

A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional

Luana Pinho de Mesquita Lago^(a)

Silvia Matumoto^(b)

Simone Santana da Silva^(c)

Soraya Fernandes Mestriner^(d)

Silvana Martins Mishima^(e)

Mesquita-Lago LP, Matumoto S, Silva SS, Mestriner SF, Mishima SM. Analysis of professional practices as a multiprofessional residency education tool. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1625-34.

The complexity of the population's health needs increasingly demands collaborative work qualification in the Brazilian National Health System (SUS). This article aims at reflecting on the possibilities, limits and challenges of using the Institutional Analysis of professional practices as an interprofessional education tool in a multiprofessional health residency program. This was a participatory intervention research based on the Institutional Analysis' theoretical and methodological framework that provided subjectivities through self-analysis, acknowledgement of non-knowledge and of the education needs, collective listening, and analysis of possibilities of roles and of knowledge sharing. It was also possible to highlight contradictions in the work context and aspects of interprofessional relationships that can impose limits on collaborative practices.

Keywords: Interprofessional education. Health residency. Institutional Analysis. Collective Health.

A complexidade das necessidades de saúde da população exige cada vez mais a qualificação para o trabalho colaborativo no Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo tem como objetivo refletir sobre possibilidades, limites e desafios do uso da análise institucional de práticas profissionais como dispositivo para a formação interprofissional em um programa de residência multiprofissional em saúde. Foi realizada uma pesquisa-intervenção com apoio no referencial teórico-metodológico da análise institucional, de cunho participativo, que possibilitou o encontro de subjetividades por meio do exercício da autoanálise, reconhecimento de não saberes e necessidades de formação, exercício da escuta coletiva e análise de possibilidades de compartilhar saberes e papéis. Ainda, foi possível evidenciar as contradições do contexto de trabalho e aspectos das relações interprofissionais que por vezes impõem limites às práticas colaborativas.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Residência em saúde. Análise institucional. Saúde Coletiva.

^(a, c) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública (Doutorado), Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14040-902. luanamesquita@usp.br; simone_ssilva1@usp.br

^(b, e) Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smatumoto@eerp.usp.br; smishima@eerp.usp.br

^(d) Departamento de Estomatologia, Saúde Coletiva e Odontologia Legal, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. somestri@forp.usp.br

Introdução

Este artigo se desenha no contexto de estudos acerca da formação interprofissional, na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), e a possibilidade do uso da Análise Institucional de Práticas Profissionais (AIPP) como dispositivo para reorientação da formação interprofissional. A base referencial das reflexões aqui propostas está ancorada em conceitos da Análise Institucional (AI), tomando como autores principais René Lourau e Gilles Monceau^{1,2}.

Apresentamos uma breve contextualização da necessidade de transformação das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS); o movimento do qual emerge a RMS e o desafio da formação interprofissional; a AIPP como dispositivo para a formação interprofissional e sua convergência com os eixos da Educação Permanente em Saúde (EPS). É válido explicitar que intencionamos interrogar e extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional com vista à perspectiva da interprofissionalidade, a fim de qualificar a atenção à saúde. Primeiramente, consideramos que as práticas profissionais hegemônicas demarcam, dia após dia, um cenário de fragilidades para o atendimento de qualidade no SUS. A necessidade de transformações de tais práticas disparou a discussão de elementos relacionados aos projetos políticos e de formação em saúde. Tais discussões buscam apoiar e fomentar mudanças que valorizem a participação de diferentes atores de forma articulada com experimentação de práticas inovadoras³. Nesse caminho, como uma das estratégias para enfrentar os desafios de um modelo hegemônico, centrado na doença, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adota a integralidade como eixo estruturante para fomentar a qualificação dos trabalhadores. Essa perspectiva incentiva tanto mudanças na educação, graduação e pós-graduação quanto no cotidiano dos serviços de saúde, desencadeando processos de ressignificação do sentido do trabalho pelos próprios trabalhadores, com base nas necessidades de saúde locais³.

Em consonância a esse movimento de mudança, a fim de qualificar a formação dos profissionais e promover políticas públicas voltadas para a inclusão de jovens no mercado de trabalho, o Governo Federal, por meio da Lei nº 11.129⁴, instituiu a modalidade Residência em área profissional de saúde como pós-graduação *lato sensu*. Essa modalidade é voltada para a educação em serviço de categorias profissionais que integram as áreas de saúde⁵, com exceção da Medicina, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, sem prever, necessariamente, a integração entre as diferentes áreas.

Um fato importante a se destacar é que, no Brasil, a modalidade Residência consolidou-se como especialização, em um primeiro momento, apenas da Medicina. Ocorria preferencialmente em âmbito hospitalar, segundo a lógica do modelo flexneriano⁶. Tal realidade reforça o modo hegemônico de atuação na saúde por especialidades, com foco em uma prática liberal individual, curativa e privada. Apesar disso, a integração de outros profissionais nas residências constituiu-se por uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Essa aproximação viabilizou a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) em junho de 2005⁴ e, nesse mesmo ano, por meio da portaria 2.117⁷, foi instituída a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde. É importante destacar que o perfil multiprofissional teve início na década de 1970, no Programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo, no Rio Grande do Sul, modelo de residência integrada ao sistema de saúde^{8,9}.

Um incentivo à manutenção das RMS foi a reorientação do modelo de assistência na perspectiva da APS, a partir do Programa de Saúde da Família, e, mais tarde, Estratégia Saúde da Família, modelo que resultou na ampliação da oferta de vagas para profissionais nas equipes de Saúde da Família. Posteriormente, estes atuaram também nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica¹⁰.

Outro aspecto relevante para a presente discussão está na compreensão da proposta de programas de residência como dispositivos de intervenção para qualificação do SUS no nível local. Isso se dá a partir da formação de profissionais de saúde em aspectos que envolvem o planejamento, a gestão e a clínica na APS. Nesse caminho, a aposta se dá no trabalho da equipe multiprofissional com vistas à integralidade da atenção em saúde^{9,11}, que, apesar de não alcançar efetivamente sua plena

concretização, busca construir e ofertar uma caixa de ferramentas que instrumentalize cada profissional para a criação da própria maneira de intervir.

Ao longo dos anos, as RMS foram permeadas por discursos baseados no modelo das residências médicas e, por seu caráter multiprofissional, são consideradas uma “invenção” importante na busca de qualificação, ampliação e cooperação entre diferentes saberes que respondam aos desafios da saúde^{12,13}. Esse modelo de formação, que integra diferentes profissões nos serviços, abala a hegemonia da prática médica e questiona paradigmas de formação em saúde ao propor o trabalho em equipe interprofissional¹². Além disso, pode possibilitar uma formação política, de desenvolvimento de competências e habilidades de negociação, mediação, tolerância, vivência de conflitos e relações de poder nos serviços de saúde^{13,14}.

A literatura aponta que essa modalidade de formação multiprofissional pode ser um espaço intercessor para a EPS, pois propõe o encontro entre os diferentes atores, residentes, docentes, usuários e profissionais do serviço; e a construção de relações e interações¹⁵. Apesar disso, é relevante evidenciar que frequentemente, na APS, o trabalho em equipe multiprofissional apresenta uma postura de espera pelo sujeito das mudanças, ou seja, frente às fragilidades que o SUS carrega, a imobilidade e frustração dos profissionais se constitui como real^{9,16}. Frente ao exposto até aqui, defendemos que, para mudar essa realidade, ou seja, para que a residência se constitua um campo potente para o fortalecimento da articulação ensino-serviço, com uma formação que integre as diferentes áreas e seja interprofissional, é necessário fomentar o protagonismo desses atores, na perspectiva de uma gestão participativa em que todos sejam corresponsáveis pelo cuidado^{9,11,13,16}.

Entendemos que a diferença entre a educação interprofissional, difundida inicialmente no Reino Unido¹⁷, e a educação multiprofissional¹⁸ é marcada pela interação dos envolvidos. Enquanto, na primeira, estudantes de duas ou mais profissões aprendem de forma interativa e engajada com os membros do grupo sobre suas profissões, no segundo caso, aprendem lado a lado, em paralelo, sobre e com as demais profissões, porém, de forma fragmentada, sem que haja a aprendizagem interativa¹⁹.

Diante do explicitado até aqui, é possível compreender a importância de se contextualizar os momentos histórico, político, social, econômico e outros no delineamento das estratégias de qualificação do SUS. Assim, tendo em vista as mudanças no perfil epidemiológico e a complexidade das necessidades de saúde da população brasileira, é importante que o modelo de atenção proposto pelo SUS seja centrado no reconhecimento dessas necessidades e na tomada de decisão compartilhada entre os envolvidos. Para isso, sem dúvidas, há uma exigência gradativa pela formação para o trabalho cooperativo e participativo na defesa de um sistema de saúde, portanto, interprofissional²⁰.

A análise institucional na perspectiva da socio-clínica institucional

Este artigo se apoia no referencial teórico-metodológico da AI¹, em especial na Socio-clínica Institucional, que trata do aprofundamento do referencial louraudiano realizado por Gilles Monceau²¹ nos anos 2000. A AI surgiu na França na década de 1960, a partir da tese de Lourau, e possui três conceitos básicos: instituído, instituinte e processo de institucionalização¹.

Esse referencial parte das contradições existentes nas instituições, com suas regras peculiares, e nas relações sociais envolvidas. As contradições resultam do movimento dialético entre forças, de imobilidade e permanência, denominado de instituído, e forças instituintes, de transformação, mobilidade e criação. O instituído e instituinte, em uma relação de disputa, compõem um terceiro momento: o processo de institucionalização¹. Nesse referido momento, as forças instituintes são incorporadas à instituição, tornando-se o instituído, em um movimento dinâmico e característico das instituições²². O sentido da AI está em interrogar essas instituições e colocá-las em análise.

Sobre as instituições aqui evidenciadas, podemos dizer que possuem o poder de objetificar as pessoas frente às suas próprias funções, pois fixam normas. Reconhecemos sua dinamicidade e poder de ocultar-se frente ao explícito. É “presente e ausente, envia falsas mensagens em linguagem clara por sua ideologia, e verdadeiras mensagens em código por seu tipo de organização”¹ (p. 157).

As estratégias de intervenção propostas na Socioanálise louraudiana¹ seguem princípios como a análise das encomendas, das demandas, das implicações e o uso de analisadores e do diário de

pesquisa como ferramenta de intervenção¹. Após uma releitura das práticas socioanalíticas, Monceau²¹ propôs um arcabouço teórico-metodológico com a indicação de oito passos em intervenções mais longas e uso de dispositivos variados, caracterizando o que ele denomina como Socio-clínica Institucional. A intervenção socio-clínica conta então com: análise da encomenda e demanda; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição; trabalho das implicações primárias e secundárias; intenção de produção de conhecimentos; e atenção aos contextos e interferências institucionais²¹. Assim, quando nos referimos ao trabalho dos analisadores, nosso intuito é destacar que esse é um conceito-chave durante o processo coletivo de análise, pois eles permitem identificar aspectos contraditórios ocultos das instituições.

Entre os dispositivos reflexivos que podem ser utilizados, vamos dar ênfase à AIPP^{2,23}, que tem mostrado grande êxito nas transformações das práticas dos profissionais em países como a França. Para isso, partimos do entendimento de que a AI é construída a partir da análise das práticas sociais e, no presente artigo, das práticas profissionais.

O objetivo deste artigo é refletir sobre as possibilidades, limites e desafios do uso da análise institucional de práticas profissionais como dispositivo para a formação interprofissional em um programa de residência multiprofissional em saúde.

Metodologia

O presente artigo é parte de uma pesquisa, em andamento, de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção, que se apoia no referencial teórico-metodológico da AI¹. Vamos focar o uso da AIPP como dispositivo para a formação interprofissional no contexto de um programa de residência multiprofissional, a fim de colocar em evidência as práticas realizadas pelos residentes no trabalho em saúde e suas contradições.

Operacionalmente, a AIPP se caracteriza por um processo em que um coletivo profissional, conduzido por um facilitador, tem o objetivo de elucidar questões de sua prática com uma postura de distanciamento que possibilita ter diferentes visões de uma mesma situação²³. Dessa forma, os profissionais colocam em análise aspectos de sua prática, levando em consideração o contexto no qual estão inseridos.

O programa de residência em questão está vinculado a uma universidade pública do interior do estado de São Paulo, que conta com residentes de diferentes profissões da área da saúde: Farmácia; Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Participaram 32 residentes de duas turmas (R1 e R2), 26 mulheres e seis homens, com idade entre 22 e trinta anos, a maioria formada em instituições públicas e tendo a residência como sua primeira experiência profissional.

A AIPP foi realizada em encontros mensais em um espaço já instituído na matriz curricular para estudos referente ao conteúdo teórico comum a todos os profissionais. Foram realizados grupos de reflexão em formato de rodas de conversa, gravados e posteriormente transcritos, com a presença de uma moderadora/pesquisadora, em oito encontros agendados previamente com os participantes. A pesquisadora fez uso do diário de campo para registro de observações, impressões sobre o encontro e a dinâmica de trocas de informações e saberes, entre os diferentes residentes. Desses registros, foram escritas narrativas com o objetivo de disparar o movimento de análise no encontro seguinte. Nesses encontros, o coletivo teve a oportunidade de refletir sobre a sua prática como profissionais de saúde em formação, principalmente no âmbito da atenção primária à saúde e, mais ainda, compartilhar saberes que subsidiam práticas colaborativas ou não no SUS.

Para complementação do contexto de formação aqui apresentado, foi realizada análise de documentos do referido programa, especificamente, do Projeto Político Pedagógico e da proposta do programa inscrita em edital em 2011, obtidos após solicitação à coordenação do programa. Os dados foram posteriormente analisados a partir de conceitos da Socio-clínica Institucional²¹.

Como parte do processo de produção coletiva dos dados, é fundamental a aplicação da restituição de dados no percurso da pesquisa, um dos elementos da Socio-clínica Institucional que auxilia no

processo de AIPP ao criar um espaço coletivo de análise²⁴ não dos residentes em sua individualidade, mas de suas relações interprofissionais. Na AI, o momento da restituição constitui-se de um encontro para análise coletiva dos dados e resultados provisórios^{21,25}, momento em que o participante pode contribuir com seu ponto de vista em relação às análises feitas pelo pesquisador, validando-as ou não.

No contexto deste estudo, optamos pela escrita de narrativas a partir dos registros da pesquisadora/primeira autora, como modalidade de restituição a cada encontro. Assim, o início dos encontros era marcado pela leitura da narrativa do encontro anterior a fim de lembrar e discutir aspectos vividos. Esse era o momento da análise coletiva dos dados pela pesquisadora/primeira autora e pelos residentes participantes do estudo. As questões que mais chamavam a atenção do grupo eram valorizadas, discutidas e colocadas em análise. Um limite a ser considerado é que a restituição representa uma leitura da situação feita pelo pesquisador, mas que pode ser trabalhado à medida que é discutido com o coletivo. Rossi e Passos²⁶ explicam que, nesses momentos, a análise institucional se apresenta tanto como intervenção quanto formação contínua, possibilitando a produção coletiva dos resultados da pesquisa e o reconhecimento e reflexão sobre pontos importantes da prática.

Estratégias de restituição como a escrita de narrativas pelo pesquisador, além de incluir os participantes na produção dos dados, possibilitam um momento em que há uma fusão entre pesquisa, intervenção e formação. Nas pesquisas dessa natureza, esta parceria entre pesquisador e profissionais pretende alcançar um objetivo próprio dos dispositivos de análise de prática profissionais, ou seja, a formação contínua e permanente e a produção de novos conhecimentos sobre sua prática²⁷.

A AIPP ocorreu em formato de roda de conversa, que é um dispositivo da pesquisa que possibilita que os participantes se aproximem, coloquem suas opiniões e sejam ouvidos pelos demais, além de revelar medos e angústias. Compreendemos que a proposta da roda, muito além da conformação circular ou da relação custo-benefício para quem trabalha com grupos, ganha potência na possibilidade de produzir conhecimento. Isso ocorre por meio das trocas entre os participantes, que reverberam na transformação de práticas a partir da transformação do sujeitos²⁸.

Outro aspecto relevante nesta pesquisa está em dar atenção às interferências institucionais²¹. Isso porque, a partir de tais interferências, é possível compreender o funcionamento das instituições em nós e como estas também podem interferir na prática do outro. É a partir dessa análise que iremos produzir conhecimento e, conseqüentemente, os resultados da pesquisa. Com essa perspectiva de pensamento, é importante considerar que os profissionais de saúde portam seus saberes que lhes são exclusivos e, frequentemente, resistem em compartilhá-los. Tal comportamento se dá pelo receio de perder seu poder, seu controle, já que o poder está exatamente nessas relações²⁹ e não em um indivíduo. Admitir seu não saber, sua dúvida e sua curiosidade é expor suas fragilidades frente ao grupo ou à equipe de saúde, mas também evidencia o que é/está instituído. A AIPP propõe que essas relações sejam repensadas à medida que dialogam sobre a complexidade do trabalho em saúde e se reconhecem na demarcação entre os diferentes núcleos de saber para reconstrução das práticas na perspectiva colaborativa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo CAAE 66290417.0.0000.5393 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Para o entendimento das contradições que se apresentaram durante o processo de AIPP e do seu contexto, foi necessário explorar nos documentos do programa aspectos relacionados ao seu processo de institucionalização. No momento da criação do programa, dito no referencial da AI como o momento de sua fundação, evidenciamos aspectos contraditórios. Por um lado, há a busca pela qualificação da formação voltada para o atendimento com base na integralidade com a ampliação de vagas para profissionais que poderiam trabalhar em equipe de forma interdisciplinar. Por outro lado, está o instituído da proposição de alocação de profissionais que poderiam fazer parte do NASF, ainda incipiente nesse município. Esse movimento representa uma disputa de forças presente no processo de institucionalização desse programa.

Esse movimento se repete em outros cenários da formação em saúde nos países nos quais a residência passa a suprir uma demanda por assistência em detrimento da formação¹³. Esse fato contribui para que a residência por vezes se afaste ou se aproxime de sua profecia inicial¹, ou seja, do cuidado ao usuário com base na integralidade e da formação interdisciplinar, este último, um objetivo explícito nos documentos no momento de sua fundação.

Diante do desafio em que o residente está imerso, que é o de manejar relações da sua formação em serviço que qualifiquem sua atuação no SUS, o dispositivo de AIPP possibilitou um movimento de encontro potente para as transformações das práticas. Nesse caso, residentes de diferentes turmas (turma 1 – R1 e turma 2 – R2) viveram um movimento de autoanálise da sua formação ao refletirem sobre o modo de funcionamento dos espaços de formação comum (neste eixo são abordados os temas comuns a todos os profissionais de saúde). E puderam analisar seu objetivo, conteúdo, metodologia, carga horária e a necessidade de convidar outros membros do programa para essa discussão.

Nessa perspectiva, o coletivo pôde rever seus diferentes momentos de formação – uns iniciando o curso (R1) e outros finalizando-o (R2) – e propor novas formas de gestão de seu espaço com a inclusão de parte da coordenação do programa nas discussões. Essa aproximação evidenciou contradições presentes neste processo: por um lado, fortaleceu a rede de comunicação entre esses atores; por outro lado, revelou muitos conflitos e interferências institucionais dentro do coletivo (entre R1 e R2; e entre diferentes profissões) e deste com os demais atores envolvidos; um confronto entre diferentes subjetividades próprio do processo de formação em serviço.

No âmbito desta pesquisa, que é participativa e utiliza o dispositivo da AIPP, consideramos a produção de subjetividades e, no confronto destas, o exercício do reconhecimento e inclusão da diferença, e, dessa forma, a proposição ao participante para ocupar uma posição diferente, de protagonista²⁴. Ele também pode se apropriar de seu contexto e de seus problemas e, assim, analisar-se. À medida que entendem seu papel e sua posição neste processo, os residentes também buscam as soluções para os seus problemas, por exemplo, ao constituírem movimentos de ampliação dos canais de comunicação entre si e entre os demais atores do programa (professores, tutores e preceptores). Assim, consideramos que esse processo é dinâmico e mutável e que os encontros dos residentes são momentos que têm potência para o exercício da autoanálise que pode, ao mesmo tempo, movimentar as forças instituintes e/ou atuar a favor da manutenção do instituído.

Dilemas e desafios do uso da AIPP na formação interprofissional

A possibilidade da formação em uma perspectiva colaborativa na residência multiprofissional é atravessada por diferentes instituições, interesses que se constituem em dilemas e desafios para tornar essa prática efetiva. Em AI, atravessamento é toda a rede de forças que atua conjuntamente em favor da manutenção do instituído, com a função de reprodução das regras do sistema, são aspectos que atuam conjuntamente e que servem à exploração e à conservação da situação dominante³⁰. Assim, o uso do dispositivo da AIPP evidenciou atravessamentos na formação em serviço que impedem as práticas de caráter colaborativo. Citamos entre tais atravessamentos: a exigência da produção em massa, principalmente por atendimento individual especializado; a centralidade no profissional médico; o pouco tempo para reflexão nos espaços de atuação; e o não encontro entre diferentes profissionais nos serviços.

A AI faz investimentos no sentido de que os sujeitos da ação reconheçam esses atravessamentos, colocando-os em uma posição diferente e potente para o movimento de interação e compartilhamento de saberes. Dessa forma, em interação, houve a oportunidade de reflexão sobre as possibilidades de trabalho conjunto, momentos de encontro e temas de aprendizagem que são comuns na sua formação. Apesar disso, é salutar considerar que esses aspectos são demarcados também por questões políticas. Elas, por sua vez, têm relação direta com o Estado, responsável pelo delineamento legal da residência multiprofissional que, por esse motivo, muitas vezes, está vulnerável a atender aos interesses estruturais e produtivos do próprio Estado e que podem ser expressos como atravessamentos. Assim, em AI, o Estado no qual estamos inseridos também está em análise; ele faz parte do campo de análise³¹.

Apesar de ser difícil definir o seu papel, o Estado não deve ser personalizado, e no contexto de uma pesquisa-intervenção é preciso também colocar em análise algumas de suas manifestações de forças; por exemplo, a instituição da política de educação permanente e a proposição da residência multiprofissional como formação em serviço. Quando o Estado manifesta sua força com a promulgação da Lei nº 11.129⁴, ele responde a uma demanda de manutenção de um sistema de saúde e de qualificação dos trabalhadores. Em contraposição a esse movimento de disputa de forças, esse mesmo Estado põe em risco a prerrogativa da APS como ordenadora deste mesmo sistema ao “atualizar” as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica¹⁰.

Assim, no contexto do uso da AIPP, é preciso considerar que também somos atravessados pelo Estado e que temos implicações profissionais com as instituições que nos cercam, estabelecendo relações com as instituições que nos atravessam; por exemplo, a instituição do cuidado, da formação, da saúde e da educação³². Os residentes têm implicações profissionais com o Estado, com a universidade na qual estão filiados, com os serviços de saúde nos quais trabalham; há portanto, diferentes implicações profissionais que devem ser colocadas em análise. Essa análise coletiva pode evidenciar quais os limites de transformação de suas práticas³².

Esses limites estão velados, pois o Estado, muitas vezes, nega a si próprio e vai contra aquilo que produziu como profecia inicial no momento de sua fundação. Sobre isso, podemos refletir, por exemplo, que a profecia inicial da residência está voltada para a formação de profissionais, qualificação do sistema de saúde e cuidado com base na integralidade. A negação de si acaba por produzir, portanto, superespecialização do trabalho e fragmentação do cuidado, que são efeitos de dissolução de sua profecia inicial³¹.

Frente ao exposto até aqui, é possível compreender a importância do uso do dispositivo de AIPP no processo de formação interprofissional que, mesmo constituído por saberes e práticas profissionais diferentes, pode alcançar a cooperação e a contribuição de forma interativa por meio da aproximação do seu objetivo: oferecer um atendimento de saúde de qualidade com base na integralidade do cuidado.

Esse movimento revela aspectos do contexto de formação, de trabalho e de sociedade desses residentes. O desafio está no despertar para a construção de um projeto coletivo³³, para o qual seja possível conhecer suas potencialidades e limites e entrever as possibilidades de negociação de estratégias, com os docentes, tutores, preceptores e equipe, de modo que favoreça seu protagonismo como profissional de saúde em formação.

Considerações finais

O uso de dispositivos reflexivos como a AIPP na construção do conhecimento e para a transformação de práticas na formação em serviço pode explicitar nós críticos que necessitam ser enfrentados por todos os atores envolvidos: residentes, preceptores, tutores, professores, gestores e usuários. Para tanto, deve-se considerar a complexidade das organizações e os atravessamentos das e nas instituições que operam no campo da saúde e da educação, uma vez que este dispositivo possibilita a reflexão sobre a sua prática e seu contexto de formação e de trabalho.

Assim, consideramos também que o uso da AIPP como dispositivo de análise contribui para a qualificação do cuidado da população atendida pelos profissionais em formação nos serviços de saúde em questão. Somado a isso, seu foco no trabalho, na reflexão e na prática, dá subsídios para propostas de trabalho de caráter cada vez mais interativo e que valorize uma melhor comunicação e compartilhamento de saberes entre os diferentes profissionais das equipes de saúde. Um fator limitante é que, nesse caso, esse dispositivo foi utilizado apenas com os residentes, porém, suas potencialidades convergem para os propósitos da EPS e apontam para a possibilidade de ser utilizado em coletivos que incluam a participação de trabalhadores dos serviços de saúde.

O movimento da restituição dos dados no percurso da pesquisa, por meio de narrativas escritas e lidas com o coletivo, mostra-se como um dispositivo que possibilitou a análise e um elemento importante para o acompanhamento das mudanças que ocorriam à medida que o trabalho reflexivo

avançava, na perspectiva de transformar para conhecer. Apesar de apresentar um olhar singular do pesquisador, a escrita e o encontro têm potencialidades, como o processo de reconhecimento de não saberes, de suas necessidades de formação e de suas implicações profissionais.

As reflexões aqui apresentadas não são definitivas, mas têm a intenção de ampliar possibilidades de releituras críticas e de enfrentamento das questões levantadas do campo da saúde e da educação. Acreditamos ainda que outras reflexões complementares serão possíveis na finalização desta pesquisa. A análise cotidiana do trabalho pode colaborar para construção da prática interprofissional colaborativa no sistema de saúde e se desenha como caminho para o enfrentamento da resistência à mudança e à transformação das práticas em saúde. Destacamos que esse exercício de análise tem maior potência no contexto coletivo, não por seu caráter específico de grupo, mas, sobretudo, pelo esforço de ressignificar sua própria realidade frente aos tempos marcados pela desvalorização daquilo que é público e coletivo.

Contribuições dos autores

Luana Pinho de Mesquita Lago, Silvia Matumoto, Simone Santana da Silva, Soraya Fernandes Mestriner e Silvana Martins Mishima participaram ativamente da discussão dos resultados do trabalho, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Aos residentes, pela produção coletiva, e aos demais membros do programa, pela possibilidade de realização desta pesquisa. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo fomento por meio da bolsa do tipo demanda social.

Referências

1. Lourau R. A análise institucional. Ferreira M, Tradutor. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
2. Monceau G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. *Psicol Rev.* 2015; 21(1):197-217.
3. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de Maio de 2003, e 10.429, de 24 de Abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 30 Jun 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 287, de 8 de Outubro de 1998. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
6. Da Ros MA, Pierantoni CR, Haddad AE, Ribeiro C, Severo DO, Souza TT. Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. *Cad RH Saude.* 2006; 3(1):109-17.
7. Brasil. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.117. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 4 Nov 2005. sec. 1, p. 112.

8. Sól NAA. A medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio histórica de sua trajetória enfocando programas específicos [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011.
9. Rossoni E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. *Physis*. 2015; 25(3):1011-31.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
11. Batalha E. Residência não é fábrica de recursos humanos [Entrevista de Paula Cerqueira]. *RADIS*. 2013; 133:32-3.
12. Dallegre D, Kruse MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(28):213-26.
13. Batalha E. Mergulho na vivência e na (dura) realidade. *RADIS*. 2013; 133:30-1.
14. Lobato CP, Melchior R, Baduy RS. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. *Physis*. 2012; 22(4):1273-91.
15. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 (Esp 2):16-24. doi: 10.1590/S0080-623420150000800003.
16. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab Educ Saude*. 2011; 9(1):85-112.
17. Barr H, Ford J, Gray R, Helme M, Hutchings M, Low H, et al. Interprofessional education Guidelines [Internet]. London: Centre for advancement of interprofessional education; 2017 [citado 2 Out 2017]. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s>.
18. World Health Organization. Learning together to work together for health [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado 5 Jan 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37411/1/WHO_TRS_769.pdf.
19. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence [Internet]. Oxford (UK): Blackwell; 2005 [citado 25 Mar 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470776445.fmatter/pdf>.
20. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):199-201.
21. Monceau G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. *Análise institucional e saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 91-103.
22. Monceau G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa ação e profissionalização docente. *Educ Pesqui*. 2005; 31(3):467-82.
23. Monceau G. L'institutionnalisation de la réflexivité: succès du praticien réflexif et obstacles à l'analyse de l'implication [Internet]. In: *Colloque International Réflexivité en Contextes de Diversité: un carrefour des sciences humaines?*; 2010; Limoges, France. Limoges: Dynadiv, Université de Limoges; 2010 [citado 14 Mar 2017]. Disponível em: <https://hal-univ-paris8.archives-ouvertes.fr/hal-01080588>.
24. Escóssia L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1):689-94.

25. Lourau R. René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
26. Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Rev Epos*. 2014; 5(1):156-81.
27. Breugnot P, Fablet D. Analyser les pratiques de professionnels de la protection de l'enfance, entre recherche et intervention. In: Monceau G, director. *Enquêter ou intervenir? Effets de la recherche socio-clinique*. Nimes: Champ Social Éditions; 2017. p. 120-8.
28. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(2):1299-312.
29. Lemos FCS, Cardoso HR Jr, Alvarez MC. Instituições, confinamento e relações de poder: questões metodológicas no pensamento de Michel Foucault. *Psicol Soc*. 2014; 26 (Esp):100-6.
30. Barembly G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5a ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
31. Lourau R. O Estado na análise institucional. In: Altoé S, organizador. René Lourau. *Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 140-53.
32. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal*. 2008; 20(1):19-26.
33. Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(1):151-64.

Mesquita-Lago LP, Matumoto S, Silva SS, Mestriner SF, Mishima SM. El análisis de prácticas profesionales como dispositivo para la formación en la residencia multiprofesional. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1625-34.

La complejidad de las necesidades de salud de la población exige cada vez más la calificación para el trabajo colaborativo en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). El objetivo de este artículo es reflexionar sobre posibilidades, límites y desafíos del uso del análisis institucional de prácticas profesionales como dispositivo para la formación interprofesional en un programa de residencia multiprofesional de salud. Se trata de una investigación-intervención con apoyo en el referencial teórico-metodológico del análisis institucional, de cuño participativo, que posibilitó el encuentro de subjetividades por medio del ejercicio del auto-análisis, reconocimiento de no saberes y necesidades de formación, ejercicio de escuchar colectivamente y análisis de posibilidades de compartir saberes y papeles. También fue posible poner en evidencia las contradicciones del contexto de trabajo y los aspectos de las relaciones interprofesionales que, algunas veces, imponen límites a las prácticas colaborativas.

Palabras clave: Educación interprofesional. Residencia de salud. Análisis institucional. Salud colectiva.

Submetido em 15/10/17. Aprovado em 13/06/18.