

## **Unidade de Terapia Intensiva: Diálogo Interdisciplinar com a Análise Institucional**

### **Intensive Care Unit: Interdisciplinary Dialogue with the Institutional Analysis**

Fabiane da Fontoura Messias de Melo; Moisés Kogien; Vanessa Aparecida Alves de Lima

Universidade Federal de Rondônia

---

#### **RESUMO:**

O presente artigo tem como objetivo propor uma análise institucional (AI) das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) a partir de elementos analisadores como as relações sociais e profissionais e as práticas hospitalares desta instituição, buscando revelar os conflitos que são necessários e inevitáveis para transformar o cotidiano muitas vezes cristalizado do ambiente hospitalar. Nesse sentido, primeiramente será abordado, de forma sucinta, o percurso histórico da análise institucional e como ela pode ser utilizada como ferramenta de constituição da realidade. Posteriormente, discorreremos sobre a gênese da instituição hospital e como, historicamente, se dá seu atravessamento pela instituição em análise. Na sequência, descreveremos, a partir de obras da literatura científica, o funcionamento das relações sociais e profissionais dentro das UTI's, utilizando a compreensão da dinâmica destas relações como analisadores institucionais.

**Palavras-chave:** Análise Institucional; Unidade de Terapia Intensiva; Hospital

---

#### **ABSTRACT:**

This paper aims to propose an institutional analysis (IA) of Intensive Care Unit (ICU) from analyzer elements such as professionals and social relations and hospital practices of this institution, to reveal the conflicts that are necessary and inevitable to transform everyday life often crystallized the hospital. In this sense, will first be discussed, briefly, the historical path of institutional analysis and how it can be used as a tool for constructing reality. Later, we will discuss the genesis of the institution as a hospital and, historically, takes its crossing by the institution in question. Following, we describe, from works of literature, the operation of social and professional relationships within the ICU'S, use an understanding of the dynamics of these relations as institutional analyzers.

**KEYWORDS:** Institutional analysis; Intensive Care Unit; Hospital

---

Neste trabalho utilizaremos a Análise Institucional para nos debruçarmos sobre as práticas hospitalares e as relações sociais e profissionais que ocorrem dentro das UTI's. Para tanto, tomamos de Lapassade (1983) a compreensão de que a análise

institucional é o método que visa revelar, nos grupos, o nível oculto de sua vida e de seu funcionamento, ou seja, sua dimensão institucional.

Nesta perspectiva, todas as instituições de saúde precisam ter, de seu funcionamento, uma visão crítica sistemática para que se mantenham o mais próximo possível de seus objetivos, inclusive no caso das UTI's, que se dedicam a um cuidado integral, ininterrupto e de alta complexidade.

A análise institucional não tem, em sua origem, uma única referência teórica. Trata-se de um movimento, uma corrente, uma teoria inacabada, que vem sendo construída permanentemente (HAMMOUTI, 2002). Tal fato nos permite, neste ensaio teórico, estabelecer um diálogo entre a caracterização e o funcionamento das UTI's e a proposta de analisar os aspectos naturalizados das instituições<sup>1</sup> que perpassam nossos modos de vida/existência, discutindo o processo de constituição da realidade (BARROS, 2007).

### **O hospital e seu atravessamento pelas Unidades de Terapia Intensiva**

O hospital, que funcionava na Europa desde a Idade Média, apesar de ser instrumento essencial para a vida urbana do Ocidente, ainda não era concebido como uma instituição médica e nem se caracterizava como local de cura e reabilitação de doentes. Na verdade, era um mecanismo segregatório e excludente, no qual os doentes das classes sociais menos favorecidas eram retirados do convívio social visando à proteção da sociedade contra os perigos de doenças contagiosas (BARROS, 2007). Foucault (1979a: 102) corrobora essa concepção do hospital medieval ao caracterizar o hospital, em meados do século XVII, como “uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece”.

O período histórico entre os séculos XVII e XVIII é caracterizado por práticas assistencialistas profundamente individualistas e frequentemente sem justificção científica. Este cenário começa a ser alterado com o advento e desenvolvimento do capitalismo no final do século XVIII e início do século XIX, quando as práticas médicas tornam-se coletivas e o hospital, graças a mudanças dos paradigmas vigentes, passa a ser considerado instrumento terapêutico (FOUCAULT, 1979b).

À medida que o hospital passou a ser visto como um lugar de cura e instrumento terapêutico, a figura do médico ganhou destaque, tornando-se o principal responsável pela reorganização hospitalar. Além disso, o hospital foi reconhecido também como meio para a formação médica, onde a clínica aparece como dimensão essencial.

Compartilhamos da visão de Foucault (1979a: 111) que considera clínica como “a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber”.

Ainda no século XIX, durante os eventos da Guerra da Criméia, a enfermeira Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, frente à alarmante mortalidade de soldados feridos nos campos de batalha, idealiza um espaço de monitoração e cuidados constantes aos indivíduos gravemente enfermos (LINO; SILVA, 2001). Mas é apenas no século XX, com a figura do neurocirurgião Walter Dandy, que a primeira UTI é criada. No Brasil, de acordo com Lino e Silva (2001) as primeiras UTI's são instaladas durante a década de 1970.

De acordo com essas autoras, o setor surge com o objetivo de centralizar em uma área hospitalar adequada os pacientes que necessitam de cuidado integral, ininterrupto e de alta complexidade. Para tanto deve dispor de infraestrutura própria, com provisão de materiais, equipamentos e insumos, bem como a especialização adequada de recursos humanos para o desenvolvimento das tarefas peculiares deste tipo de unidade, com segurança e competência, visando ao restabelecimento das funções vitais do organismo.

O objetivo principal de uma UTI, como ressaltam Ruedell e colaboradores (2010: 148) é “atender pacientes em estado crítico, na tentativa de possibilitar maiores probabilidades de recuperação, centralizando aparato tecnológico e assistência de saúde especializada”. O especialismo e as modernas tecnologias para o atendimento do paciente crítico parecem ser uma das características mais importantes deste tipo de unidade hospitalar, como citam Vianna e Crossetti (2004). Em contrapartida, a priorização destas características pode agir em detrimento da dimensão humana e psicossocial dos indivíduos hospitalizados neste setor.

Neste tipo de instituição, para pleno funcionamento e cumprimento do objetivo, estão inseridos diversos atores que interagem entre si direta ou indiretamente, compondo a equipe multi e transdisciplinar de assistência (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, técnicos de enfermagem etc), a equipe gestora/administrativa, o paciente crítico e seus familiares (RUEDELL et al., 2010).

Na dinâmica e complexa relação destes atores e fatores do funcionamento das UTI's, o cotidiano pode ser compreendido através de analisadores institucionais que nos ajudam a desvelar os processos naturalizados e cristalizados dos processos de saúde/doença.

Um analisador institucional é um evento, acontecimento ou situação que surge no decorrer de uma análise e que é capaz de revelar a estrutura oculta das instituições (MARTINS, 2002; L'ABBATE, 2004). Ele é analítico, pois contém elementos de compreensão e esclarecimento da instituição. Nesse sentido, elencamos os seguintes analisadores institucionais por acreditar na possibilidade de revelar e explicitar alguns conflitos latentes e característicos da UTI: as relações de poder e saber e a impessoalidade das relações no ambiente de terapia intensiva.

Lembramos que um analisador não produz necessariamente soluções para os conflitos enfrentados pela instituição, nem indica um caminho a ser trilhado para se chegar a uma solução. Eles (os analisadores) pensam, questionam e refletem (ATHAYDE, 1992).

### **As relações de poder e saber dentro das UTI's**

Quando se propõe uma leitura atenta e crítica do cotidiano das unidades de terapia intensiva, percebe-se que estas são atravessadas por relações de saber-poder, cujas manifestações podem não estar visíveis aos sentidos, mas impactam na dinâmica de funcionamento das relações sociais e profissionais nestas unidades<sup>2</sup> (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2009; ATHAYDE, 1992).

É comum e considerada processual a disputa pelo poder dentro das instituições, inclusive dos hospitais, porém, “[...] o poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente” (FOUCAULT, 1979c: 55); portanto, é importante questionar as relações de poder que abarcam o ambiente hospitalar, dando atenção às suas formas locais, visando a transformar essa situação na direção de práticas potencializadoras de vida. Colocar em análise esse jogo de forças materializado é um caminho para a transformação dos modos de atuar que se efetivam hoje nos hospitais.

O poder pode ser percebido de maneira sutil ou expressa quando analisamos a conformação dos espaços nos serviços de saúde. Nos hospitais, em seus diversos setores, incluindo as unidades de terapia intensiva, as relações de saber e poder envolvem todas as atividades cotidianas e atravessam todos os espaços, “gerando relações assimétricas entre os diferentes atores envolvidos pela busca de domínios de espaços, competitividade e conflitos” (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2009: 376).

Essa conformação dos serviços de saúde é fruto das transformações que ocorrem em outros setores da economia, como a indústria ou serviços (RIBEIRO; PIRES;

BLANK, 2004). Isso porque o trabalho em saúde se desenvolve atendendo necessidades socialmente elaboradas, que se alteram no tempo e no espaço. A constante utilização de tecnologias, exames de alta complexidade e “medicalização” crescente são fatos que comprovam e exemplificam a influência da lógica de mercado na saúde, o que é acentuadamente perceptível nas unidades de terapia intensiva.

Um ponto importante a ser destacado neste contexto é a fragmentação das linhas de mando entre as várias categorias e o modo como as corporações organizam-se, até certo ponto, segundo lógicas próprias. Estudos recentes realizados no Brasil apontam que nas instituições hospitalares existem três grupos principais: os médicos, a enfermagem e o corpo administrativo. Na instituição em análise, a lógica não é diferente, mas acrescentaríamos outros grupos: os demais profissionais de saúde, pacientes e familiares. Destacamos que, nas unidades de terapia intensiva, apesar do corpo administrativo não estar fisicamente presente, seu poder e suas ações impactam diretamente nestas (MATOS; PIRES, 2006).

Neste cenário, os médicos possuem grande autonomia, rejeitam qualquer projeto gerencial, organizando-se por uma lógica de acordos e entendimentos baseados na ética corporativa. Percebem-se como "clientes" do hospital e dos demais serviços e funcionam como "fornecedores de insumos" para o seu trabalho. Normalmente resistem a mudanças de gestão e organização do trabalho, não aderindo aos projetos (CECÍLIO, 1999).

Por seu lado, a enfermagem constitui um corpo profissional fechado, com elevado grau de autonomia em relação à direção. Gerencia o dia-a-dia das unidades assistenciais e possui, internamente, uma linha de mando vertical formalizada e legitimada, nos moldes taylorista-fordista. Nesta estrutura, os enfermeiros têm grande poder sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem, porém isto não se observa em relação à categoria médica, com quem disputa o projeto assistencial e vivencia cotidianamente uma série de conflitos.

Já os psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas e outros profissionais encontram-se dispersos na estrutura hospitalar, têm sua presença e intervenção percebidas na gestão da instituição, têm sua lógica de organização do trabalho; porém, como são numericamente menores em relação aos demais, sua influência é mais limitada. Nos serviços de nutrição, farmácia, laboratório, em que há pessoal com formação técnica de segundo grau, o gerenciamento do serviço é

realizado pelo profissional de nível superior, reproduzindo uma organização interna semelhante à existente na enfermagem (LEOPARDI, 1999; CECÍLIO, 1997 e 1999).

Assim, compreendemos, inclusive de nossa própria experiência, que a estrutura organizacional dos hospitais segue ainda nos dias de hoje as diretrizes estabelecidas por organogramas clássicos com estrutura hierarquizada vertical e rígida, fragmentação das responsabilidades, formalização das relações, que se pautam na lógica da autoridade legal, herdada da concepção burocrática e da divisão social do trabalho com forte dicotomia entre o pensar e o fazer (MATOS; PIRES, 2006; LEOPARDI, 1999; CECÍLIO, 1997 e 1999), estruturados numa hierárquica do tipo piramidal, onde quanto mais alto a pessoa se encontra na pirâmide, mais importância lhe é atribuída, maior poder detém e se considera que mais saberes acumula.

Moura (2003) ressalta que o mito do saber superior técnico e administrativo, fortalecido por este modelo íngreme, tende a afetar as bases da pirâmide hierárquica, deixando pouco espaço para os indivíduos que lá se encontram, impossibilitando-os de manifestar seus sentimentos, saberes e singularidades.

Uma vez que a burocracia fundamenta-se no autoritarismo e na dominação, ela naturaliza a relação hierárquica entre chefes e subordinados e se utiliza dessa naturalização para manter e reproduzir as relações de poder estabelecidas, ou seja, para manter o *status quo* vigente na organização<sup>3</sup> (FARIA, 1985). Assim, perpetua-se o modelo típico da Era Industrial, que ainda hoje é visto como solução para a divisão do trabalho que repercute nas instituições e organizações.

Tal estrutura também está presente nas unidades de terapia intensiva, nas quais se pode perceber a existência de níveis visíveis e latentes de práticas, poderes e saberes, onde “[...] os únicos saberes considerados são os chamados científicos, cuja marca principal talvez se constitua na invalidação dos demais” (CARVALHO, 1993, p.61). Isso retrata a produção de uma forma instituída de se conceber o poder médico e a invalidação dos saberes que vêm da população. Nesta disputa, o tempo de formação/especialização e o status da carreira profissional têm sido instrumentos importantes e considerados superiores aos aspectos da vivência humanizada entre enfermeiros, técnicos e pacientes no cotidiano da instituição de saúde.

Também é interessante observar, neste jogo de poder dentro das unidades de terapia intensiva, a disputa entre os pacientes e os profissionais de saúde: de um lado, o saber científico e os cuidados assépticos dos profissionais da saúde para com os pacientes que necessitam de cuidado integral, ininterrupto e de alta complexidade; de

outro, o saber do senso comum sobre a saúde e a doença que é construído pelos pacientes e familiares no cotidiano hospitalar e na convivência com outros internados/parentes de internados.

Dentro da perspectiva da análise institucional, o quadro instituído de segregação de indivíduos ou grupos com maiores poderes e saberes dos demais, quadro consideravelmente frequente nas unidades de terapia intensiva, incide diretamente na instauração de um processo de alienação das relações sócio-profissionais em decorrência dos *status* hierárquicos aos quais cada membro deste grupo institucional está submetido (MOURA, 2003).

Nos setores onde a terapêutica envolve a utilização de tecnologias e técnicas de alta complexidade, como é o caso das UTI's, o conhecimento (saber) sobre doenças e seus tratamentos, comumente, é bastante limitado para os usuários dos serviços de saúde, o que os impede de questionar condutas e práticas adotadas pelos profissionais da área. E quando profissionais e usuários interagem, prevalece o domínio de um sobre outro, pois, como citam Oliveira e Maruyama (2009), o discurso do especialista é tido como verdade absoluta (pautado nos argumentos das ciências médicas).

Quando os usuários começam a questionar, mesmo que apenas apoiados na observação empírica da realidade, são compreendidos como ameaça às relações de saber e poder que existem nesta instituição e passam a ser forças instituintes<sup>4</sup> com potencial para romper o instituído e cristalizado, colocando em questionamento as características universalizadoras e naturalizadas das forças instituídas - neste caso, o onipotente saber das ciências médicas.

O instituinte, pelo seu potencial de propiciar mudanças, pode gerar desconforto e incômodo ao instituído, pois os saberes se constituem como um elemento necessário para as relações de poder e se tornam dispositivo político nas disputas de forças e dominação (MACHADO, 1992). Assim, o profissional de saúde que detém saberes científicos se utiliza destes mecanismos para manter posição no topo da pirâmide hierárquica das relações sócio-profissionais que acontecem na instituição UTI.

Mas este quadro não necessita obrigatoriamente ser a realidade cotidiana das unidades de terapia intensiva. Esse cenário instituído pode ser rompido pelo que entendemos como força instituinte nesse contexto, que é a percepção dos profissionais e indivíduos envolvidos nesta instituição de que “o laço que os reúne é o seu laço com o paciente”. Se as relações sociais e profissionais ocorrem com esse *insight*, de que o envolvimento de todo o grupo é com o paciente, o trabalho e a convivência ganham um

sentido novo, que não seria mais pautado nas relações hierárquicas de poderes e saberes (MOURA, 2003, p. 60).

Barros (2007), neste sentido, chama atenção para a importância de um trabalho transdisciplinar nas equipes de saúde, que se traduziria na tentativa de se estabelecer novas práticas e outros modos de pensar e produzir saúde. Precisa-se traçar a abertura de outras possibilidades, como trocas entre saberes científico e popular sobre a saúde nas diversas formas de produção de vida - um pensamento não aprisionado ao já instituído.

### **A impessoalidade das relações no ambiente de terapia intensiva.**

Oliveira e Maruyama (2009: 377) incitam uma reflexão pertinente para iniciarmos este analisador institucional: “[...] o entendimento de que o hospital está organizado para atender a doença e não o doente nos leva a refletir sobre o real papel de uma UTI: cuidar de corpos com doenças complexas ou cuidar de pessoas que passam por uma condição de gravidade no seu processo saúde-doença”.

Barros (2007) aponta que os corpos são tomados como objetos, são mexidos e recortados, pois a finalidade do saber médico não é o sujeito e sua história, mas a parte doente, seu braço, seu estômago.... Desapropriados de opinarem sobre suas problemáticas de forma singular, seus discursos são podados, já que os olhares estão voltados para a parte do corpo que interessa aos saberes (a parte doente), uma prática que subjuga os corpos, que menospreza o sofrido processo de adoecer, que está interessada em dominar os corpos, torná-los impotentes.

Os objetivos explícitos<sup>5</sup> das unidades de terapia intensiva são aqueles que, ditos institucionalmente, apoiam-se na premissa do cuidado dos indivíduos graves de maneira integral, valorizando os aspectos biológico, psicológico, social e espiritual deste ser, de maneira que este e seus familiares se recuperem deste momento singular e difícil de suas vidas. O papel implícito, que foge do discurso aberto, mas que é percebido nas entrelinhas institucionais e está perceptível nas atitudes dos sujeitos e grupos, foca apenas a doença e o corpo doente, desconsiderando o ser humano em situação de fragilidade orgânica e psíquica.

A impessoalidade extrapola a dimensão da relação entre profissional de saúde e paciente e atinge as relações dos primeiros com os familiares deste último, hospitalizado em estado crítico. O ambiente de uma unidade de terapia é comumente impessoal e complexo para os familiares dos pacientes.

O ambiente de impessoalidade pode favorecer a manifestação de atitudes defensivas, dificultando a formação de vínculos e de uma comunicação eficiente entre os familiares e os profissionais assistenciais. Assim, é evidente a necessidade de comunicação adequada e efetiva entre os profissionais intensivistas e a família, ampliada para além das informações a respeito de normas e rotinas; ou seja, é necessário considerar as reais necessidades psicossociais do paciente e da sua família (RUEDEL et al., 2010).

Os grupos que formam as instituições são pressionados no sentido de manutenção da uniformidade, que implica, como mostram Lapassade e Lourau (1972), a rejeição dos indivíduos desviantes, isto é, dos sujeitos que não assumem ou adotam os mesmos valores, normas e objetivos do grupo. Um sujeito desviante é visto como suscitador de um problema e tende a ser rejeitado pelo grupo.

Nas unidades de terapia intensiva, os familiares podem ser encarados como sujeitos desviantes, aqueles que fogem dos valores e objetivos principais do grupo de profissionais ali inserido. Enquanto a tarefa prioritária, força de atração e coesão deste grupo de profissionais é o cuidado intensivo para a manutenção da vida de um ser humano em estado grave, e todas as relações cotidianas que ocorrem no ambiente na maior parte do tempo são pautadas nesta tarefa, no momento em que os familiares se inserem neste grupo eles podem ser vistos como uma ameaça, uma quebra da rotina ou, nas palavras de Ruedel e colaboradores (2010), como “intrusos”.

Como o grupo não consegue banir o elemento desviante, a estratégia frequentemente adotada é a punição através da ausência de vínculos e com contatos superficiais e impessoais dentro da instituição.

No contexto assistencial do espaço da UTI, privilegia-se a circulação dos profissionais de saúde, portanto de pessoas que possuem o saber clínico, sendo o trânsito dos visitantes restrito e desvalorizado nesse espaço. O acesso e a circulação de um “estranho” na UTI é difícil e depende da avaliação do profissional de saúde, que nem sempre valoriza outras dimensões importantes para o doente, como, por exemplo, a presença da família e o cuidado espiritual. O fato de ser permitido o livre acesso dos profissionais de saúde privilegia o saber clínico. Isso causa a desvalorização das outras dimensões dos familiares que têm seu ente confinado nesse espaço-tempo e são pessoas consideradas excluídas do processo.

Vale lembrar, como justificativa histórica para essa atitude alienadora por parte dos profissionais assistenciais, que há apenas alguns anos atrás, as visitas eram ainda

mais restritas nas unidades de terapia intensiva do que na atualidade. Algumas UTI's não permitiam sequer a entrada das pessoas no seu espaço e o contato dos familiares e visitantes com as pessoas internadas se dava através de visores ou janelas que impediam o contato físico (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2009).

### **Considerações Finais**

A presença de conflitos, ressaltados no texto como analisadores institucionais, não deve ser critério para considerar ou rotular uma instituição, pois não é ausência de conflitos que define a dinâmica institucional, mas sim a capacidade da instituição de explicitar seus conflitos e possuir os meios para tentar resolvê-los (BLEGER, 1984).

Com a explicitação destas demandas da instituição UTI, propomos uma reflexão acerca do modo como as relações sociais e profissionais se desenvolvem nesse contexto, possibilitando a expressão teórica do não-dito institucional.

O analisador “relações de poder e saber” revela o quão cristalizadas estão as relações sociais e profissionais dentro de um ambiente constituído por um grupo de sujeitos de incrível heterogeneidade. Possibilita também refletirmos sobre o potencial que grupos e indivíduos, localizados nas posições hierárquicas menos expressivas, possuem para se tornarem forças instituintes capazes de propiciar mudanças de ordem institucional.

O analisador “impessoalidade das relações nas unidades de terapia intensiva” também é uma crítica das forças instituídas, pois revela como os saberes e poderes, tidos como supremos dentro da hierarquia da instituição em análise, se relacionam com os grupos historicamente cristalizados em bases hierárquicas. A impessoalidade cultivada nestas relações pode ser compreendida como instrumento para manter grupos específicos em suas posições instituídas e podá-las de sua potencial capacidade instituinte.

As instituições são muito complexas (BLEGER, 1984) e, nesta perspectiva, outros analisadores poderiam ser utilizados para permitir a compreensão da dinâmica institucional e revelar o “invisível” aos olhos. Abarcar essa complexidade não foi a pretensão deste trabalho, mas ressaltamos aqui a intenção de desnaturalizar o tido como natural, revelar os não-ditos institucionais, de maneira que a realidade seja permanentemente (re)construída.

As bases desta (re)construção devem ser assentadas em continua autocritica dos processos institucionais dentro das instituições de saúde, especialmente na construção e

exercício sistemático do diálogo interdisciplinar e na sensibilização dos profissionais da saúde para o saber popular sobre a saúde, principalmente nos aspectos que envolvem os aspectos afetivos e sociais nos processos de cura e doença.

Temos consciência de que tal proposta seria efetivamente desenvolvida através de políticas públicas que possibilitassem este desenvolvimento, desde a formação nas instituições de ensino superior até a formação continuada, possibilitada por condições de trabalho e salário pertinentes ao cuidado com o cuidador, ou seja, os profissionais de saúde.

Contudo, nosso senso crítico, formado também nas leituras teóricas e nos relatos de experiências de intervenções institucionais, nos mostra que este caminho é possível, a partir da discussão e construção desta criticidade dentro dos grupos. Para este trabalho, convocamos os psicólogos a que, ao fazer parte de quaisquer equipes institucionais, estejam sempre atentos para contribuir com a formação deste posicionamento crítico, questionando o naturalizado nas relações pessoais e institucionais.

## **Referências**

- ALTOÉ, S. (org) *René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ATHAYDE, M. R. C. Produção da análise, análise da produção. In: RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S.; BARROS, R. D. B. (org) *Grupos e instituições em análise*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p. 157-71, 1992.
- BARROS, M. E., et. al. *Uma análise institucional das práticas hospitalares*. Anais da I Jornada de Análise Institucional: Vitória: Fundação Saberes, 2007.
- BLEGER, J. *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- CARVALHO, A. L. Ensaio de cartografias sobre alguns saberes que constituem o corpo-hospital. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, v. 5, n.1 e 2, 1993.
- CASELLA, M. *Estratégias em Psicologia Institucional*. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
- CECÍLIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício de mudança. *Revista de Administração Pública*. n. 31, p. 36-46, 1997.
- \_\_\_\_\_. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 4, n. 2, 1999.
- FARIA, J. H. de. *Relações de poder e formas de gestão*. 2. ed., Curitiba: Criar, 1985

- FOUCAULT, M. O nascimento do Hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b.
- HAMMOUTI, N. E. O movimento da análise institucional, o interacionismo simbólico e a etnografia. IN: MARTINS, J. B. (org) *Teorias em análise institucional e em construcionismo social*. São Carlos/Curitiba: RIMA – Fundação Araucária, 2002.
- L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2004.
- LAPASSADE, G.; LOURAU, R. *Chaves da Sociologia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.
- LAPASSADE, G. *Grupos, Organizações e Instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- LEOPARDI, M. T. *O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.
- LOURAU, R. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing*. v. 41, n. 4, p. 25-9, 2001.
- MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1992.
- MARTINS, J. B. (org) *Teorias em análise institucional e em construcionismo social*. São Carlos/Curitiba: RIMA – Fundação Araucária, 2002.
- MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. v. 15, n. 3, 2006 .
- MOURA, A. H. *A psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S. A. T. Princípio da integralidade numa UTI: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 11, n. 2, p. 375-82, 2009.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 20, n. 2, p. 438-66, 2004.
- RUEDELL, L. M., et al. Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensivo: estudo bibliográfico. *Cogitare Enfermagem*. v. 15, n. 1, p. 147-52, 2010.
- VIANNA, A. C. A.; CROSSETTI, M. G. O. O movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 25, n. 1, p. 56-69, 2004.

Fabiane da Fontoura Messias de Melo  
Psicóloga pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Especialista em Recursos Humanos pela Facinter – Curitiba/ PR. Servidora pública da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE). Discente do Programa de Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia (UNIR).  
E-mail: [psicofabiane@uol.com.br](mailto:psicofabiane@uol.com.br)

Moisés Kogien  
Enfermeiro pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO); Especialista em Saúde e Segurança do Trabalhador. Discente do Programa de Mestrado Acadêmico em Psicologia da UNIR. Atua em Unidade de Terapia Semi-Intensiva do Hospital Estadual de Pronto-Socorro João Paulo II SESA/RO.  
E-mail: [mkogien@yahoo.com.br](mailto:mkogien@yahoo.com.br)

Vanessa Aparecida Alves de Lima  
Doutora e Mestre em Psicologia pelo IP/USP. Formada em Psicologia e Licenciada em Geografia pela UNIR. Docente do Mestrado Acadêmico em Psicologia/UNIR e do DEPSI/UNIR. Co-autora do livro: Psicologia, Saúde e Educação: desafios na realidade amazônica. Pedro & João Editores: EDUFRO, 2009.  
E-mail: [limavanessa@uol.com.br](mailto:limavanessa@uol.com.br)

---

<sup>1</sup> Consideramos a UTI como instituição por ser composta por distintos sujeitos, com seus saberes e práticas próprios, com suas implicações e representações sociais particulares, mas que se inter-relacionam dentro de um complexo sistema de normas, regras e ideologias.

<sup>2</sup> Para Lourau (1993), uma instituição comporta sujeitos, saberes e práticas, contradições, implicações e representações sociais imbricados em um complexo sistema de relações. O processo de institucionalização se dá através das relações sociais, dos interesses ideológicos e econômicos, albergando as relações de poder, visto que as implicações ideológicas e políticas estão sempre presentes.

<sup>3</sup> O Estado, através da burocracia institucional, se mantém no poder "[...] ao penetrar em todos os poros da sociedade, ao habituar os cidadãos à obediência, ao controlar a informação, a moral pública, as maneiras de pensar e agir" (LAPASSADE, 1985, p. 21-22).

<sup>4</sup> Por “Instituinte” entendemos a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como “significante” da prática social. Por “instituído” entendemos a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados procedimentos habituais (ALTOÉ, 2004, p. 47).

<sup>5</sup> Tanto o explícito quanto o implícito são conceitos determinantes que ajudam a apreender em nível psicológico as regras, os propósitos e o funcionamento de uma instituição. O explícito remete aos aspectos que mantêm o propósito e o funcionamento da instituição e que são aceitos institucionalmente; já os implícitos, nem sempre discerníveis na estrutura institucional, compreendem os aspectos ocultos, os objetivos latentes (CASELLA, 2004).