (Gaulejac, 2007).

Neste sentido, percebe-se a importância da organização do trabalho como mediadora de encomendas face às possibilidades de execução de determinadas tarefas pelos sujeitos. Acerca da noção de organização, Lhuillier (2006) explica que pode designar um sistema de ordens, normas, regras, funções. A organização parece então reduzida a uma estrutura que condiciona a atividade de trabalho a produzir em seu interior. Em outras palavras, o trabalhar subjaz à organização do trabalho.

Essa é por sinal a função de referência da coordenação (ou seja, da organização do trabalho prescrita), a de ordenar a limitação dos poder-fazer de cada indivíduo, para preservar apenas o que é compatível com o trabalho de todos, com o que cria compatibilidades entre os saber-fazer (Dejours, 2012, p. 125).

Tais assertivas evidenciam que a necessidade de manutenção de uma organização do trabalho limitadora de práticas, norteadora de atos e coordenadora do trabalhar exige controle e limites de ação, a fim de que a desordem não se instale e de

que os membros do grupo, instituição ou empresa não se encontrem perdidos, sem conseguir identificar os objetivos (instituídos) de que necessitam para se engajar. Portanto, a organização é essencial e norteadora do trabalho, podendo, ao mesmo tempo, ser desencadeadora de sofrimento e de prazer.

Deste modo, vê-se que o sofrimento no trabalho origina-se do confronto entre o trabalho prescrito e o real, isto é, entre as regras, normas, direcionamentos impostos pela organização de um lado, e de outro, os desejos anseios, ações desenvolvidas pelos trabalhadores para executar as tarefas. Caso a organização do trabalho seja rígida, a possibilidade de adaptação do trabalho ao homem é dificultada. Assim, o sujeito se frustra quando o conteúdo da tarefa não é significativo, sendo inadequado às suas aspirações (Moraes, 2010).

Para Dejours (2008), trabalhar é preencher o espaço entre o prescrito e o efetivo. Ora, o que é preciso ser feito para preencher esse espaço não pode ser previsto de antemão. O caminho a percorrer entre o prescrito e o real deve ser inventado ou descoberto a cada vez pelo sujeito que trabalha. Assim, para o clínico do trabalho, este se define como o que o sujeito deve acrescentar ao que foi prescrito para poder alcançar os objetivos que lhe foram atribuídos. Ou ainda: o que deve acrescentar por decisão própria para enfrentar o que não funciona quando ele se limita escrupulosamente à execução das prescrições.

Desta forma, o real se deixa conhecer pelo sujeito por sua resistência aos procedimentos, aos saber-fazer, à técnica, ao conhecimento, isto é, pelo fracasso imposto ao domínio sobre ele – o real. Este se deixa conhecer pelo sujeito sob o efeito de surpresa desagradável, ou seja, de um modo afetivo. É sempre afetivamente que o real do mundo manifesta-se para o sujeito. Mas no instante em que o sujeito prova, de fato, a resistência do mundo, é a afetividade que se manifesta em si. Assim, é nessa relação primordial de sofrimento no trabalho que o corpo realiza a um só tempo a experiência do mundo e de si mesmo (Dejours, 2012).

No caso dos trabalhadores de saúde, a diferença entre o prescrito e o real pode tanto se configurar como espaço para exercerem suas habilidades quanto se tornar fonte de angústia em face de situações de difícil enfrentamento. Diante de tais percalços no mundo do trabalho, Dejours chama a atenção não somente para o adoecer, mas para aquilo a que chama “normalidade sofrente”, ligada às estratégias de defesa, isto é, os

modos pelos quais os trabalhadores conseguem tolerar o sofrimento sem enlouquecer expressando uma “normalidade naturalizada”.

Depois de algumas décadas em que o campo da saúde coletiva se debruçou sobre processos eminentemente macrossociais, alguns autores da atualidade (Azevedo, 2005; Barros, 2007; Onocko Campos, 2005; Sá, 2005) sublinham, sob distintas óticas, as questões relativas à subjetividade, aos afetos, às dificuldades e sofrimentos que atravessam o cotidiano do trabalho em saúde, indicando a interdependência dos processos micro e macrossociais (Fonseca, 2013).

Fonseca (2013) destaca ainda que no trabalho em saúde, nos diversos níveis de atenção, uma das primeiras questões que se coloca de forma insistente é o contato diário com a doença, morte e sofrimento. Tal questão demanda intenso trabalho psíquico, isto é, exige do profissional investimentos de energia não somente em nível físico ou mental, mas em um nível mais profundo, tocando em temas enraizados na história e nas representações de cada sujeito – como vida, morte, sofrimento, perda e a própria vulnerabilidade da vida – e exigindo, assim, elaborações de outras ordens, que vão além do aprendizado meramente técnico.

Esse sofrimento diário exige dos profissionais modos de acolher, de operar e de conferir sentido, mesmo que as demandas da população possam parecer desagradáveis e inconvenientes, que não haja tempo para acolher nem respostas prontas para lidar com essa ordem de sofrimentos apontados. Ou seja, há uma requisição constante no trabalho psíquico de elaboração, proveniente da complexidade de elementos que constituem os serviços de saúde, em relação a seus trabalhadores – profissionais de saúde de todas as categorias – ainda que haja uma divisão técnica e social do trabalho (Fonseca, 2013).

Em meio a esse campo de intensa subjetivação face aos enfrentamentos originados a partir do trabalho em saúde, a gestão pode ser considerada como o meio mais apropriado para oferecer aos profissionais de saúde espaços para minimizar os impactos do real do trabalho, tornando-se aprazível e menos penoso.

Fonseca (2013) pondera que dar suporte aos trabalhadores e ao trabalho em saúde é algo complexo, que dependerá de diversos elementos. A produção de sentido nos dispositivos grupais, via elaboração pela palavra, pode ser um deles. O reconhecimento é mais um elemento importante nesse processo.

Mais importante, o reconhecimento pela mediação do outro e pela inscrição do sujeito numa história coletiva permite a passagem do sofrimento, inerente ao confronto com o real, ao prazer, uma vez que dá sentido a este confronto. É por isso que Dejours vincula o reconhecimento à sublimação, e esta, ao que ele denomina de deôntica do fazer: a implicação do sujeito na elaboração e na discussão das regras de cooperação no trabalho, sobre as quais se baseiam os critérios de julgamento da qualidade do fazer (Bendassolli, 2012).

Com isso, o suporte que a gestão pode dar aos trabalhadores deve permear não só a capacitação e o treinamento, que são aspectos comumente salientados e importantes, mas o apoio vai muito além disso. Dar sentido ao trabalho requer cooperação e pertencimento, por exemplo, por meio da deliberação e da construção de espaços destinados à fala e à escuta.

3. METODOLOGIA

A partir de Deslandes (2009), entende-se que a metodologia da pesquisa é um produto de teorias, métodos e técnicas ao qual o pesquisador adiciona suas vivências e implicações a fim de investigar determinado fenômeno sobre a realidade.

Neste prisma, esta pesquisa caracteriza-se como de perspectiva qualitativa, pois conforme explica Deslandes (2009), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é o objeto da pesquisa qualitativa, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

Ademais, foi adotado o método da Observação Participante (Deslandes, 2009; Minayo, 2008), pois tal abordagem permite analisar aspectos subjetivos como percepções, interpretação e compreensão do contexto institucional e da dinâmica das interações grupais, por meio de seus significados para as pessoas, cujo entendimento se torna mais claro a partir da observação do ato em situação, onde o pesquisador pode acompanhar a dinâmica relacional em desenvolvimento.

3.1 Procedimentos

Os primeiros momentos implicativos da pesquisa e redação desta dissertação surgiram a partir do ingresso do pesquisador no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), bem como de sua inserção no Laboratório de Psicologia da Saúde (LAPSA) e do contato com as pesquisas ali desenvolvidas, no contexto da Atenção Básica no Programa Hiperdia, sob a orientação e coordenação do Prof. Dr. Nilson Gomes Vieira Filho.

Outro fator preponderante a ser considerado trata-se da formação do autor em Administração, assim como de suas vivências profissionais nesta área, cujo olhar crítico no campo organizacional sempre militou a favor do trabalhador, enquanto sujeito ativo e consciente de si e de sua importância para as organizações.

Ressalta-se que esse momento foi marcado pelos primeiros contatos mais intensos do pesquisador com a ciência psicológica, que foram proporcionados pelas leituras e discussões que eram suscitadas durante o cumprimento das disciplinas obrigatórias do programa, assim como pelos encontros no LAPSA. Era tudo muito novo e intenso. Ansioso, o pesquisador que também é trabalhador, encontrava-se ávido por absorver os novos conceitos que surgiam a todo instante, bem como por ser aceito no novo mundo em que se encontrava.

Neste contexto, ao realizar visitas exploratórias em uma Unidade Básica de Saúde da Família de Manaus (UBSF), onde se conversou com a Equipe de Saúde do local, de cujo discurso emergiram falas relativas à sobrecarga de trabalho e acúmulo de atividades face às demandas oriundas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e da comunidade onde está situada, identificou-se uma possibilidade para pesquisa que até então não havia sido objeto de estudo no LAPSA¹.

Em um segundo momento, a partir de novos relatos dos profissionais da UBSF, percebeu-se que esses sujeitos trabalham mais do que o planejado-instituído pela Secretaria, da mesma forma que precisam executar tarefas extras para alcançar as metas elencadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Corroborava com tal percepção a fala de uma profissional, que naquele momento era a responsável pela UBSF, de que precisa se “desdobrar em duas ou três para dar conta das atividades”. A esse respeito ela afirmou que atende aos seus pacientes, é gestora e ainda exerce funções de assistente administrativo, pois fica na recepção da Unidade atendendo aos telefonemas, marcando consultas e recebendo as encomendas da comunidade como um todo. Ora, até que ponto determinadas cargas de trabalho podem ou não causar prejuízos à saúde do sujeito-trabalhador? Qual o papel da gestão neste contexto?

Em vista disso, percebeu-se que haveria uma dicotomia entre o trabalho planejado-instituído pela Secretaria e a prática de trabalho descrita pelos profissionais de saúde do caso supracitado. Ora, até onde essa dualidade influenciaria na prática desses profissionais na atenção básica? Seriam essas influências mais positivas ou negativas aos sujeitos-trabalhadores em tela?

¹ Todas as visitas realizadas à UBSF em tela foram autorizadas pela SEMSA. Nesse primeiro momento, o objetivo era conhecer a instituição para em seguida definir o objeto de estudo desta pesquisa.

Ainda no que diz respeito ao trabalho desses profissionais, percebeu-se que a sua prática está profundamente arraigada no engajamento de cada sujeito, na energia empenhada para dar conta das encomendas recebidas, cujo trabalhar não corresponderia ao planejado-instituído pela organização do trabalho, aquele desenhado e estruturado pela administração. Mas, como se dão essas práticas? Qual a importância delas no que diz respeito à saúde e ao bem estar do sujeito-trabalhador e ao grupo no qual está implicado?

Com igualdade, notou-se que a equipe de saúde caracteriza-se por um grupo, a primeira vista, unido unicamente em torno do trabalho e de uma gestora que tenta, ao mesmo tempo, atender à comunidade, atingir os objetivos planejados-instituídos pela SEMSA e, ainda, conciliar as expectativas e peculiaridades individuais de cada membro do grupo pelo qual é responsável. Ora, seriam esses membros conscientes dos seus papéis dentro do grupo? Como estão as suas relações interpessoais?

Todo esse contexto e os questionamentos iniciais caracterizam a problematização desta pesquisa, cujo objetivo é estudar o planejado-instituído e a prática do trabalho de profissionais de saúde na atenção básica, em uma UBSF de Manaus, por meio da Análise Institucional Psicossocial.

Portanto, corroborou ainda com esses objetivos e cenários descritos, a escolha coerente por se trabalhar com a Análise Institucional Psicossocial, considerando a complexidade existente em torno do objeto que foi investigado, cuja heterogeneidade se torna mais “visível e compreensível” a partir da perspectiva que é proposta no decorrer deste trabalho.

Além disso, cabe registrar que naquele primeiro momento a Equipe de Saúde era formada por uma enfermeira (gestora), um médico, um dentista, duas técnicas de enfermagem, uma técnica de saúde bucal e três agentes comunitárias de saúde (ACS). Havia uma quarta ACS, mas a equipe informou que ela estava de licença por motivos de saúde.

O percurso foi bastante lento e árduo, sobretudo, no que diz respeito à obtenção das autorizações éticas e legais necessárias ao prosseguimento da pesquisa. Após isso, ao iniciar a fase de campo, o pesquisador deparou-se cansado, mas esperançoso com as vivências e descobertas que teria em campo.

No segundo momento da pesquisa, a Equipe de Saúde da UBSF já estava alterada: a enfermeira estava de licença por motivos de saúde e com previsão de aposentar-se (o que ocorreu algumas semanas depois), o médico estava de férias, ainda assim responsável pela unidade, e os demais profissionais ainda presentes, mas em um contexto institucional bem diferente do encontrado há dezessete meses, quando da primeira visita à unidade.

Foi a partir desse contexto e momentos implicativos que esta pesquisa nasceu e se desenvolveu, com o pesquisador trabalhando se sendo trabalhado pelo seu objeto e, ainda, com um campo repleto de significados e vicissitudes ocorrendo constantemente. Além disso, embora distantes, os contatos preliminares, como denomina Barus-Michel (2004), e a fase campo propriamente dita, ambos os momentos foram importantes, sobretudo no que diz respeito à receptividade da equipe para com o pesquisador.

3.2 Campo Investigativo

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Manaus, com objetivo de estudar o planejado-instituído e a prática do trabalho de profissionais de saúde na atenção básica.

Além disso, foram adotados os seguintes objetivos específicos:

- Compreender como a equipe de saúde se organiza no trabalho cotidiano da UBSF, referente ao planejado-instituído e à prática do trabalho.
- Compreender como a equipe de saúde se organiza no trabalho cotidiano da UBSF, contexto do programa hiperdia, referente ao planejado-instituído e a prática do trabalho.
- Compreender a prática do trabalho em equipe nas reuniões e nos deslocamentos dos profissionais no território, relativos ao programa hiperdia, com foco nas contradições entre o planejado-instituído e o cotidiano.

Deste modo, as observações foram orientadas simultaneamente à dinâmica do funcionamento da instituição UBSF, de modo que o foco central foi o trabalho dos profissionais de saúde que compõem a Equipe de Saúde da Unidade em tela. Trabalho este que foi observado em situação, no contexto dos serviços e cuidados disponíveis e/ou ofertados aos usuários do hiperdia.

Durante a fase de campo, a equipe da UBSF estava composta pelos seguintes profissionais: um médico, uma enfermeira, um odontólogo, duas auxiliares de

enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e três agentes comunitárias de saúde, totalizando nove pessoas.

Ressalta-se que a unidade estava sem profissional enfermeiro no início da fase de campo desta pesquisa. No vigésimo segundo dia do campo a SEMSA enviou uma enfermeira à UBSF.

3.3 O Observador Participante

Entende-se que o observador participante psicossocial é aquele que entra em campo para vivenciá-lo junto com os atores/participantes da pesquisa. Deste modo, nesta pesquisa, buscou-se conviver com os profissionais de saúde e usuários dos serviços para compreender como ocorriam as experiências cotidianas do grupo estudado. Por isso, o estudo foi articulado de modo que o observador pode se inserir e captar in loco a prática do trabalho dos profissionais de saúde da UBSF, a partir do cotidiano da instituição.

Nessa perspectiva, a observação participante configura-se como o melhor meio para a fase de campo, uma vez que permite uma inserção à realidade do grupo estudado. Como explica Minayo (2008), a observação participante é o processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário atual, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente.

A atividade de observação tem seu sentido prático. Ela permite ao pesquisador ficar mais livre de julgamentos, uma vez que não o torna, necessariamente, prisioneiro de um instrumento rígido de coleta de dados ou de hipóteses testadas antes, e sim durante o processo de pesquisa. Na medida em que convive com o grupo, o observador pode retirar de seu roteiro questões que percebe serem irrelevantes do ponto de vista dos interlocutores; consegue também compreender aspectos que vão aflorando aos poucos, situação impossível para um pesquisador que trabalha com questionários fechados e antecipadamente padronizados. A observação participante ajuda, portanto, a vincular os fatos a suas representações e a desvendar as contradições entre as normas e

regras e as práticas vividas cotidianamente pelo grupo ou instituição observados (Minayo, 2008).

Em vista disso, a observação participante possibilita um melhor acesso à análise institucional, uma vez que esta ocorre em ato, em ação, sendo necessária a presença do pesquisador em cena. Para Barus-Michel (2004), embora sem agir nem intervir, o analista permanece com a equipe no tecido institucional, na dinâmica inscrita na realidade e no atual.

3.4 Posições do Observador Participante na UBSF

- Observador do funcionamento geral da prática cotidiana institucional.
- Observador da prática do trabalho em equipe durante as reuniões estando atento às falas sobre o planejado formalmente e ao cotidiano desse grupo, sobretudo, referente ao programa hiperdia.
- Observador da prática do trabalho em equipe durante os deslocamentos no território (por exemplo, visitas domiciliares, relativos os programa hiperdia).
- Observador e ouvinte atento às falas da equipe durante os diálogos.
- Após o campo, o observador trabalhou em laboratório para redação da dissertação, mas sendo fiel a sua posição reflexiva sobre o campo.

3.5 Procedimentos Técnicos para a Coleta de Campo

- Coleta de Material Documental – esta coleta refere-se a expedientes formais ou não utilizados na prática cotidiana do trabalho da equipe da UBSF, a documentos institucionais (leis, portarias, resoluções, etc.), deu-se prioridade àqueles referentes ao programa hiperdia.
- Diário de Campo – a coleta do material do diário de campo foi feita levando em consideração as posições descritas anteriormente. Neste diário de campo foram anotadas as observações participantes nas referidas posições, bem como as anotações referentes às reflexões emergentes a partir dessas observações e de discussões com o orientador e com o grupo do laboratório.
- Transcrição de um diálogo ocorrido entre equipe, pesquisador e orientador.

3.6 Análise do Material Coletado

A análise do *corpus* (conjunto de material coletado) foi realizada em coerência com o referencial teórico geral da pesquisa, referente à Análise Institucional

Psicossocial, aos conceitos da Psicodinâmica do Trabalho, assim como com o método utilizado da Observação Participante.

No primeiro capítulo de análise (capítulo 4), os dados coletados pelos meios descritos anteriormente, foram analisados segundo a teoria dos analisadores, uma vez que conforme destaca Lourau (2004) “o objetivo da análise institucional em situação de intervenção é validar o conceito de analisador”.

O capítulo seguinte (capítulo 5) é analítico-descritivo e é dedicado às práticas do real do trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo no que diz respeito aos cuidados ofertados no contexto da atuação cotidiana do programa hiperdia.

No capítulo terceiro (capítulo 6), foi realizada análise do discurso como produção de discurso e de sentido a partir das falas dos profissionais de saúde, como produto de uma conversa gravada.

3.7 Cuidados Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida com base nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções 466/2012 e 510/2016.

Os cuidados éticos da pesquisa, que envolveu seres humanos, foram devidamente observados, em acordo com a legislação e normas vigentes, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFAM), CAAE: 92248718.3.0000.5020 e com as devidas autorizações, junto à Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), para realização de visitas num primeiro momento, e da pesquisa de campo em si, que teve duração de 60 (sessenta) dias.

O caráter para participação foi voluntário. Sendo considerado apto a participar da pesquisa somente o profissional de saúde da UBSF estudada que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), desta forma os respaldos éticos foram respeitados.

4. O PLANEJADO-INSTITUÍDO E A PRÁTICA DO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA UBSF

Antes de adentrar as observações do pesquisador enquanto observador participante faz-se necessário apresentar alguns conceitos importantes para melhor compreensão do que será discutido em seguida, sobretudo no que diz respeito ao apresentado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cuja referência é de 2017, e na Linha-guia de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), documento que data de 2014.

Segundo a PNAB, a Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, pois possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

A PNAB apresenta a seguinte definição de atenção básica:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Vê-se a partir desse conceito que a atenção básica abrange uma diversidade muito grande de ações e serviços, sendo necessário, portanto, uma organização específica para cada território e uma estratégia, como é o caso das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para a PNAB, todo estabelecimento de saúde que preste ações e serviços de atenção básica é considerado uma UBS. No caso da Unidade onde esta pesquisa foi desenvolvida, ela é caracterizada como um estabelecimento de saúde pertencente à Atenção Básica, com estratégia prioritariamente dedicada à Saúde da Família, por isso aqui chamada de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

Na verdade, o que a diferencia das demais unidades básicas é a estratégia e o conjunto de ações e serviços específicos que esse tipo de estabelecimento deve prestar, o que é uma prioridade para a PNAB:

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Uma UBSF é composta por uma Equipe de Saúde da Família, que é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Tanto a PNAB quanto a Linha-guia apresentam algumas das atribuições dos profissionais na atenção básica. Neste sentido, listam-se abaixo as atribuições gerais e específicas de alguns profissionais, segundo a Linha-guia. Cabe ressaltar que o documento não apresenta as atividades de profissional odontólogo, além disso, optou-se por apresentar a prescrição desses ofícios, considerando seu uso no município de Manaus, e ainda porque servirá de parâmetro quando se falar da prática do trabalho dos profissionais da UBSF.

Atribuições gerais dos profissionais da atenção primária à saúde:

- Executar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários.
- Identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Doença Renal Crônica (DRC), inclusive aqueles relativos ao trabalho, e atualizar continuamente essas informações, priorizando as situações de maior risco no planejamento local.

- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.
- Promover a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, ações programáticas e de vigilância à saúde, conforme a necessidade de saúde da população local.
- Realizar o atendimento à demanda espontânea, quando pertinente.
- Participar da elaboração e do monitoramento do plano de cuidados.
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.

Atribuições do agente comunitário de saúde:

- Executar atividades educativas para a comunidade sobre promoção à saúde, prevenção das condições crônicas (fatores de risco para HAS, DM e DRC) e complicações dessas condições crônicas.
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida ligados à alimentação, à prática de atividade física, à cessação do tabagismo e ao uso abusivo de álcool.
- Contribuir para o rastreamento rotineiro dos fatores de risco para a HAS, DM e DRC em adultos.
- Encaminhar para a equipe de enfermagem os usuários rastreados com fatores de risco e/ou com suspeita de HAS, DM e DRC.
- Verificar o comparecimento dos usuários às consultas agendadas na Atenção Primária à Saúde (Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF) e nos demais pontos de atenção da rede.
- Registrar na sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico médico de HAS, DM e DRC.
- Colaborar com o monitoramento da execução dos planos de cuidado dos usuários.
- Abordar com o usuário e seus familiares se estão sendo seguidas as orientações relacionadas à dieta, atividade física, controle de peso, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, assim como monitorar se o usuário está utilizando com regularidade os medicamentos e insumos porventura prescritos.

- Auxiliar o usuário no alcance dos objetivos e metas do tratamento, de acordo com o plano de cuidado e de autocuidado apoiado (níveis pressóricos, controle do peso, níveis de glicemia e de lipídeos, dentre outras).

Auxiliar de Enfermagem/Técnico de Enfermagem

- Executar atividades educativas para a comunidade sobre promoção à saúde, prevenção das condições crônicas (fatores de risco para HAS, DM e DRC) e complicações dessas condições crônicas.
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida ligados à alimentação, à prática de atividade física, à cessação do tabagismo e ao uso abusivo de álcool.
- Aplicar instrumentos de rastreio populacional de condições crônicas.
- Verificar os valores da glicemia capilar, da pressão arterial, do peso, da altura e de outros parâmetros clínicos pertinentes, em indivíduos provenientes de rastreamento ou da demanda espontânea da unidade de saúde.
- Executar os procedimentos de enfermagem conforme os protocolos e legislações existentes.
- Registrar informações no prontuário clínico e outras fichas padronizadas e alimentar os sistemas de informação.
- Cuidar dos equipamentos da unidade, realizar manutenção preventiva e comunicar sobre a necessidade de manutenção corretiva e reparos, quando necessário.
- Orientar as pessoas sobre o uso correto dos medicamentos e insumos prescritos.
- Colaborar com a elaboração e o monitoramento da execução dos planos de cuidados dos usuários.
- Auxiliar o usuário no alcance dos objetivos e metas do tratamento, de acordo com o plano de autocuidado apoiado (níveis pressóricos, controle do peso, níveis de glicemia e de lipídeos, dentre outras).

Atribuições do enfermeiro:

- Planejar, executar e avaliar as atividades educativas para a comunidade sobre promoção à saúde e prevenção das condições crônicas (fatores de risco para HAS, DM e DRC) e das complicações dessas condições.

- Planejar, executar e avaliar as atividades de educação em saúde, individuais ou em grupo, com hipertensos, diabéticos, doentes renais crônicos e seus familiares e cuidadores, conforme plano de cuidados.
- Capacitar os auxiliares/técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde e supervisionar de forma permanente suas atividades.
- Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem;
- Realizar consulta de enfermagem conforme procedimento operacional padrão da SEMSA/Manaus e periodicidade sugerida na linha-guia.
- Solicitar exames complementares conforme as diretrizes apresentadas na linha-guia, nos protocolos de enfermagem e nas legislações vigentes.
- Contribuir para a estratificação de risco dos indivíduos com as condições crônicas abordadas.
- Prescrever a assistência de enfermagem.
- Encaminhar o usuário para consultas com o médico da equipe, conforme periodicidade estabelecida na linha-guia ou outra necessidade em saúde detectada.
- Encaminhar os usuários cardiopatas, diabéticos e renais crônicos para vacinação anti pneumocócica e antigripal conforme recomendação do Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE).
- Realizar avaliação dos pés do usuário diabético.
- Orientar a equipe e o indivíduo sobre o uso de insulina: preparo, local de aplicação, técnica de aplicação, validade, local de armazenamento e descarte;
- Realizar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e outros procedimentos de enfermagem, conforme atribuições específicas.
- Elaborar com a equipe de saúde e acompanhar o plano de cuidados dos usuários com HAS, DM e DRC de baixo e moderado risco.
- Colaborar com o plano de cuidado dos usuários assistidos pela atenção secundária e acompanhá-lo.
- Elaborar com a equipe de saúde o plano de autocuidado dos usuários.
- Estabelecer, junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão do usuário ao tratamento.

- Auxiliar o usuário no alcance dos objetivos e metas do tratamento, de acordo com o plano de autocuidado apoiado (níveis pressóricos, controle do peso, níveis de glicemia e de lipídeos, dentre outras).

Atribuições do médico:

- Desenvolver atividades educativas para a comunidade sobre promoção à saúde e prevenção das condições crônicas (fatores de risco para HAS, DM e DRC) e das complicações dessas condições.
- Desenvolver atividades de educação em saúde, individuais ou em grupo, com hipertensos, diabéticos, doentes renais crônicos e seus familiares e cuidadores, conforme plano de cuidados.
- Avaliar a presença de fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, DM e DRC.
- Realizar confirmação diagnóstica dos usuários com essas condições crônicas.
- Solicitar exames complementares conforme as diretrizes apresentadas na linha-guia.
- Identificar possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades.
- Estratificar o perfil de risco do usuário.
- Estabelecer a conduta adequada aos casos, incluindo a terapia pertinente.
- Encaminhar os usuários com as condições crônicas citadas para os pontos de atenção compartilhada em nível secundário e terciário, de acordo com os critérios estabelecidos pela linha-guia.
- Elaborar com a equipe de saúde e acompanhar o plano de cuidados dos usuários com HAS, DM e DRC de baixo e moderado risco.
- Colaborar com o plano de cuidado dos usuários assistidos pela atenção secundária e acompanhá-lo.
- Elaborar com a equipe de saúde o plano de autocuidado dos usuários.
- Auxiliar o usuário no alcance dos objetivos e metas do tratamento, de acordo com o plano de autocuidado apoiado (níveis pressóricos, controle do peso, níveis de glicemia e de lipídeos, dentre outras).
- Estabelecer, junto com a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão do usuário ao tratamento.

Outros profissionais de saúde de nível superior:

- Desenvolver as ações e práticas inerentes a sua competência profissional.

4.1 Caracterizando a UBSF

Segundo a PNAB, a infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adstrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

A UBSF possui os seguintes ambientes: consultório médico, de enfermagem e odontológico, sala de procedimentos onde também são feitas as triagens dos pacientes, sala de vacina, uma pequena farmácia, recepção, sala das ACS, arquivo, copa, banheiro para público externo e para funcionários.

Trata-se de uma unidade em boas condições para prestação de serviços e cuidados à população adstrita à unidade. Nesta UBSF são atendidos todos os tipos de pessoas, inclusive àquelas vindas de outros bairros, por não conseguirem atendimentos próximo às suas residências e, ainda, estrangeiros, por estar localizada em um bairro da zona centro oeste da cidade, onde a quantidade de migrantes residentes é grande. Segundo o médico da unidade, eles possuem 3,1 mil pacientes na área pertencente à UBSF.

No que diz respeito à prestação de ações e serviços, verificou-se que são múltiplos, como descritos no escopo da atenção básica. Contudo, tão importante quanto isso, considerando as reflexões que serão propostas, é o fato de que não se identificou interrupção de cuidados, não se viram portas fechadas, ou seja, a unidade funciona bem, graças ao real do trabalho da equipe, conforme observado no cotidiano da UBSF.

4.2 A Equipe de Saúde da UBSF

Muito se fala sobre a importância do trabalho em equipe, na área da saúde, principalmente por parte dos gestores e técnicos da área de recursos humanos, contudo poucos explicitam claramente o que de fato estão querendo dizer com o termo 'equipe'. Na maioria das vezes, nos parece que se está falando da necessidade de haver integração, diálogo, mas pouco se debate a respeito dos desafios para a construção de

um projeto assistencial em comum, bem como dos processos que podem condicionar favorável ou desfavoravelmente a cooperação (Cunha & Sá, 2013).

Além disso, quando se fala de equipe não se explica qual o seu papel, o que se espera dela e por que ela é considerada uma equipe. Todavia, o social parece facilitar a compreensão acerca da união de profissionais de saúde, por exemplo, em torno de um mesmo projeto, de uma causa. Conforme Barus-Michel (2004), é social o que liga os indivíduos tornados por isso companheiros, aliados, associados. Em outras palavras, o social é da ordem do simbólico. Como referência, associa-se à lei: vincula, obriga e reúne, forja a assunção unitária.

A partir do olhar para o social, ou seja, para o que liga e associa o sujeito a um projeto e a outros sujeitos que compartilham dessa mesma essência, pode-se dizer que a matriz da equipe está no social e que sua “raiz” é o grupo. Para Barus-Michel (2004), na definição do social, o grupo se torna seu lugar de emergência.

O grupo é criado com o surgimento do “nós”. Conforme Barus-Michel (2004), o grupo que se autodesigna na primeira pessoa do plural é ao mesmo tempo um projeto, uma construção imaginária e uma representação mais ou menos elaborada daquilo que deve satisfazer as aspirações supostamente comuns e que as expressa.

No que diz respeito à equipe pertencente à UBSF onde esta pesquisa foi desenvolvida, trata-se de um grupo única e aparentemente bastante unido pelo trabalho, cujo compartilhamento do cotidiano está entorno das rotinas executadas no contexto da prestação dos serviços disponíveis na UBSF, que são internos e externos, pois os profissionais vão às casas de alguns pacientes, fazem visitas domiciliares.

O trabalho e o cotidiano dessa equipe podem ser considerados como o lugar onde eles se estabelecem e se reconhecem, pois partilham e confessam a mesma cultura, a mesma linguagem, o mesmo propósito, ou seja, o mesmo projeto. Obviamente a partir da execução de papéis muito bem delineados, próprios de cada sujeito-profissional, mas que no interior do grupo se complementam e formam a equipe de saúde.

Segundo Barus-Michel (2004), pode-se dizer que há instituição, e portanto social, quando as relações e práticas são incorporadas a um código repertoriado. A instituição pode ser também uma vontade ativa de estabelecer trocas. Se não houvesse enunciado da instituição ou se esta escapasse, poder-se-ia dizer que ela se enuncia na estabilidade das trocas que cedo ou tarde confirma.

Novamente o social, o grupo, e por conseguinte, a instituição parecem ser o melhor caminho para análise da equipe a partir de suas trocas, de suas vivências, das relações sociais que seus membros estabelecem entre si. Vê-se com isso que o trabalho, entendido também como espaço social de troca, pode ser o ponto de partida para uma análise da equipe.

O que fica mais claro a partir de Lhuilier (2005), vez que o trabalho é fundamentalmente relação com outrem porque a atividade supõe uma coordenação, um reconhecimento, e uma validação por outrem. Trabalhar dá portanto acesso a um espaço social onde encontrar um lugar, inscrevendo-se numa troca com outros. Assim, o trabalho tem a função social essencial: é uma atividade que nos liga aos outros e que implica ajustarmo-nos a eles para produzirmos alguma coisa útil.

4.3 Analisando as Contradições Institucionais – O Analisador

As reflexões aqui propostas apoiam-se na análise do cotidiano de trabalho dos profissionais, bem como nos diálogos resultantes das vivências do observador participante no contexto da UBSF com a equipe e seus usuários, de onde emergiram, claramente, dois analisadores: a ausência da enfermeira e a falta de insumos.

De modo geral, o analisador ou efeito analisador é algo natural que ocorre no interior da instituição, cujos instituídos, geralmente, não percebem. O analisador, que pode ser um acontecimento, uma notícia, um fato, ou inúmeras outras situações, faz com que os sujeitos falem, mostrem o que estava guardado, o não dito, o que permanece intocável, aquilo revela as contradições da instituição.

Para Hess (1975), o analisador é o elemento que permite atualizar, “colocar em dia” as implicações institucionais. Lourau (1995) compreende o analisador como aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar. Barus-Michel (2004) explica que o analisador é o elemento capaz de desestabilizar ou mesmo desconstruir o jogo institucional, dando bruscamente acesso ao não-dito e ao oculto. Pode ser analisador tudo o que rompe o jogo habitual e as convivências adquiridas, a rotina institucional. O analisador faz falar.

Com efeito, verificou-se em campo que a ausência da enfermeira e a falta de insumos na unidade nortearam boa parte das falas dos profissionais, assim como práticas de trabalho, algumas atividades específicas, frustrações dos profissionais, entre outros.

4.3.1 O analisador “ausência da enfermeira”

Nos contatos preliminares com a UBSF para a construção da demanda de pesquisa, a equipe tinha uma enfermeira, que também assumia o papel de gestora e chefiava a equipe e a unidade como um todo.

O período autorizado pela SEMSA para visita e conhecimento do campo foi de 30 dias, tempo no qual foram realizadas visitas e os primeiros contatos com a equipe. Assim, foi possível perceber, acerca da enfermeira, que tratava-se de uma profissional bastante experiente, muito engajada e comprometida com o seu trabalho, que valorizava bastante os profissionais de sua equipe a partir da contribuição individual deles para com o grupo. Era uma líder motivadora, multitarefa, que falava muito e tentava ser gentil e solícita até durante nossos contatos por telefone e email, quando precisei tirar dúvidas e/ou solicitar algum material ou normativo, por exemplo.

Em uma das minhas visitas à Sede da SEMSA, busquei entender melhor o sistema e os normativos de trabalho na atenção básica. Em conversa com gestores (gerente e diretora), verifiquei que não existe pagamento de função gratificada para “gestor de unidade”. Segundo uma gerente da Secretaria, que também é enfermeira, seria impossível ao município pagar esse tipo de gratificação, considerando o grande dispêndio financeiro. Ainda segundo essa gerente, em toda unidade de saúde, é esperado que o profissional enfermeiro assuma a função de líder da unidade, uma vez que a liderança é uma característica que faz parte da formação desse profissional e que independente do local de trabalho é necessário que o profissional seja o responsável pela equipe.

Há muitas controvérsias no discurso já instituído por essa gerente, primeiro que a função de gestão não é exclusiva, ou seja, o profissional precisa continuar atendendo assim como os demais. As atividades são simplesmente somadas. É necessário atingir metas, participar de reuniões, fazer muitos relatórios, preencher tabelas em sistemas diversos (tanto do município quanto do governo federal), entre outras coisas. Além disso, nem todo enfermeiro é necessariamente um líder, por mais que alguns acreditem que a liderança possa ser desenvolvida, ou seja, não é algo que a Secretaria deveria cobrar desses profissionais.

Felizmente, no caso da enfermeira de nossa UBSF é o contrário, trata-se de uma profissional cuja ausência foi sentida por todos, tanto pelos profissionais quanto por

usuários, o que pôde ser visto em diferentes situações e o que gerou diversos impactos, como por exemplo, aumento de carga de trabalho, devido à redistribuição de tarefas e de responsabilidades; cobranças por determinados assuntos a outros profissionais; pacientes sem atendimentos, entre outros.

Segundo os profissionais informaram, a enfermeira já estava ausente por mais de 9 (nove) meses quando iniciei a fase de campo. Ela tirou uma licença por motivos de saúde e até então a SEMSA não havia enviado outro profissional enfermeiro para cobrir a vaga aberta. Nesse período, a cooperação entre os profissionais foi essencial para atender às demandas da Secretaria e às da comunidade onde a unidade está inserida.

Do ponto de vista do engajamento da subjetividade no trabalhar, a cooperação supõe, em certa medida, uma limitação consentida à experiência da inteligência e à expansão da vida singular na atividade. Trazer sua contribuição e seu consentimento aos acordos normativos em um coletivo implica frequentemente a renunciar à parte do potencial subjetivo individual, em prol do viver junto e da cooperação (Dejours, 2012b).

Esse engajamento, o compromisso do trabalhador com o grupo ao qual se acha vinculado, onde se reconhece, requer uma série de renúncias individuais para que a equipe prevaleça e o trabalho seja executado e os objetivos esperados pela organização do trabalho alcançados.

No meu primeiro dia ocorreu algo inusitado, mas revelador e bastante significativo. Fui recebido por uma das técnicas de enfermagem, que estava tendo dificuldades para enviar umas estatísticas à SEMSA. Essa era uma tarefa desempenhada pela enfermeira, tanto que os dados e tabelas ainda eram enviados ao email da profissional, que a técnica precisa consultar para ter acesso a diversas informações.

Após muita persistência, a técnica conseguiu fazer a velha impressora da unidade funcionar, imprimiu os formulários de que precisava e decidiu ir levá-los ao Distrito Sul, de bicicleta. Era impossível enviar as informações por email, pois a unidade estava sem internet e a estatística estava muito atrasada. Essa foi a forma com que a técnica decidiu resolver o problema, ou a única naquele momento que lhe era possível, dentro de suas possibilidades.

O fato é que a administração não preencheu a vaga aberta e deixa muito a desejar no que diz respeito a prover o aparato necessário para se trabalhar. Além disso, não é possível identificar nas atribuições planejadas-instituídas ao profissional técnico

de enfermagem o que essa profissional fez para atender à demanda da Secretaria, sobretudo, se expor aos perigos existentes no trânsito da cidade.

Dejours (2011) sustenta a teoria de que a mobilização subjetiva frente aos desafios da organização do trabalho presume empenho da inteligência para enfrentar as dificuldades impostas pela organização do trabalho. Sem essa mobilização a técnica não conseguiria entregar as estatísticas (trabalho prescrito), uma vez que não havia internet na UBSF, entretanto, para fazer com que os dados fossem enviados, a profissional criou uma alternativa (real do trabalho) para superar as adversidades encontradas no contexto organizacional e obter êxito.

Isso é trabalho. A mobilização subjetiva da nossa técnica, face à necessidade de resolver uma demanda da organização do trabalho jamais poderia constar na lista de atribuições instituídas pela Secretaria, pois a lacuna existente entre o prescrito e o real é preenchida pelo sujeito, a partir de sua inteligência e mobilização com o trabalho. Para Dejours (2007), o agir a partir da mobilização da inteligência no trabalho, inovando, transgredindo as regras, constitui o que denomina de zelo no trabalho. O zelo é indispensável para o êxito da organização de trabalho.

O zelo em forma de transgressão de regras se torna possível por alguns motivos, sobretudo, pelo engajamento subjetivo do sujeito com o trabalho e pelo conhecimento que possui da organização, de modo que o ato seja legitimado pelo próprio trabalhador antes de ser colocado em prática. Para Barus-Michel (2004), do mesmo modo que a língua faz para a expressão verbal, a instituição codifica a expressão prática, compila elementos significantes, oferece um jogo de combinações possíveis que ajudam os atores sociais a se significarem como tais e a darem um sentido a seu ato.

Da mesma forma, percebemos que a nossa enfermeira deixou outros legados que ainda influenciam diretamente às atividades das ACS, por exemplo. Ao acompanhar duas delas durante visitas domiciliares, elas mencionaram algumas virtudes e inovações que a enfermeira levou à UBSF, tais como: a realização de visitas domiciliares em dupla, por questão de segurança, considerando que o perímetro da unidade é tido como perigoso; a necessidade de as ACS conhecerem as áreas umas das outras, para em casos de ausência, a área não ficar descoberta; a escuta e atenção ao paciente para acolher da melhor forma possível as demandas dos usuários; a boa fala para realização de palestras, consideradas como ações educativas que realizam em diversas instituições.

As inovações propostas pela enfermeira, aceitas e incorporadas ao trabalho pela equipe, são mais um exemplo de aplicação da mobilização subjetiva da profissional, por meio da inteligência prática. Percebemos com isso um grande empenho da subjetividade do sujeito com as tarefas do cotidiano para criação de algo novo que melhora o trabalho de todos. Ou seja, além da inteligência prática, a mobilização subjetiva se revela também por meio da cooperação e da fala, já que essas mudanças precisam ser negociadas e aceitas por todos.

Outra inovação da enfermeira, que considero mais uma forma de zelo no trabalho foi a mudança do horário para realização das visitas domiciliares. Certo dia perguntei às ACS quantas visitas elas fazem por dia. Elas me explicaram que, em regra, devem fazer 8 visitas diárias, sendo 4 (quatro) em cada turno (matutino e vespertino). Todavia, elas fazem todas as visitas pela manhã, por causa do calor que é mais intenso à tarde. E durante o período vespertino elas permanecem na unidade “lançando a produção” nos sistemas e auxiliando nas atividades de recepção da UBSF.

A ausência da enfermeira também foi bastante sentida pelos pacientes e demais usuários. Pude ver por várias vezes, tanto dentro da unidade como nas ruas acompanhando as ACS, que existem pacientes com um vínculo com a enfermeira, que gostavam dela e consultavam-na há anos. Muitos perguntavam quando ela iria voltar. Outros usuários tentavam marcar algum tipo de consulta ou procedimento específico de enfermagem, mas não podiam ser atendidos, devido à falta de profissional enfermeiro.

Em momentos mais intimistas, notei que a ausência da enfermeira, a falta de informação sobre o seu estado de saúde, bem como a incerteza sobre seu retorno, causavam certa frustração em alguns profissionais da UBSF. Durante alguns momentos na copa da unidade, sobretudo, durante alguns almoços que compartilhei com os profissionais, isso ficou bem claro. Além disso, os profissionais precisam repetir sempre que estavam sem enfermeira que o usuário precisaria buscar outra unidade de saúde para fazer o exame Papa Nicolau, por exemplo.

Isso também me deixou intrigado, porque eles realmente não tinham informações nem contato, mesmo por telefone, com a enfermeira. Como profissionais que trabalham juntos há muitos anos não sabem sobre a situação de saúde de um colega de trabalho? Ou aconteceu algum evento que levou a enfermeira a preferir pelo “isolamento”? Aos poucos percebi que não há contato entre eles além do contexto do

trabalho. Isso foi um fator importante para considerar que esses profissionais estão vinculados única e aparentemente pelo trabalho.

No vigésimo segundo dia de campo conheci a nova enfermeira. Depois me explicaram que a anterior se aposentou e que foi somente após a sua aposentadoria que a SEMSA enviou outra profissional. A unidade ficou quase 10 meses sem profissional enfermeiro, pois a anterior saiu de licença em fevereiro e conheci a atual em dezembro.

4.3.2 O analisador “falta de insumos”

A falta de insumos é recorrente no cotidiano da UBSF. Recursos esses apenas relacionados à área finalística, ou seja, às ações e serviços de saúde. Em nenhum momento voltei o olhar ao relacionados às atividades administrativas da unidade. Assim, no meu primeiro dia de campo, a técnica de enfermagem que me recebeu informou logo de início, ao me situar no contexto que estavam vivenciando, que o médico estava de férias e que o dentista não estava atendendo devido à falta de material. Ou seja, os atendimentos eram poucos e as agendas seriam reorganizadas a partir do dia seguinte, com o retorno do médico.

Em razão da falta de insumos, presenciei muitas vezes, principalmente, os pacientes “para a odonto”, como eles chamam, retornarem sem atendimento. Na recepção e até mesmo no consultório os profissionais tinham que ficar explicando que estavam sem materiais e que por isso o paciente precisaria retornar outro dia ou buscar atendimento em outra unidade de saúde.

A falta de atendimento é inaceitável de vários pontos de vista, a começar por se tratar de um serviço de saúde ofertado no contexto da atenção básica. Como a estratégia de saúde da família vai se consolidar se não há sequer luvas para se trabalhar? Com a estrutura organizacional demasiado grande que a SEMSA possui, o que justificaria a ausência de insumos diversos e de forma reiterada? O município estaria sem recursos para a saúde?

O fato é que as reclamações são constantes e variadas. No contexto dos profissionais, por exemplo, em conversa com o dentista, este informou que quando determinado material é entregue na unidade outro falta. Ou que o esparadrapo precisa ser cortado e esterilizado por que o tipo que é enviado pela Secretaria não chega pronto para uso, o que gera acréscimo de mais uma tarefa aos profissionais da odontologia.

Durante uma conversa, perguntei ao dentista como se sente ao dizer para o paciente que não poderá atendê-lo devido à falta de algum material. O dentista disse um misto de angústia e indignação, que para ele parece uma sensação de impotência/inoperância, uma vez que ele está na unidade, mas não pode trabalhar, não pode fazer nada pelos pacientes que o procuram.

Sobre a indignação ele explicou que está cansado, pois sabe que o município tem dinheiro, mas a “roubalheira” impede que os serviços de saúde sejam prestados. Além disso, citou, igualmente, a ausência da enfermeira, pois acredita que se ela estivesse na unidade poderia resolver esse problema.

Vemos com isso que a falta de trabalho devido à precarização da organização do trabalho de alguma forma pode gerar perdas ao trabalhador. Conforme Lhuillier (2012), o impedimento da atividade leva ainda a uma imobilização do dinamismo interno do sujeito e se mostra cada vez mais dolorosa quando a energia (psíquica) inutilizada por falta de objeto a investir, cai no vazio, estando inteiramente ligada na contenção interna (psíquica) pela impotência de agir. Assim, a retirada do trabalho coloca em questão o prazer derivado do exercício do corpo e do pensamento. Essa retirada o substitui pelo desprazer de uma excitação, de uma energia em falta e que possibilitaria alívio.

A falta do trabalhar, do fazer em si, gera um certo incômodo no profissional realmente mobilizado com o seu trabalho, sensação aumentada pela procura de pacientes por um serviço que não pode ser prestado, mesmo com o profissional estando à disposição. Devido à falta de insumos, tanto o próprio dentista informou que já comprou muitas vezes material para utilizar nos atendimentos na UBSF, quanto pude presenciar ao menos dois pacientes perguntando se seriam atendidos se levassem o material necessário.

Ao acompanhar as ACS nas ruas durante as visitas domiciliares, identificamos várias demandas de pacientes com diabetes que precisavam medir a glicemia e sempre perguntavam às agentes se já havia chegado a fita para realizar o exame, que é simples.

Certo dia, enquanto estava numa sala fazendo algumas anotações depois do almoço, fiquei sabendo que estava na unidade uma técnica do Distrito Sul, que é um órgão da SEMSA que dá suporte às unidades da zona sul da cidade. Eu e a técnica fomos apresentados e conversamos rapidamente. Ao perguntar a ela sobre a falta de insumos, notei que ela ficou embaraçada. A resposta que recebi foi de que existe muita

política envolvida no assunto e que deveria procurar os responsáveis pela aquisição de materiais.

A precarização da saúde no SUS não é uma novidade. Mas nunca tinha sentido tão de perto essa realidade. Além da falta disso ou daquilo, pude ver que as pessoas não falam sobre o assunto e não buscam soluções, talvez pela descrença na forma como o sistema de saúde funciona assim como pela falta de credibilidade que as nossas instituições possuem, quando esperamos por melhorias e quebras de paradigmas.

A gestão da SEMSA, por exemplo, possui um planejamento estratégico excelente, resultados de indicadores publicados frequentemente. Em contrapartida, encerrei a minha pesquisa de campo mas não vi retorno de pessoal para fazer a limpeza e manutenção da UBSF, os próprios profissionais da equipe estavam fazendo a faxina. A justificativa foi a existência de vício no contrato com a empresa terceirizada responsável pela prestação do serviço.

Independente das mazelas encontradas no sistema e das gestões adoecidas eivadas no vício, vemos pelo exemplo citado acima, que existem profissionais comprometidos com o seu trabalho e com os serviços que prestam. Desta forma, percebemos que o compromisso, a mobilização e a cooperação existente entre os membros da equipe são diferenciais pouco encontrados atualmente e que também por isso precisam ser reconhecidos, pois agregam valor à nossa sociedade e melhoram os serviços de saúde.

Quanto ao dentista, este voltou a atender somente após a chegada da nova enfermeira, que foi transferida de outra unidade. Quando nos conhecemos ela explicou que conseguiu com colegas de outras unidades três caixas de luvas. Nesse dia, conversávamos sobre o momento de diálogo que gostaria de organizar com toda a equipe, instante no qual lhe expliquei que o meu trabalho está diretamente relacionado ao que eles fazem na prática para atender às demandas da SEMSA e dos pacientes. Por exemplo, o esforço dela para conseguir as caixas de luvas. Nesse momento ela ficou emocionada e com a voz embargada. Disse que está cansada, pois ela já está na rede há anos, mas que não desiste e não vai se deixar abater pelo sistema, que frustra e “engole” as pessoas.

A reação dela foi importante para mim, pois de alguma forma eu a ajudei a refletir e reconhecer a importância do seu trabalho, o que para mim foi bastante motivador naquela fase da pesquisa onde já estava muito cansado. Sobre a perseverança

no esforço de análise, Barus-Michel (2004) explica que “o caminho já percorrido em análise é um novo impulso para a demanda. Os membros da equipe apontam frequentemente modificação de ponto de vista na prática, alívio da carga emocional, maior flexibilidade em suas relações”. Em outras palavras, as vivências com a equipe deixavam tanto os profissionais quanto a mim mesmo mais à vontade para prosseguir.

Neste contexto, a minha implicação era o que guiava o acesso à análise. Os instrumentos da pesquisa e o analista (pesquisador) estão, na verdade, estreitamente ligados. A esse respeito, Barus-Michel (2004) sustenta o seguinte:

Diz-se habitualmente que aquele que está imerso numa situação é o menos indicado para interpretá-la. Isso é verdade quando se deixa de lançar mão dos instrumentos para fazê-lo ou quando não se sente a real necessidade (a demanda), pois, se se é capaz de superar as primeiras resistências e se se possuem os instrumentos de análise, sua experiência é a via real para apreensão das dependências que são justamente aquilo que se quer ver esclarecido.

Tal afirmativa se torna reveladora quando pensamos no contexto desta pesquisa, a partir da concepção de uma análise institucional psicossocial implicada no trabalho dos profissionais da nossa UBSF e nas contribuições da psicodinâmica do trabalho como meio para ajudar a compreender os processos psicológicos e sociais vivenciados em situações reais no cotiado dos nossos trabalhadores.

5. O PLANEJADO-INSTITUÍDO DO PROGRAMA HIPERDIA E A PRÁTICA DA EQUIPE NO COTIDIANO DA UBSF

O Programa Hiperdia, de forma geral, consiste num conjunto de cuidados organizados e específicos que são voltados a pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Esses cuidados foram instituídos em 2001, por meio da Portaria nº 235 do Ministério da Saúde, considerando, sobretudo, que a “hipertensão arterial e a diabetes mellitus são fatores de risco importantes que estão associados à ocorrência das doenças do sistema cardiovascular, grupo de causas responsável pelo maior número de óbitos na população total”.

Naquele ano, todas as unidades de saúde se mobilizaram para a execução da Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes Mellitus, o que foi um grande despertar para os males que o diabetes pode causar à saúde. Além disso, houve uma maior abertura do SUS como um todo visando aumentar os acessos para coibir a incidência de doenças crônicas.

Em linhas gerais, houve uma reorganização da atenção aos segmentos populacionais identificados como prioritários. Em 2001 o foco eram as pessoas com idade a partir dos 40 (quarenta) anos. Mais um benefício dessa política foi que a atenção foi priorizada e a pasta incorporada à atenção básica, até virar uma rotina, como é hoje.

Segundo relatos dos profissionais da equipe da nossa UBSF, no início, o hiperdia tinha um dia no ano em forma de campanha. Nesse dia as pessoas procuravam as unidades de saúde para realizar exames básicos, em caso de suspeita de DM e HAS. A partir de 2017, eles explicam que a atenção a usuários com suspeita ou diagnóstico de doenças crônicas passou a ser diária. Tanto que hoje é uma competência da atenção primária, segundo a Linha-guia da SEMSA, “realizar a busca ativa de usuários com fatores de risco para HAS, DM e DRC e de usuários com essas condições crônicas já identificadas”.

Conforme já visto, as descrições dos profissionais na atenção básica já incluem os cuidados previstos como necessários aos usuários com suspeita e diagnóstico de doenças crônicas. Em vista disso, neste capítulo, optamos por descrever o observado no cotidiano da UBSF de acordo com os cuidados prestados por cada profissional na prática.

Conforme observado, notou-se que a equipe é bastante experiente e está bem alinhada quanto aos procedimentos e formas de acolher os pacientes do hiperdia. Mesmo quando a unidade esta lotada, ou na falta de algum dos profissionais, a equipe consegue atender a todas as demandas, pois a prática do trabalho já os dotou com sagacidade suficiente para não deixar o usuário sem o atendimento de que necessita.

Nesse caso, as análises levam em consideração, igualmente, as reflexões apoiadas na análise do cotidiano de trabalho dos profissionais, bem como nos diálogos resultantes das vivências do observador participante no contexto da UBSF com a equipe e seus usuários.

- Cuidados prestados pelas agentes comunitárias de saúde

As agentes comunitárias de saúde desempenham papéis muito relevantes junto à comunidade e à UBSF. Elas são as responsáveis pela comunicação entre usuários e demais membros da equipe de saúde. Nesse processo complexo, elas levam o usuário à unidade e fazem o acompanhamento das prescrições do médico e da enfermeira *in loco* na casa dos pacientes, entre outras coisas.

As ACS fazem o mapeamento dos usuários nas áreas adstritas, bem como o cadastro (individual e domiciliar e territorial) e a inclusão dos seus dados nos sistemas e-SUS e prontuário eletrônico. Nesse momento, elas acolhem as demandas de todos os moradores de um domicílio e fazem as marcações de consultas, se for o caso, ao retornar à unidade, assim como dão outros encaminhamentos, por meio de “dicas” aos usuários, tais como: se há criança recém-nascida elas instruem a mãe sobre vacinas, com a documentação para crianças em idade escolar obterem o bolsa família, entre outras.

O cotidiano das ACS inicia na unidade, onde se encontram e saem em duplas para realizarem as visitas domiciliares, ao retornarem elas alimentam os sistemas com os novos dados coletados, caso existam, e solicitam consultas aos pacientes demandantes e/ou a ida do médico e/ou da enfermeira à casa do paciente, cuja marcação efetiva nas agendas é de responsabilidade das técnicas de enfermagem.

Dentre as atividades executadas pelas ACS, pude ver que a de acompanhamento é a mais importante. No itinerário por elas realizado, elas vão de casa em casa, cumprimentando os pacientes por nome e verificando como estão, se estão tomando a

medicação prescrita adequadamente, se estão se alimentando adequadamente, se precisam realizar algum exame ou agendar alguma consulta, além da programada.

Conforme elas mesmas declaram, o trabalho que realizam é de prevenção, ou seja, atuam a fim de evitar complicação de doenças já diagnosticadas. Durante o acompanhamento elas constroem uma relação de intimidade com paciente, a ponto de mesmo não necessitando de cuidado extra, por estar com a glicemia e a hipertensão controladas, como é a maioria dos casos, o cuidado e atenção continuam e nesse momento elas os escutam. Os pacientes falam do cotidiano, ou desabafam, às vezes querem conversar acerca de algum ponto da vida íntima. Independente de qual seja a demanda ou o nível da escuta, as ACS sempre encolhem aos pacientes com a mesma atenção e simpatia, cientes de que escutar o paciente faz parte do trabalho e é importante para o tratamento, uma vez que elas precisam entender e conhecê-los individualmente.

Outro detalhe interessante é que as recomendações acerca de uma alimentação correta e da prática de exercícios físicos não são frequentes, como o controle da medicação, por exemplo. Elas falam sobre esses dois pontos em diálogos cuja fala normalmente é demandada pelo paciente. É como se fosse um *plus* a fala delas, ocorrida anteriormente, ou seja, antes do paciente demandar um escuta.

Foi possível identificar, ao acompanhá-las em algumas visitas domiciliares, que o trabalho que executam está diretamente relacionado à eficácia do tratamento do paciente com diabetes, por exemplo. Ao monitorar esses pacientes elas perguntam se estão sentindo algum tipo de dor, se estão emagrecendo ou não, elas olham as extremidades do corpo do paciente, sobretudo, os pés, a fim de verificar possível inchaço e a necessidade encaminhá-lo de imediato para consulta com o médico ou a enfermeira.

Outro papel muito importante é o de levar informações ao pacientes acerca da disponibilidade ou falta de determinados medicamentos na farmácia da unidade. Como existem remédios que são distribuídos rotineiramente, a maioria dos pacientes não precisa comprá-los caso estejam disponíveis para retirada.

- Cuidados prestados pelas técnicas de enfermagem

As duas técnicas da unidade são as responsáveis pela recepção, pela vacinação, triagem dos pacientes e distribuição de medicamentos na farmácia, de acordo com as prescrições do médico. Todos os usuários quando chegam à UBSF passam primeiro por

elas. Inclusive, conforme informado pela equipe, o trabalho de triagem é uma inovação desta equipe, pois nem todas as unidades básicas do município o realizam.

Necessário se faz reconhecer o engajamento da equipe desta UBSF, cuja mobilização dos seus profissionais é tamanha que ao longo da pesquisa pude observar diversos exemplos de criatividade, de inteligência mobilizada e de inovação no trabalho, como a realização dessa triagem, muito importante no cotidiano da unidade e essencial a todos os atendimentos ali prestados.

Embora pareçam atividades simples, na recepção e na execução da triagem, elas atendem aos pacientes, alimentam os prontuários de cada um deles, conferem documentação antes do atendimento, organizam as agendas do médico e da enfermeira, considerando consultas, exames, e as demandas espontâneas (pequenas urgências).

Em épocas de campanhas de vacinação elas são as responsáveis diretas pelo bom desempenho da unidade e alcance das metas de vacinação. E no que diz respeito especificamente à triagem que realizam, já houve casos de pessoas que foram à unidade para uma simples consulta ou procedimento, que descobriram o diabetes nesse procedimento. Então, trata-se de um diferencial louvável, pois é mais uma forma de prevenção que o usuário tem antes de ser atendido no consultório.

- Cuidados prestados pela enfermeira

A enfermeira é a responsável por receber os usuários em consulta, avaliar suas condições de saúde, realizar alguns procedimentos gerais e específicos, como o exame Papanicolau (exame preventivo de câncer de colo de útero), cuja coleta de material para análise, somente ela faz na unidade, além de prestar orientação e educação aos usuários e de ser a responsável pela gestão e organização da UBSF.

Um diferencial da enfermeira é que devido ao público que acessa a unidade, às vezes, em determinadas consultas ela cita que é necessário falar sobre nutrição, planejamento familiar, entre outras temáticas que fogem da alçada da enfermagem, mas que devido à falta de outros profissionais na equipe, tais como: nutricionista, assistente social e psicólogo, algumas consultas acabam ficando mais longas para sanar certas lacunas.

No que diz respeito aos pacientes com hipertensão, as consultas são mais orientativas e de acompanhamento para verificar exames específicos relativos à doença. Sobre os paciente com diabetes, há algumas especificidades, como a realização de

avaliação neuromotora (o profissional avalia as extremidades do corpo do paciente, sobretudo, pés e mãos a fim de verificar se a função neuromotora estaria comprometida) e atendimento à demanda espontânea.

Quando solicitado por algum paciente ou quando as ACS identifica a necessidade, a enfermeira vai ao domicílio do paciente, acamado ou com algum comprometimento que o impede de ir à unidade, e faz a consulta ali mesmo, como se estivesse no consultório.

- Cuidados prestados pelo médico

O médico da unidade tem um grande diferencial, pois ele já está na UBSF há mais de 14 (quatorze) anos. Ele conhece os pacientes pelo nome e lembra dos casos que já passaram pelo seu consultório. Segundo ele mesmo chegou a destacar, o bom de conhecer o paciente é que o acompanhamento fica mais fácil e as consultas menos demoradas, por já conhecer o histórico do paciente em detalhes.

Assim como a enfermeira, ele é responsável por receber os usuários em consulta, avaliar suas condições de saúde, realizar alguns procedimentos gerais e específicos. Embora a Linha-guia da SEMSA não liste nas atribuições do médico a avaliação do pé diabético, o médico desta UBSF também realiza avaliação da função neuromotora de pacientes com diabetes, inclusive a dos pés.

Diferentemente da enfermeira, o médico é o responsável pela prescrição de medicação a todos os pacientes da unidade, inclusive aos com hipertensão e diabetes. Quando necessário, é ele também que encaminha o paciente ao especialista (normalmente endocrinologista e cirurgião vascular).

Também realiza visitas domiciliares, conforme demanda dos pacientes e/ou das ACS e atende às demandas espontâneas, quando estas aparecem no cotidiano da UBSF, o que é raro. De modo geral os pacientes relatam que gostam bastante do médico porque ele é bastante atencioso nas consultas.

Como as consultas são agendadas, os pacientes que estão sob controle retornam à unidade para consulta no período de 2 (dois) meses, nesse caso há um revezamento, a cada ida o paciente uma vez é atendido pelo médico e em outra pela enfermeira. No que diz respeito aos medicamentos, a receita do médico tem validade de 6 (seis) meses, no entanto, a retirada de medicamento é mensal, ou seja, um paciente com diabetes precisa ir à UBSF ao menos uma vez por mês para buscar sua medicação, por exemplo.

- Cuidados prestados pelo dentista e auxiliar de saúde bucal

Os cuidados prestados pelo dentista e sua auxiliar são de cunho geral na odontologia, de acordo com a situação do paciente, o profissional resolve ali mesmo ou encaminha o paciente a um especialista. Casos menos complexos como realização de profilaxia ou mesmo extrações simples, são atendidos na UBSF mesmo.

No que diz respeito aos pacientes com hipertensão e/ou diabetes, o dentista explicou que eles não são prontamente atendidos, pois em procedimentos com uma raspagem mais profunda ou uma extração, por exemplo, poderiam ocorrer complicações, sendo necessário verificar como estão as condições de saúde do paciente antes de alguns procedimentos.

Nesse momento ele destacou a importância da triagem realizada pelas técnicas de enfermagem, pois já ocorreu de receber pacientes que não sabiam que tinham diabetes e durante a conversa que tem com o paciente o dentista acabou identificando algum fator de risco aparente, e nesse caso, solicitou que o paciente agendasse uma consulta com o médico da unidade.

6. ANÁLISE DA FALA DA EQUIPE DE SAÚDE

Durante a reunião para início da fase de campo, combinamos com a equipe que reuniríamos todos para conversar sobre o trabalho deles, que seria uma conversa cuja temática faria parte do escopo da nossa pesquisa e que serviria, inclusive, para darmos um retorno a eles acerca do que já havíamos observado.

Conforme combinamos, essa conversa aconteceu. Na ocasião utilizei um material da SEMSA, cujo título é Reorganização do Acesso à Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um protocolo para acolhimento de demandas relativas à atenção primária na cidade. O documento apresenta conceitos de acolhimento, atribuições de profissionais, diretrizes para organizar demandas e agendas de profissionais, entre outros detalhes, detalhados em 64 (sessenta e quatro) páginas.

Na ocasião, levei apenas as 4 (quatro) primeiras páginas do documento. A intenção era apenas “provocar” os profissionais para iniciarmos a conversa sobre o trabalho e o cotidiano deles na UBSF. O que está em conformidade com a metodologia proposta, a dos analisadores, que Lourau (1995) compreende como aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar.

Após a transcrição da conversa, que foi gravada com autorização de todos os presentes, identificamos 6 (seis) temáticas diferentes dos assuntos até então abordados, sobre as quais nos debruçaremos em seguida, conforme a ordem com que foram mencionadas pelos profissionais.

- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)

No início do diálogo com a equipe, após a apresentação da proposta para o momento, iniciou-se uma discussão acerca da falta de instrumento para avaliação de equipes no contexto do trabalho na saúde. Considerou-se a existência de prescrições específicas para profissionais, mas não se identifica instrumento igual ou parecido para a equipe, que considere as trocas, as vivências e as interações relacionais entre seus membros, por exemplo. Foi nesse momento que o médico, a enfermeira e o dentista citaram a PMAQ:

“Mas a gente tem um instrumento sim que é aplicado a cada dois anos. Esse ano não teve. Nesse instrumento, que está disponível na internet... É um caderno com vários questionamentos que a gente tem cumprir a respeito dessas linhas de trabalho. E a cada dois anos nós somos avaliados. Vem uma avaliação externa, normalmente da Fundação

Oswaldo Cruz. Pode ser a qualquer hora. Vem uma avaliação externa que pode fazer isso com a gente. É um dia que a gente não pode parar o atendimento justamente para que eles possam enxergar, assim como você tá dizendo, o serviço em ação.” (Médico).

“Sim, é o Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade (PMAQ). Eu só sei que pega desde o usuário até o nosso trabalho administrativo aqui. Só que a gente vê que é super fora da nossa realidade. A PMAQ é uma avaliação externa. Que é uma equipe. Muitas vezes são profissionais que não são daqui, que são do Ministério da Saúde que vêm pra fazer a avaliação da equipe, do trabalho.” (Enfermeira).

Trata-se de um programa de gestão da qualidade, de responsabilidade do Ministério da Saúde, cujo “principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.” (Brasil, 2017b).

Sobre detalhes de como seria a avaliação do PMAQ, os profissionais declaram o seguinte:

“Eu até lembro da última avaliação. A gente tinha que formular perguntas em cima das notas baixas que a gente teve, como soluções pra aquelas situações que a gente não foi muito bem.” (Dentista).

“Mas na realidade, na minha visão como profissional, a PMAQ não trabalha em relação a cobranças, em relação a números. Agora a nossa secretaria sim. Então tem uma diferença na qualidade aí. Porque a nossa secretaria quer produção, quantidade. A PMAQ não visa isso.” (Enfermeira).

A partir da leitura do Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF – Terceiro ciclo, pôde-se verificar que o programa trabalha com os seguintes eixos: autoavaliação, apoio institucional, monitoramento de indicadores de saúde, educação permanente e cooperação horizontal.

Apesar de não ter acesso aos instrumentos de avaliação, pelo escopo do Manual, verificou-se que não se trata de um instrumento para avaliar o trabalho da equipe em si, embora este seja importante e considerado de forma indireta no PMAQ, uma vez que visa à melhoria da atenção básica.

Ademais, a partir da fala dos profissionais, depreende-se que se trata de um instrumento sem muita força, uma vez que a equipe não conseguiu explicar bem do que se tratava. Instrumentos, políticas, métodos avaliativos já testados e institucionalizados

são facilmente descritos, quando têm a adesão dos trabalhadores e passam a fazer parte de suas realidades no trabalho.

- Crítica à Reorganização do Acesso

Em ato contínuo, o médico tomou a palavra e falou do documento para Reorganização do Acesso à Atenção Primária à Saúde, que apresentamos no início da conversa:

“Esse próprio documento que vocês estão mostrando aqui, isso aqui são as primeiras quatro páginas. Esse caderno aqui tem pelo menos umas cinquenta páginas, nas quais é detalhado tudo isso que a gente tá dizendo, a respeito de quantitativo, inclusive colocando método de atendimento, quantitativo de atendimento, qual tipo de atendimento... que é uma coisa que a meu ver engessa a atividade. Porque assim, por exemplo, hoje aconteceu um negócio clássico aqui. Hoje eu tive alguns pacientes que faltaram, então o último paciente que atendi hoje pela manhã foi um paciente de demanda espontânea. Vocês viram, levou 45 minutos a consulta. Com esse engessamento como eu teria liberdade para fazer isso?” (Médico).

A fala do médico revela novamente a dicotomia existente entre as prescrições da organização do trabalho, face ao trabalhar conhecido e repertoriado pelo trabalhador. Certamente, ao tentar instituir uma reorganização do acesso, a Secretaria pensou apenas em padronizar procedimentos e atividades, mas não consultou os profissionais nem foi até as unidades de saúde para verificar o que ocorre no cotidiano das unidades, é o que parece.

Trabalhar é preencher o espaço entre o prescrito e o efetivo. Ora, o que é preciso ser feito para preencher esse espaço não pode ser previsto de antemão. O caminho a percorrer entre o prescrito e o real deve ser inventado ou descoberto a cada vez pelo sujeito que trabalha (Dejours, 2008). Assim, quando o médico fala da “liberdade” para trabalhar, percebemos um sujeito cuja mobilização precisa ser posta em prática para que a prescrição funcione, pois o profissional a conhece e sabe que é necessário muito mais para que o serviço de saúde seja prestado na realidade.

O médico conclui que a reorganização proposta é generalista e não considera a realidade do seu trabalhar e, por ser ele conhecedor da atenção básica, pois está no sistema há 14 (quatorze) anos, chega à conclusão de que a prescrição engessa.

“Então, existe sim, em nível local esse documento que vocês estão trazendo aqui, para reorganização do acesso, ele visa também normatizar com relação a quantitativo, tempo

de atendimento... o que dentro da estratégia é considerado a universalidade que a gente aborda... o negócio... a meu ver não faz muito sentido, porque engessa.” (Médico).

- Não à Padronização

Considerando o que o médico manifestou acerca da reorganização do acesso, de que há um engessamento, perguntei qual seria a alternativa para o que estava sendo proposto no documento.

“... é não ter padrão. Você me entende? Porque na verdade, dentro do serviço de saúde, no meu modo de enxergar, e é por isso que eu to aqui há tanto tempo, a gente não pode padronizar. Não pode.” (Médico).

De fato, excesso de prescrições e a criação de padrões de atendimento, de procedimentos, de acolhimento, entre outros tipos, só confundem e limitam o trabalhador, sobretudo, ao retomarmos nosso entendimento de trabalho vivo, cujo engajamento do sujeito com o seu trabalhar jamais poderia ser colocado em prática em uma organização que limita a inteligência e a criatividade de seus trabalhadores.

Em seguida o médico explica por que não é bom padronizar.

“Porque é assim, no dia a gente tem que ter 60% dos atendimentos de consultas agendadas e 40% de consultas de demanda espontânea, no caso do médico. Cada um dos outros profissionais tem uma proporção diferente, mas enfim. E às vezes acontecia de não conseguir fazer a demanda espontânea. Completar a demanda espontânea no dia, né. A quantidade. No quantitativo. E já aconteceu de uma técnica do distrito me telefonar: olha vocês estão fazendo pouca demanda espontânea, você tem que aumentar. Quando eu vejo essa técnica da Sems aqui eu falei assim: mas o que é que eu vou fazer? Vou sair na rua catando gente? Demanda espontânea é um modelo que as pessoas vêm pra unidade. Então assim, você padronizar esse atendimento, dessa forma de 60 a 40, só isso aí já complica, né porque você... tudo bem, aumentando a quantidade de atendimentos de demanda espontânea, teoricamente você melhora o acesso. Você não tendo exclusividade de consultas agendadas, você melhora o acesso, facilita o acesso. Mas, em contrapartida, cada unidade, cada comunidade tem a sua característica. Então, você não pode comparar. Usar o mesmo instrumento pra aplicar em uma comunidade do distrito sul e uma comunidade do distrito leste. Existe toda uma diferenciação social, demográfica, enfim, que não dá você aplicar um instrumento só em todas as comunidades. Então só por isso que eu acho que fica difícil a gente padronizar.” (Médico).

Vemos na sequência que até a forma como a Secretaria entende a demanda espontânea interfere na prática do trabalho da equipe, se considerarmos o contexto da

UBSF, o território no qual está inserida, a população adstrita, entre outras características socioculturais e psicológicas.

“Ainda tem um outro parêntese que é o seguinte. Ainda nesse documento aqui, qual o critério para que a gente admita o paciente para demanda espontânea? Existe. O critério é o mesmo que é usado nas unidades grandes. Que é a classificação de risco de Manchester.” (Médico).

“É muito diferente você fazer um instrumento pra uma cidade toda, não especificando que cada distrito tem suas peculiaridades, tem suas características próprias. Por exemplo, a zona leste, com certeza, numa unidade básica de saúde, aparece emergências, aparece urgências, né, urgências, aparecem.” (Enfermeira).

A demanda espontânea ocorre quando o usuário busca atendimento sem agendamento, o que depende de sua situação de saúde. Esse usuário também deve passar pela triagem, no entanto, se os profissionais seguissem fielmente o que é prescrito pela classificação de risco de Manchester o demandante pelo serviço de saúde jamais seria atendido, pois não há casos de urgência e emergência na UBSF. Em outras palavras, os profissionais estão expressando um sentimento de indignação face ao excesso de padrões que, conforme eles mesmos explicam, engessam a atenção básica e o cotidiano de trabalho.

Vemos com isso que se não fosse pela transgressão das regras impostas pela SEMSA não haveria atendimento de demanda espontânea, o usuário retornaria para seu domicílio desapontado com uma negativa da unidade, a Secretaria não receberia a estatística desse tipo de atendimento, o indicador não seria alcançado, o planejamento estratégico estaria comprometido, entre outras consequências.

O ideal seria uma concepção de demanda espontânea própria de cada unidade, de cada território, que considerasse o real da atividade da unidade e da equipe, que são as pessoas que podem melhor explicar com que tipo de usuário lida no cotidiano de trabalho.

- Excesso de Cooperação na Equipe?

Outra temática importante que emergiu foi relativa ao período em que não havia enfermeira na UBSF. Nesse período o médico ficou como responsável pela unidade assim como por todos os pacientes. Como já mencionamos, graças à cooperação entre os profissionais foi que as ações e serviços continuaram sendo prestados.

Todavia, isso parece ter significado diferente para o médico.

“Porque assim, você prestou atenção, você viu que nesse tempo que passou aqui, muita coisa aconteceu e muita coisa não aconteceu também. Então, a gente não tinha profissional enfermeiro, a enfermeira (ele citou o nome da profissional) chegou agora, tá meio assustada ainda (risos). Então, a gente acabava tendo que tapar vários buracos ao mesmo tempo, e isso impacta muito né, digamos, no mecanismo. Porque chega numa hora que mistura. Chega uma hora que a gente mistura tudo. Então tem hora que o dentista vira motorista, tem hora que a enfermeira vira secretária, tem hora que o médico vira digitador, tem hora que o ACS vira serviços gerais. Sabe? Existe uma dinâmica!” (Médico).

Todavia, as equipes não devem ter papéis tão rígidos. Como vimos, o excesso de rigidez interfere nas trocas interrelacionais. Ou seja, é necessário que haja cooperação, solidariedade, reconhecimento do trabalho do próximo. Trabalho em equipe é isso, é troca e compartilhamento constantes, inclusive de papéis, quando necessário. O importante é que o grupo prevaleça, como foi o caso dessa equipe, embora o médico entenda de forma contrária.

“Eu entendo. Mas essa colaboração mútua é tão grande que chega uma hora que emperra a aplicação do serviço.” (Médico).

- Má gestão

Na sequência, após a discussão sobre o engajamento da equipe, eles começaram a relatar problemas que estão relacionados à má gestão da Secretaria, que não considera a subjetividade dos seus profissionais no trabalho, ao que tudo indica.

“Mas assim, o mais triste é que a nossa gestão ela não entra na problemática da equipe. Ela quer saber que esteja completando todas as metas, todos os números. E ela não sabe como é que a equipe está em relação a algum furo, algum atendimento, em alguma área, entendeu? Eles não querem saber dos problemas. Eles querem saber do resultado só.” (Enfermeira).

“E infelizmente, em cima disso a impressão que dá é o seguinte, não chegou reclamação pra mim, gestor, então a equipe é maravilhosa porque ninguém tá reclamando nada deles ali. Então, tá tudo bem. Mas no momento que tem uma reclamação, conflitos entre eles, eles começam a trazer muitos problemas. Como foi um dia eu cheguei lá com o chefe do RH pra relatar um determinado problema. “Pô, lá vem você de novo reclamar!”. Quer dizer, eu tenho que reportar a situação pra que ele resolva. Não é da minha alçada resolver certas situações. Quer dizer, a pessoa já começa ser visto como um chato e que vem aqui reclamar de situações.” (Dentista).

Problemas de gestão estão muito relacionados à forma como o gestor decide conduzir a organização. Embora existam regras e normativos inerente à coisa pública,

sabe-se que a discricionariedade do gestor público lhe permite tomar algumas decisões, no entanto, a grande maioria simplesmente segue o antigo modelo de gestão apenas pautado no resultado e que não considera os meios, os trabalhadores, e a possibilidade de implantação de mudanças positivas, que poderiam, também, contemplar a subjetividade dos sujeitos no trabalho.

Percebemos na fala da enfermeira um desses problemas presente em todas as organizações, a falta de reconhecimento do real do trabalho dos profissionais. A organização do trabalho além de engessar os serviços com a prescrição de normativos em excesso, não valoriza o comprometimento do trabalhador e ainda mascara o seu trabalhar com números (metas de trabalho) que não condizem com a realidade da equipe.

Devido à concepção de trabalho pautada em resultados, estamos vivenciando um momento em que os planejamentos estratégicos das instituições privadas e públicas estão impondo metas para todas as atividades da organização, uma obrigatoriedade que subjuga a inteligência do sujeito a números que não revelam o seu cotidiano de trabalho e a riqueza do trabalhar dos profissionais, além de causar estresse e outros males.

Diferentemente do que muitos pensam a administração pública, em todas as esferas, também está repleta de pessoas adoecidas, devido aos impactos da organização do trabalho sobre as suas saúdes.

“Porque a gente já observou que alguns funcionários... a carga acaba sendo forte demais e acaba se ausentando do trabalho, né porque... não sei se por [falta de] preparo psicológico ou mesmo técnico não conseguiu... e acaba tendo conflito e a pessoa se ausenta do trabalho. E a gente já teve situações aqui. Têm situações aqui. Tivemos e temos.” (Dentista).

“Temos.” (Médico).

A fala do dentista faz emergir uma discussão acerca da importância do trabalho à saúde do trabalhador. Que o trabalho é importante todos reconhecem, nem que seja quando se fala do viés econômico, aquele ligado à subsistência e ao consumo. Mas até que ponto as “encomendas” organizacionais podem ou não favorecer a saúde do trabalhador? Quando o trabalho é fonte de saúde e quando é de adoecimento? São perguntas complexas, todavia, bastante reveladoras, pois evocam a necessidade de se olhar para o sujeito no contexto do trabalho e de se questionar os efeitos da gestão sobre a saúde do trabalhador. Precisamos estar atentos.

Novamente a enfermeira criticou as metas de trabalho, agora relacionadas às vacinas, assim como os parâmetros de controle e avaliação dessas metas, quando considerado o território no qual a UBSF está situada.

“Não tem como comparar! Vacina a gente é muito cobrado. Em relação à parte de vacina. É muito negócio de meta, meta! Mas só que eles não imaginam que lá na zona leste. Olha a diferença. Aqui não, o pessoal daqui pega o carro que tem lá na garagem, vai embora lá no (nome de um supermercado), no supermercado e tem alguém vacinando. Ou então logo vai aqui no CAIC e tem alguém vacinando, entendeu? Lá não! Então, tem tudo isso daí, tem toda uma situação, entendeu? Que tem que rever esses métodos que eles usam de avaliação.” (Enfermeira).

- Carência de Especialistas para Tratamento do Diabetes

Ao conversamos sobre o tratamento dos pacientes diabéticos, o médico explicou os procedimentos de atendimentos que aplica, a forma com avalia e acompanha seus paciente, no entanto destacou a carência por determinados especialistas para continuidade do tratamento do diabetes.

“Mas assim, no sentido de ... com remédio pra esses pacientes com complicação vascular, a gente tem o apoio da cirurgia vascular, dentro do sistema de regulação. E isso é outro degrau, porque o sistema de regulação... não o sistema, mas a dificuldade, a quantidade de profissionais disponíveis. Então quando você tem poucos profissionais disponíveis em cirurgia vascular a fila aumenta. Aí demora... etc. Endocrinologia também. Nós temos uma dificuldade pela quantidade de profissionais disponível ser pequena. A gente tem uma fila grande para aqueles pacientes que são mais resistentes. Tem, acontece... têm pacientes que têm nuances no metabolismo do pâncreas lá que dificultam a ação da medicação, além da obesidade, além... têm outras nuances. Então esses pacientes eles têm que ser referenciados pra o especialista. Têm outras abordagens pra ser feitas. Então aí também é um degrau. Na verdade, o acesso ao especialista é um degrau né.” (Médico).

Na verdade o “degrau” que ele menciona é a realidade do SUS que não possui médicos nem estrutura suficientes para atender às demandas da população, devido a uma série de deficiências, que inclusive corroboram para que determinados profissionais optem por trabalhar na iniciativa privada. Enquanto as precariedades do sistema não são saneadas, os pacientes sofrem por falta de atendimento.

Por fim, necessário se faz ressaltar o poder da fala enquanto veículo que revela o sujeito, o grupo e novamente as contradições institucionais. Vimos a partir das transcrições dos discursos dos profissionais da UBSF a emergência de temáticas que são

cruciais à compreensão da instituição: avaliação do trabalho, prescrição de normativos e de padrões para regular o trabalho dos profissionais, má gestão e falta de profissionais.

Ademais, foi possível observar uma unicidade de falas, ou seja, diferentes profissionais e discursos corroborando com os demais. A esse respeito Barus-Michel (2004) afirma que o grupo é um sujeito plural, cada membro é parte interessada e fala em seu nome, misturando suas problemáticas pessoais com a instituição. Ao mesmo tempo, o grupo fala em seu conjunto ou suas partes, em sua solidariedade simbólica imaginária.

Assim, os apontamentos aqui realizados também significam uma contribuição da pesquisa de campo em relação aos profissionais, pois ao propor esse espaço de fala, na verdade oportunizamos aos membros da equipe a tomarem consciência do que dizem, do conteúdo do que dizem, dos lugares investidos por seus desejos, entre outras formulações que o grupo pode encarregar-se de responder.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise crítica das organizações, fundamentada na análise institucional, mostrou-se consistente para melhor compreensão dos aspectos relacionados à subjetividade que aquelas comportam, uma vez que são formadas por pessoas. Em vista disso, a análise institucional nos permite “quebrar” em partes menores artefatos, crenças, valores, discursos, cultura, entre outros aspectos que possibilitam uma melhor compreensão do que se pretende investigar.

Eis a definição “clássica” de análise. Ao falar de *análise* nas ciências humanas (psicanálise, análise institucional, socioanálise) também se 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 um grupo é passar do desconhecido ao conhecido; é uma operação de deciframento (Lourau, 2004).

Com igualdade, pesquisas dedicadas ao mundo do trabalho mostram-se muito importantes na atualidade, uma vez que o trabalho possui importância central na vida das pessoas e, quase sempre, é desenvolvido no interior de uma organização, tal é a relevância desta na sociedade atual. Deste modo, tão importante quanto saber gerir uma organização é compreender suas pessoas, que são a razão pela qual nos mobilizamos em torno de um projeto.

Com o trabalho de profissionais de saúde não é diferente, pois embora sejam pessoas que oferecem serviços e cuidados em saúde, aqueles também são trabalhadores e estão inseridos no mundo do trabalho em uma organização. Isso quer dizer que assim como o professor ou o bancário, por exemplo, o profissional de saúde também se depara com desafios, prescrições, e demandas que exigem sua mobilização para serem resolvidas, ou seja, isso é trabalhar.

As análises do planejado-instituído e da prática do trabalho dos nossos profissionais na atenção básica nos permitiram ter uma melhor noção acerca do real do trabalho no SUS em Manaus.

Nas vivências no contexto do trabalho dos profissionais da UBSF percebeu-se que a equipe de saúde é muito unida em torno do trabalho. Os sujeitos-profissionais conhecem seus papéis, sabem como contribuir com o grupo e isso faz com que o trabalho da equipe aconteça mesmo em situações de dificuldade.

Nesse âmbito relacional, identificou-se que há cooperação entre os profissionais, que os papéis de cada um deles são flexíveis, sobretudo, quando é necessário prestar auxílio a outro membro da equipe. Observou-se, com igualdade, a existência de espaços que propiciam o diálogo, a negociação e a expressão de particularidades dos sujeitos, em forma de apoio mútuo.

No entanto, embora haja um forte engajamento e doação de subjetividade de cada profissional em função do fortalecimento do grupo, não se identificou elos relacionais externos ao trabalho, o que era de se esperar, quando se considera o entrosamento da equipe. O que não é um problema, em todo caso, principalmente, quando se observa o equilíbrio e a perícia com que esses profissionais prestam os cuidados aos seus pacientes.

Isso pôde ser visto com os pacientes do hiperdia, cuja mobilização é tamanha que o trato com esses pacientes é bastante saudável e equilibrado, pois a equipe consegue atender e manter a regularidade dos cuidados prestados a esse público com muita perícia e comprometimento.

Observou-se que a equipe conhece bem os padrões de atendimento estabelecidos pela SEMSA, que sabem como adequar o seu trabalho às demandas da Secretaria e às dos usuários adstritos, a ponto de, quando necessário, transgredir as regras para fazer o trabalho dar certo.

Em contrapartida, constatou-se que a equipe não está completamente satisfeita com a organização do trabalho, com os normativos, com o estabelecimento de condutas e padrões excessivos que não respeitam a realidade da UBSF nem o território no qual está inserida. Os profissionais justificam que essas prescrições estariam engessando o serviço e que se fossem fieis a elas, alguns atendimentos e ações no contexto da atenção básica não seria prestados. Talvez isso justifique a transgressão das normas, o zelo pelo trabalho.

Da mesma forma, além desse contexto, e considerando ainda as mazelas oriundas da precariedade do sistema de saúde, tais como a falta corriqueira de materiais para o trabalho e outras deficiências, isso tudo gera nos profissionais um sentimento análogo à impotência, face à necessidade de implantação de melhorias e de mudanças mais profundas, sobre as quais eles não possuem controle. Além de terem a sensação de não serem ouvidos pela gestão.

Todos esses achados, as vicissitudes observadas e vivenciadas em cena, com os profissionais na UBSF, funcionam como combustível gerador de novas implicações e de problemáticas para futuras pesquisas, no campo do trabalho. Pergunta-se, até que ponto a nova gestão das organizações públicas influenciam e/ou consideram a subjetividade dos trabalhadores? Em tempos que os cargos públicos são o sonho de muitas pessoas, é bastante conveniente começar a se pensar a respeito disso.

Ademais, pensar em pesquisas que considerem gestão, trabalho e subjetividade ajudam ou ao menos colocam em evidência algumas temáticas que são importantes para a sociedade, pois a vida moderna gira em torno das organizações e está profundamente ligada ao trabalho.

Vemos com isso a importância de uma boa interação entre a Universidade e a sociedade (empresas, instituições públicas e demais organizações), pois a realização de pesquisas como esta permite um desvelamento acerca de realidades que passam despercebidas no dia a dia por gestores, por exemplo, que somente consultores ou pesquisadores, nesse caso, podem melhor observar. A atividade acadêmica permite a identificação e resolução de problemas.

Considerando tais aspectos, seria bastante salutar à SEMSA: incluir indicadores em seu planejamento estratégico voltados ao desenvolvimento de atividades e ações que visem à melhoria da qualidade de vida no trabalho; adotar iniciativas de gestão que integrem os trabalhadores e melhore o clima organizacional; distribuir melhor as atividades nas unidades de trabalho; priorizar no planejamento da secretaria ações que evitem a falta de insumos para o dia a dia de trabalho; construir espaços para valorização e conhecimento do trabalho dos profissionais.

REFERÊNCIAS

AMADO, Gilles. **Dicionário de psicossociologia**. Coordenação: Jaqueline Barus-Michel, Eugène Enriquez e André Lévy. Tradução de Maria do Rosário Paiva Boléo. Lisboa – Portugal: Climepsi Editores, 2005.

BARUS-MICHEL, Jaqueline. **O sujeito social**. Tradução de Eunice Galery e Virgínia Mata Machado. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004.

BARUS-MICHEL, Jaqueline et al. **Dicionário de psicossociologia**. Coordenação: Jaqueline Barus-Michel, Eugène Enriquez e André Lévy. Tradução de Maria do Rosário Paiva Boléo. Lisboa – Portugal: Climepsi Editores, 2005.

BENDASSOLLI, Pedro F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a04.pdf> >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001. **Portal do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: 2001. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0235_20_02_2001.html >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. **Portal do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: 2017a. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Portal do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: 2017b. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PM_AQ.pdf >.

COSTA, Geraldo V. **Análise institucional de um estabelecimento de educação superior privado: estudo do cotidiano, dos documentos e da perspectiva de dirigentes e docentes**. 252 f. Tese (Doutorado em Ciências/Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: editora FGV, 2007.

_____. **Cadernos de TTO, 2 – A avaliação do trabalho submetida à prova do real.** Organizadores: Laerte Idal Sznelwar, Fausto Leopoldo Mascia; revisão técnica científica: Laerte Idal Sznelwar. São Paulo: Blucher, 2008.

_____. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Tradução de Franck Soudant. Organização de Selma Lancman e Laerte Idal Sznelwar. Brasília: Paralelo 15. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

_____. **Trabalho e emancipação.** Tradução de Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2012a

_____. **Trabalho vivo - tomo I: sexualidade e trabalho.** Tradução de Frank Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2012b.

_____. **Subjectivité, travail et action.** 2001. Disponível em <<http://www.fractale-formation.net/dmdocuments/Subjectivite%20-%20Travail-et-Action-Dejours-C.pdf>>. DESLANDES, Suely Ferreira. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

FONSECA, Maria L. G. Creuza da Silva Azevedo (Org.). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social.** Tradução: Ivo Storniolo. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2007.

HESS, R. **L'analyse institutionnelle.** Paris: Minit, 1970.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. – São Paulo: Hucitec, 2008.

MINTZBERG, Henry et al. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados.** Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

LACOMBE, Francisco José Masset; HEILBORN, Gilberto Luiz José. **Administração: princípios e tendências.** 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

LÉVY, André. **Dicionário de psicossociologia.** Coordenação: Jaqueline Barus-Michel, Eugène Enriquez e André Lévy. Tradução de Maria do Rosário Paiva Boléo. Lisboa – Portugal: Climepsi Editores, 2005.

LHUILIER, Dominique. Cliniques du travail. **Nouvelle revue de psychosociologie**. 2006/1 (n° 1), p. 179-193. DOI 10.3917/nrp.001.0179. Disponível em < <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2006-1-page-179.htm> >.

_____. **Psicologia da saúde**. Nilson Gomes Vieira Filho (Org.). Manaus: Edua, 2012

LOURAU, René. **A análise institucional**. Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

_____. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, 1993.

_____. **Analista institucional em tempo integral**. Altoé, Sônia (Org.). São Paulo: Hucitec, 2004.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Linha-guia de hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Manaus, AM: 2014.

MORAES, Rosângela Dutra de. **Prazer sofrimento no trabalho com automação: estudos em empresas japonesas no Polo Industrial de Manaus**. Manaus: Edua, 2010.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**; Rio de Janeiro – RJ, Vol.5, n° 1, jan-jun de 2014; ISSN 2178-700X; pág. 156-181. Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v5n1/09.pdf> >.

ANEXO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar da pesquisa O Planejado-Instituído e a Prática do Trabalho na Atenção Básica do Programa Hiperdia, sob a responsabilidade do mestrando Janderson Maués do Nascimento e coordenação do Prof. Dr. Nilson Gomes Vieira Filho, a qual pretende estudar o planejado-instituído e a prática do trabalho de profissionais de saúde na atenção básica, com foco no programa hiperdia, em uma UBSF/SUS de Manaus, por meio da Análise Institucional Psicossocial. Sua participação é voluntária, na condição de participante.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o desconforto, constrangimento ou incômodo que podem resultar das observações a sua rotina de trabalho. Assim, caso ocorra constrangimento ou desconforto durante o desenvolvimento da pesquisa ou mesmo algum dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, o (a) Sr. (a) terá assistência imediata e poderá ser encaminhado (a) para receber atendimento psicológico no Centro de Serviços de Psicologia Aplicada (CSPA/FAPSI/UFAM) e/ou aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), além disso, caso sofra qualquer tipo de dano ou agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, decorrente de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste TCLE, o (a) Sr. (a) tem direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Caso aceite participar, estará contribuindo para um processo de análise institucional.

Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Av. General Rodrigo Otávio, 6200. Coroado I – Setor Sul, Bloco X, Faculdade de Psicologia, pelo telefone (92) 3305-1181. Ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130. Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável
(Janderson Maués do Nascimento)