UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUANA PINHO DE MESQUITA LAGO

**Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma
pesquisa Sócio-clínica**

Ribeirão Preto

2019

LUANA PINHO DE MESQUITA LAGO

**Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde:
uma pesquisa Sócio-clínica**

Versão Corrigida

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, políticas e saberes em saúde

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Matumoto

Ribeirão Preto

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Mesquita Lago, Luana Pinho de

Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma pesquisa Sócio-clínica. Ribeirão Preto, 2019.

211 p. : il. ; 30 cm

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Orientadora: Silvia Matumoto.

1. Educação Interprofissional. 2. Residência Multiprofissional em Saúde. 3. Sócio-clínica Institucional. 4. Análise Institucional. 5. Saúde Coletiva.

MESQUITA LAGO, Luana Pinho de

Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma pesquisa Sócio-clínica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: 31/07/2019

Presidente

Profa. Dra. Silvia Matumoto

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovada

Comissão Julgadora

Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovada

Profa. Dra. Solange L'Abbate

Instituição: Universidade Estadual de Campinas

Julgamento: Aprovada

Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

Instituição: Universidade Federal de São Carlos

Julgamento: Aprovada

Àqueles em resistência nas residências multiprofissionais em saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao Rodrigo, meu esposo, pelo companherismo, amor e amor. Aos meus cunhados, minha sogra, meu sogro e minha sobrinha, por acreditarem em mim e pelo grande apoio nesta etapa.

À minha família Água Boa que me incentiva a ter coragem e a resistir.

À querida Silvia, pela orientação, participação ativa em meu processo formativo, pelas palavras de afeto e encontros potentes neste caminho de doutorado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

À Soraya e ao Wilson, por fazerem parte de minha trajetória profissional e pelo carinho e positividade. Obrigada por me apresentarem a Saúde Coletiva!

À Profa Cinira, por possibilitar momentos de encontros colaborativos, por sempre nos motivar a trilhar caminhos na resistência na Análise Institucional e Saúde Coletiva e por estar presente mais uma vez no percurso acadêmico.

Ao Professor Gilles Monceau da Universidade de Cergy-Pontoise, França, pelas contribuições no enriquecimento do método durante o Exame de Qualificação, pela supervisão no estágio doutoral sanduíche, por seu ouvido atento e disponibilidade em nos ensinar sempre um pouco mais sobre a Sócio-clínica Institucional.

À Profa Solange L'Abbate pela oportunidade em cursar a disciplina Análise Institucional: Teoria e Prática em Saúde Coletiva na Unicamp, por nos ensinar com toda sua sabedoria sobre este importante entrelaçamento: Análise Institucional & Saúde Coletiva e por aceitar fazer parte da banca examinadora.

Ao Daniel Dóbies, pela disponibilidade e atenção em suas contribuições sobre o conceito de resistência e pelas trocas de saberes. Aos demais membros do Grupo de Pesquisa Análise Institucional & Saúde Coletiva pelo acolhimento nos encontros em Campinas.

À Profa Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva por aceitar participar da banca examinadora e estar aberta à colaboração.

À Profa Márcia Ogata pelas ricas contribuições sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde no Exame de Qualificação.

Às Profas Adriana Barbieri Feliciano e Fabiana Ribeiro Santana pelas contribuições na discussão do projeto no Grupo de Estudos e Pesquisa em Análise Institucional.

Às Profas Adriana Katia Correa, Maria José Clapis e Maria Conceição Souza pelas orientações no estágio do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino e aos estudantes da licenciatura pela oportunidade de aprender-com.

Aos meus queridos amigos de pós-graduação e membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Análise Institucional pelas trocas e aprendizagem coletiva na cogestão.

À Simone, pela amizade, por me acolher na França durante o estágio sanduíche, pela parceria nos estudos, conversas e trocas potentes.

À Thalita por ter me acompanhado em alguns momentos da produção de dados.

Aos integrantes da Rede Internacional de trocas interdisciplinares francófona *Recherche avec* por permitirem a habitação de novos territórios, pelas experimentações, pela possibilidade da construção de redes integradas e implicadas.

À Olga e à Amélie, pelo acolhimento nas atividades do Laboratoire École, Mutations, Apprentissages - ÉMA na Universidade de Cergy Pontoise, França. Aos colegas do Laboratoire ÉMA, pelas ricas trocas de experiências de pesquisa durante o estágio doutoral. À Anne Pilotti pelas contribuições no percurso metodológico e por estar sempre de braços abertos e pronta ao diálogo. À Claire De Saint Martin por nos contagiar com sua perseverança. À Ana Pereira pela parceria nas dúvidas teóricas e aulas.

Ao Jacques Chervin e à Cécile Thirion por me apresentarem o contexto de formação em saúde francês.

À Dominique Samson por compartilhar sua bagagem teórica e pelas reflexões sobre meu objeto de pesquisa e minhas implicações.

Ao Prof. Sébastien Pesce pela disponibilidade e orientações quanto a organização dos dados no momento de análise.

À Adriana Meschede pela aprendizagem significativa nas aulas de francês. Un Grand Merci!

Aos amigos de Ribeirão, por entenderem minhas resistências aos encontros nesta etapa.

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde por possibilitar a realização deste trabalho e aos fundadores que colaboraram nesta pesquisa.

Aos residentes multiprofissionais pela construção coletiva desta pesquisa-intervenção.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo por abrir as portas para a realização deste trabalho. E aos funcionários da Secretaria de Pós-graduação, em especial à Shirley, Flávia e Edilene pela disponibilidade. Ao Paulo Fernandes da seção de multimídia pela atenção nos ajustes gráficos.

À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – pelo financiamento deste trabalho através da bolsa do programa de demanda social.

Catarse

*“A hora é de ir
Pra onde quer que se olhe
o que se vê pede coragem*

*É tempo de olhar de dentro
olho no olho do furacão
pé no chão
piso firme
punhos cerrados
O sonho soprará o caminho no ouvido*

*Sonhos mútuos
somos muitos
somos muito*

*Também é tempo de olhar pra dentro
queimar nossos lixos
arrebentar nossos vidros
quebrar nossos bancos e o que mais acomode
A hora é de incômodo
a hora é de ir
não há tempo pra perplexidade
os tempos são mesmo outros
e não há tempo a perder*

*A hora agora pede pressa
É preciso desacelerar o mundo”*

Lucas Bronzatto (2013)

RESUMO

MESQUITA LAGO, L. P. **Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma pesquisa Sócio-clínica**. 2019. 211 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Esta tese tem por objeto a formação na Residência Multiprofissional em Saúde, com objetivo de analisar as práticas profissionais de residentes multiprofissionais em saúde que favorecem ou não a colaboração interprofissional e a integralidade do cuidado na atenção básica. Esta é uma pesquisa Sócio-clínica, uma investigação de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção, que utilizou alguns conceitos do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional. O estudo foi produzido no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Participaram do estudo 8 fundadores e 32 residentes de diferentes áreas da saúde. Foram utilizados diferentes dispositivos para produção dos dados: análise de documentos, diário de pesquisa, análise institucional de práticas profissionais, observação, entrevistas, restituições. Os dados foram organizados e analisados com apoio do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional e Sócio-clínica Institucional. Os resultados foram apresentados a partir do trabalho dos analisadores que emergiram na pesquisa. O curso em questão propõe carga horária majoritária na atenção básica, e tem objetivo de promover o entendimento da rede municipal e o trabalho em equipe interdisciplinar com foco nas doenças crônicas não-transmissíveis. No processo de institucionalização destaca-se como efeito a falsificação do objetivo proposto no momento de sua fundação, além de tensões entre a reprodução da especialidade e da formação uniprofissional, e a criação de espaços para prática colaborativa interprofissional nos serviços. Fortes investimentos institucionais em atividades de pesquisa, e o modelo de gestão universitária centralizada e produtivista enfraquecem as forças instituintes, fragilizam os processos pedagógicos colaborativos e criam limites ao cuidado integral na atenção básica. A análise de práticas dos residentes revelou resistências aos mecanismos de controle e domínio institucionais, ao protagonismo e à autogestão. O não-saber e a lista de presença foram analisadores da resistência à colaboração na formação comum. As interferências interprofissionais e a tutoria de campo foram analisadores das relações de saber-poder no processo de trabalho-aprendizagem. As resistências na prática-residente apontaram, em sua maioria, movimentos integrativos, em que a assimilação ao poder médico-centrado era vista como possível e necessária, a fim de evitar o desmanche da instituição formação em serviço. Para o enfrentamento do poder instituído, há espaços para reflexão e ações contra-hegemônicas, porém, ainda frágeis no desenvolvimento da colaboração interprofissional. A partir da análise pelas resistências e análise de implicações, os residentes puderam repensar a dinâmica institucional na formação comum, no processo de trabalho-aprendizagem e questionar a reprodução do instituído de formação uniprofissional e cuidado centrado no profissional médico, que os afasta do cuidado integral. No processo da pesquisa, os residentes ampliaram canais de comunicação com a coordenação do curso a fim de discutir o processo formativo. A reflexividade no acompanhamento dos residentes, a partir da análise de implicação, tem efeitos em suas práticas, pois questiona a cristalização do instituído, a prática e a formação uniprofissional predominantes e, resgata sua profecia inicial de trabalho integrado e a produção de vida com a centralidade do cuidado no usuário.

Palavras-chave: Educação Interprofissional. Residência Multiprofissional em Saúde. Sócio-clínica Institucional. Análise Institucional. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

MESQUITA LAGO, L. P. **Professional practices in the multiprofessional residency in health: a Socio-clinical research.** 2019. 211 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

This thesis focus the interprofessional education in the Multiprofessional Residency in Health, and aims to analyze the professional practices of multiprofessional residents in health that favor or not the interprofessional collaboration and the comprehensive care in primary health care. This is a Socio-clinical investigation, a research of qualitative approach of the research-intervention type, that used some concepts of the theoretical-methodological framework of the Institutional Analysis. The study was carried out in the city of Ribeirão Preto, São Paulo, in the Multiprofessional Residency Program in Comprehensive Health Care, in Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo. Eight founders and 32 residents from different health areas participated in the study. Different devices were used to produce data such as document analysis, research diary, institutional analysis of professional practices, observation, interviews, and restitutions. The data were organized and analyzed with the support of the theoretical-methodological reference of the Institutional and Institutional Socio-clinical Analysis. The results were presented from the work of the analyzers that emerged in the research. The course in question proposes a major time of working hours in primary health care, and aims to promote understanding of the municipal network and interdisciplinary teamwork focus on chronic non-communicable diseases. In the process of institutionalization, one of the effects was the falsification of the objective proposed at the time of its foundation, besides tensions between the reproduction of the specialty and the uniprofessional training, and the creation of spaces for interprofessional collaborative practice in services. Strong institutional investments in research activities, and a centralized and productivist university management model weaken institutional forces and collaborative pedagogical processes, and create limits to comprehensive care in primary health care. The analysis of residents' practices revealed resistance to the mechanisms of institutional control and domain, to protagonism and to self-management. Non-knowledge and the presence list were analyzers of resistance to collaboration in common formation. Interprofessional interferences and field mentoring were analyzers of knowledge-power relations in the work-learning process. Resistances in the practice-resident pointed, for the most part, to integrative movements, in which assimilation to medical-centered power was seen as possible and necessary, in order to avoid the dismantling of institution-in-service training. In order to confront the established power, there are spaces for reflection and counter-hegemonic actions, but still fragile in the development of interprofessional collaboration. From the analysis by resistances and analysis of implications, residents were able to rethink the institutional dynamics in the common formation and in the work-learning process and question the reproduction of the instituted uniprofessional training and medical professional care centered, that deviate them from the comprehensive care. In the research process, the residents extended channels of communication with the course coordination in order to discuss the formative process. The reflexivity, on the residents' follow-up, with analysis of implication, has effects on their practices, as it questions the crystallization of the instituted, the prevailing uniprofessional practice and formation and rescues its initial prophecy of integrated work and the production of life with the user in the centre of care.

Keywords: Interprofessional Education. Multiprofessional Residency in Health. Institutional Socio-Clinic. Institutional Analysis. Collective Health.

RESUMEN

MESQUITA LAGO, L. P. **Prácticas profesionales en la residencia multiprofesional en salud: una investigación Socio-clínica**. 2019. 211 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Esta tesis tiene por objeto la formación en la Residencia Multiprofesional en Salud, con el objetivo de analizar las prácticas profesionales de residentes multiprofesionales en salud que favorecen o no la colaboración interprofesional y la integralidad del cuidado en la atención básica. Esta es una investigación socio-clínica, una investigación de abordaje cualitativo del tipo investigación-intervención, que utilizó algunos conceptos del referencial teórico-metodológico del Análisis Institucional. El estudio fue producido en el municipio de Ribeirão Preto, São Paulo, en el Programa de Residencia Multiprofesional en Atención Integral a la Salud de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Participaron del estudio 8 fundadores y 32 residentes de diferentes áreas de la salud. Se utilizaron diferentes dispositivos para la producción de datos como análisis de documentos, diario de investigación, análisis institucional de prácticas profesionales, observación, entrevistas, restituciones. Los datos fueron organizados y analizados con apoyo del referencial teórico-metodológico del Análisis Institucional y Socio-clínica Institucional. Los resultados fueron presentados a partir del trabajo de los analizadores que emergieron en la investigación. El curso en cuestión propone carga horaria mayoritaria en la atención básica, y tiene el objetivo de promover el entendimiento de la red municipal y el trabajo en equipo interdisciplinario con foco en las enfermedades crónicas no transmisibles. En el proceso de institucionalización se destaca como efecto la falsificación del objetivo propuesto en el momento de su creación y tensiones entre la reproducción de la especialidad y de la formación uniprofesional y la creación de espacios para práctica colaborativa interprofesional en los servicios. Fuertes inversiones institucionales en actividades de investigación, y modelo de gestión universitaria centralizada y productivista debilita las fuerzas instituyentes, fragiliza los procesos pedagógicos colaborativos y crea límites al cuidado integral en la atención básica. El análisis de prácticas de los residentes reveló resistencias a los mecanismos de control y dominio institucionales, al protagonismo y a la autogestión. El no-saber y la lista de presencia fueron analizadores de la resistencia a la colaboración en la formación común. Las interferencias interprofesionales y la tutoría de campo fueron analizadores de las relaciones de saber-poder en el proceso de trabajo-aprendizaje. Las resistencias en la práctica-residente apuntan, en su mayoría, movimientos integrativos, en que la asimilación al poder médico-centrado era vista como posible y necesaria, a fin de evitar el despiece de la institución formación en servicio. Para el enfrentamiento del poder instituido, hay espacios para reflexión y acciones contra hegemónicas, pero todavía frágiles en el desarrollo de la colaboración interprofesional. A partir del análisis por las resistencias y análisis de implicaciones, los residentes pudieron repensar la dinámica institucional en la formación común y en el proceso de trabajo-aprendizaje y cuestionar la reproducción del instituido de formación uniprofesional y cuidado centrado en el profesional médico, que los aleja del cuidado integral. En el proceso de investigación se ampliaron canales de comunicación con la coordinación del curso para discutir el proceso formativo. La reflexividad, a partir del análisis de implicación, en el acompañamiento de los residentes, tiene efectos en sus prácticas, pues cuestiona la cristalización de lo instituido, la práctica y formación uniprofesional predominantes y rescata su profecía inicial de trabajo integrado y la producción de vida con la centralidad del cuidado en el usuario.

Palabras-clave: Educación Interprofesional. Residencia Multiprofesional en Salud. Socio-clínica Institucional. Análisis Institucional. Salud pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Representação Interdisciplinaridade.....	44
Figura 2 -	Relação entre colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em equipe.....	49
Figura 3 -	Representação dos movimentos dialéticos na Instituição: universalidade (instituído), particularidade (instituinte) e singularidade (institucionalização).....	56
Figura 4 -	A representação dialética dos três movimentos do conceito de resistência.....	64
Figura 5 -	A formação em serviço entre a Produção e a Reprodução.....	139
Figura 6 -	Resistência à colaboração na Formação em Serviço na atenção básica e as interferências institucionais.....	152

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Questões norteadoras para avaliação da qualidade da Educação Interprofissional.....	80
-------------------	---	----

LISTA DE SIGLAS

AB	-Atenção Básica
Abrasco	-Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACP	-Atenção Centrada na Pessoa
ACS	-Agentes Comunitários de Saúde
AI	-Análise Institucional
AIPP	-Análise Institucional das Práticas Profissionais
APP	-Análise de Práticas Profissionais
APS	-Atenção Primária à Saúde
CAIPE	- <i>Centre for the Advancement of Interprofessional Education</i>
CEP	-Comitê de Ética em Pesquisa
CIHC	- <i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>
CNRM	-Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	-Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COREMU	-Comissão de Residência Multiprofissional
DAB	-Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DCN	-Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	-Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
Deges	-Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DRU	-Desvinculação da Receita da União
EERP-USP	-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EPS	-Educação Permanente em Saúde
ESF	-Estratégia de Saúde da Família
eSF	-Equipes de Saúde da Família
FC	-Faculdade de Ceilândia
Fiocruz	-Fundação Oswaldo Cruz
HPAC	- <i>Health Professions Accreditors Collaborative</i>
IDA	-Integração-Docente-Assistencial
IES	-Instituições de Ensino Superior
IPEC	- <i>Interprofessional Education Collaborative Expert Panel</i>
Mec	-Ministério da Educação e Cultura
MS	-Ministério da Saúde
MTC	-Módulo Teórico Comum

NASF	- Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF- AB	- Núcleo Ampliado de Saúde Família
NDAE	- Núcleo Docente Assistencial Estruturante
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PCI	- Prática Colaborativa Interprofissional
PET-Saúde	- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	- Produto Interno Bruto
PMM	- Programa Mais Médicos
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPSUS	- Programa Pesquisa para o SUS
PRMAIS	- Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde
Pró-Saúde	- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	- Programa de Saúde da Família
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
R1	- Residentes primeiro ano
R2	- Residentes segundo ano
ReBETIS	- Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde
REIP	- Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas
RIMS	- Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde
RMS	- Residências Multiprofissionais em Saúde
SES-SP	- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SGTES	- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TBL	- Team Based Learning
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	- Trabalhos de Conclusão de Residência
UBDS	- Unidades Básicas e Distritais de Saúde
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UFSCar	- Universidade Federal de São Carlos
UnB	- Universidade de Brasília
UNI	- Programa Uma Nova Iniciativa
Unifesp	- Universidade Federal de São Paulo
USF	- Unidades de Saúde da Família

USP	- Universidade de São Paulo
UTI	- Unidades de Terapia Intensiva
Ver-SUS	- Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	28
1.1	Movimentos do Processo de Institucionalização da Residência Multiprofissional em Saúde.....	28
1.2	Desafios da formação interprofissional nas Residências Multiprofissionais em Saúde.....	35
1.3	Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde.....	39
1.4	Da interdisciplinaridade à interprofissionalidade.....	42
1.5	Formação Interprofissional: colaboração e prática interprofissional.....	47
2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	54
2.1	A Sócio-clínica institucional.....	58
2.2	O efeito analisador.....	60
2.3	O efeito Mühlmann.....	61
2.4	O efeito Lapassade.....	62
2.5	Resistência como analisador.....	62
2.6	Análise Institucional das Práticas Profissionais.....	65
2.7	A reflexividade na pesquisa e a análise das implicações.....	68
3	OBJETIVOS.....	73
3.1	Objetivo Geral.....	73
3.2	Objetivos Específicos.....	73
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	75
4.1	Aspectos éticos na pesquisa participativa.....	77
4.2	Cenário do estudo e participantes.....	76
4.3	Os dispositivos no processo de investigação.....	79
4.4	A análise de documentos.....	80
4.5	O diário de pesquisa.....	82
4.6	Análise Institucional de Práticas Profissionais.....	83
4.7	Observação.....	85
4.8	Entrevistas com fundadores do curso.....	86
4.9	Modalidades de Restituição.....	87
4.10	Organização do corpus.....	90
4.11	Orientação-Supervisão-Acompanhamento.....	91
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	94
5.1	O Processo de Institucionalização do Curso de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde.....	94
5.1.1	O MOMENTO DA GÊNESE.....	94
5.1.2	MOVIMENTOS DE TRANSIÇÃO ABALARAM A DINÂMICA INSTITUCIONAL.....	103
5.2	Análise da oferta, das demandas e das encomendas.....	105
5.2.1	A APROXIMAÇÃO AOS RESIDENTES E A FABRICAÇÃO DO DISPOSITIVO DE ANÁLISE.....	107
5.3	Resistências na formação comum.....	112
5.3.1	A RESISTÊNCIA AOS MECANISMOS DE CONTROLE E DOMÍNIO INSTITUCIONAIS.....	113

5.3.2	ALGUMAS IMPLICAÇÕES PROFISSIONAIS NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	117
5.3.3	O NÃO-SABER COMO ANALISADOR DA RESISTÊNCIA COLABORAÇÃO.....	121
5.3.4	A LISTA DE PRESENÇA COMO ANALISADOR DA RESISTÊNCIA À COLABORAÇÃO.....	132
5.4	Resistências no processo de trabalho-aprendizagem.....	141
5.4.1	A INTERFERÊNCIA INTERPROFISSIONAL COMO ANALISADOR DAS RELAÇÕES DE SABER-PODER.....	141
5.4.2	A TUTORIA DE CAMPO COMO ANALISADOR DAS RELAÇÕES DE SABER-PODER.....	150
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
	REFERÊNCIAS.....	169
	APÊNDICE A1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Residentes.....	191
	APÊNDICE A2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Fundadores.....	194
	APÊNDICE B - Quadro suporte para análise documental - instrumento de avaliação da qualidade da Educação Interprofissional.....	197
	APÊNDICE C - Modelo de dispositivo de narrativa trabalhada com o coletivo de residentes em 29/08/2017.....	200
	APÊNDICE D - Roteiro de observação dos profissionais residentes nos serviços da atenção básica.....	202
	APÊNDICE E - Roteiro para entrevista semi-estruturada.....	203
	APÊNDICE F - Modelo de restituição com a equipe de residentes de uma das unidades de saúde da família.....	204
	APÊNDICE G - Resultado dispositivo “combinação entre frase e objeto” na restituição final com o coletivo de residentes no módulo teórico comum.....	206
	ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.....	209
	ANEXO B – Aprovação da realização da pesquisa pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.....	210
	ANEXO C – Ofício de concordância da realização da pesquisa nas unidades de saúde da família emitido pela Secretaria Municipal de Saúde.....	211

APRESENTAÇÃO

Implicações de uma pesquisadora em busca de seu *tekoa*

Esta tese foi construída como parte da minha trajetória e vivência no SUS e em processos formativos em saúde. Convido a leitor a me acompanhar nas análises inacabadas deste contexto de formação em serviço que é a Residência Multiprofissional em Saúde. Já adianto que levo comigo os lugares de ex-residente em um programa de residência multiprofissional, momento em que vivi ricas trocas interprofissionais. E ainda, o lugar de profissional de saúde e estudante cujo investimento atual em uma pós-graduação me encomendou uma tese de doutorado, na qual me debrucei e me abri na produção de uma pesquisa participativa.

A partir da escolha do referencial da Análise Institucional (AI) (LOURAU, 2014), expresso na apresentação desta tese um exercício inicial da análise de algumas de minhas implicações, ou seja, a análise das relações que eu estabeleci com as instituições que me atravessam e com o próprio objeto de pesquisa (MONCEAU, 2008a; 2012). Neste referencial, os autores e pesquisadores sempre chamam a atenção para o fato de que a implicação não deve ser entendida como uma noção maniqueísta, com dois pesos e duas medidas. Segundo Lourau, ela "não é nem 'boa' (uso voluntarista), nem 'má' (uso jurídico- policial)" (LOURAU, 1990, p. 113). Assim, entendo que esta relação perpassa as minhas implicações como brasileira, mulher, profissional de saúde em formação que acredita em um sistema de saúde público e gratuito a todos. Portanto, todos estes elementos e muitos outros se entrelaçam a me colocam diante de uma janela com uma cortina que se move com o vento e que permite entrever certos movimentos e me venda diante de outros.

Nascida em Boa Vista, Roraima, vivi minha infância envolta pela natureza, rio, floresta, lavrado. Elementos que me complementam enquanto pessoa e que envolvem também minhas lutas, minhas implicações com a minha FAMÍLIA, as dificuldades em lidar com as tensões, perdas e ganhos desde a infância. Minha família é grande, tenho muitas pessoas queridas à minha volta, e também tive que aprender a lidar com um espaço vazio, que tento sempre preencher. Por isso, gosto de cuidar da natureza, de me encher dela, tenho sangue indígena e sei que estas raízes me levaram a muitos lugares, a conhecer muitas histórias e pessoas diferentes, a habitar muitos territórios na busca do meu *tekoa*.

Tekoa é um termo tupi-guarani que em português significa “modo de ser, de estar, sistema, lei, cultura, norma, comportamento, costumes” (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL,

2019), uma Instituição! Tekoá (se pronuncia com acento no á) é muito mais do que um território geográfico, tekoa diz respeito a encontrar seu lugar no mundo, um lugar em que fisicamente e espiritualmente sejamos completos, onde o Guaraní se constrói realmente Guaraní. Um lugar em que possamos ter saúde, sorrir, brincar, viver na natureza, encontrar motivos para continuar unidos na resistência, protegendo o bem sagrado que vive nas matas, no vento, nas águas dos rios, o bem-viver.

Trabalhei um ano na aldeia do Jaraguá, em São Paulo, com os Guaranis *Mbya* e aprendi muito. Aprendi um dos sentidos de ser resistente. Que viver em comunidade, em coletivo, compartilhando, é muito poderoso, e que podemos nos adaptar em ocupações provisórias, em terrenos desconhecidos e nos fortalecer para seguir, em busca do *tekoa* sagrado. O *tekoa* dos Guaranis é mutável, se institucionaliza. Na época eles viviam resistentes como “o povo invisível no pé da montanha” - do pico do Jaraguá, neste contexto, eles viviam integrados ao ambiente dos Carai (homem branco) e ao mesmo tempo, tentavam manter sua cultura protegida. Até hoje são invisíveis para aqueles que não querem vê-los, que não sabem viver na diferença. São invisíveis para o Estado e para o Carai que (n)os exclui, sem nada sentir. Este momento de adaptação é necessário, mesmo que ele tenda ao desaparecimento da resistência, ele nos permite ressignificar o que é ser o que se é, o que é ser guarani, o que é ser resistente de outras formas.

Aprendi que ser guarani não é provisório, é a essência, é o que enche nosso corpo de energia e que nos move na busca do *tekoa*. E por isso, me revejo a caminho do tekoa aqui nesta pesquisa, pois me dediquei na busca de uma ressignificação de práticas, em territórios desconhecidos em resistência, revivendo momentos que compõem o meu olhar o mundo.

Na minha formação uniprofissional de dentista, vivi o trabalho parcelado, as metas de produção de procedimentos na boca, me apropriei das ferramentas de trabalho, mas sempre me sentia incomodada com a sensação do espaço fechado do consultório e aquilo me assustava, o isolamento entre biombos e os muros que construímos enquanto profissionais. Ir para Roraima nas férias era respirar um pouco de ar mas logo eu cristalizava novamente.

Foi na procura do meu tekoa que me reaproximei de minhas raízes, e de pessoas que tinham um projeto comum na FORP, o Projeto *Huka-Katu* (Sorriso bonito), coordenado pelo Professor Wilson Mestriner Júnior, em parceria com o Projeto Xingu da Unifesp, em que nós (estudantes) vivemos um processo de formação no subsistema de saúde indígena, imersos na saúde coletiva, na realidade. Fui para o Xingu e vivenciei uma experiência difícil de descrever em palavras. Me revisei e fiz escolhas do que eu gostaria de ter em mim enquanto profissional de saúde, aprendi que ter saúde é viver bem, e que para manter aquele projeto comum chamado Xingu dava muito trabalho, era muito barco na água, era muita conversa com a comunidade,

era muita interação com as crianças para tentar entender que território era esse (sim com as crianças!), que gente era essa, que vida era essa. Aprendi com os xinguanos que somos todos um pouco índios, seja na pele, seja nos projetos comuns, seja na resistência.

Eu trouxe o Xingu comigo para Ribeirão. Nesta cidade, participei de um estágio na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2008 em uma das unidades de saúde em que hoje atuam alguns dos residentes. Com esta equipe vivi momentos de interação com outros graduandos da Terapia Ocupacional, com profissionais da equipe, em especial com odontólogos, e com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Vivi momentos de práticas colaborativas nas visitas domiciliares, grupos de promoção de saúde e na organização da festa junina.

Nessas andanças profissionais (e em busca do meu tekoa), me aventurei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. Fui residente multiprofissional em um projeto comum de imersão nas metodologias ativas, participativas, de formação de profissionais para trabalhar na Atenção Básica (AB), de entendimento de que era preciso ter coragem na minha primeira experiência profissional. Fui trabalhar no Antenor Garcia, bairro periférico, com ruas simples, povo simples, simpático, mas às vezes sem muito sorriso no rosto. A equipe do Antenor me ajudou muito a compreender o território, suas dificuldades e sua potência! Apostou em mim nas propostas de planejamento em saúde bucal, na minha insistência nos grupos de promoção de saúde. Lá aprendi a ser muito mais do que dentista e que sempre há resistência para o trabalho em equipe, para estar com o outro, na diferença, é sempre um desafio. Somos muito diferentes e criamos barreiras. Aprendi o quanto a equipe sofre em não conseguir expressar seus limites, o quanto é importante falar pois “quando a gente cala, o corpo fala”, lema da terapia comunitária. Por vezes eu era capturada dentro do consultório odontológico por dias seguidos e sempre procurava flexibilizar a agenda diante da disputa entre a alta demanda da comunidade por atendimento odontológico e a minha demanda por participar do grupo de gestantes, de crianças, de adolescentes, da terapia comunitária.

Essa Residência também me marcou pela equipe de residentes, um coletivo muito resistente, que me acolheu enquanto parceiros diante dos desafios da saúde e da vida. O coletivo de residentes provocava incômodos, questionava os conflitos com a gestão, e nas trocas interprofissionais nós nos produzíamos também enquanto profissionais de saúde resistentes na saúde da FAMÍLIA, na Residência Multiprofissional. Infelizmente este programa foi extinto alguns anos depois por questões que também envolvem o desinvestimento na formação em

saúde, que prejudicou a manutenção das bolsas dos preceptores e tutores e a existência do próprio programa.

No mestrado me aproximei do referencial teórico-metodológico da AI (LOURAU, 2014), e quando experimentei usar ‘estes óculos’, vi o mundo com outros olhos (como a minha amiga Karemme sempre relembra nas discussões do Grupo de Estudos em Análise Institucional - GEPAI). Vivi inicialmente o referencial na imersão em uma pesquisa-intervenção do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) que teve por objetivo acompanhar e analisar o processo de implantação da rede de atenção à saúde materno infantil (Rede Cegonha) no Departamento Regional de Saúde III de Araraquara, tendo a atenção básica como ordenadora da atenção em rede. Meu projeto de mestrado era uma parte deste projeto, e me aventurei a desbravar a Educação Permanente em Saúde e os desafios de um coletivo gestor da Rede Cegonha na interação e aprendizagem na perspectiva da colaboração e por vezes, resistente a ela, na perseguição de sua profecia inicial (LOURAU, 2014): trabalhar coletivamente para que houvesse menos mortes de mulheres e crianças.

Esta oportunidade de pesquisar e articular a Saúde Coletiva e a AI, junto a um coletivo de pesquisadores me inspirou a apostar em um SUS possível, que pode ser construído coletivamente a partir das ferramentas que temos e que a todo o momento se transformam e são atravessadas por forças instituintes, recomendações ditas inovadoras e pelo instituído nos serviços. Viver a Rede Cegonha me inspirou a continuar no aprofundamento do referencial, na busca do meu tekoa. No meu processo formativo foram muitas as trocas com a orientadora a Prof Silvia que desde o mestrado já me acompanha (CORNU, 2015), me fazendo enxergar melhor as balizas. Também fizeram parte destas trocas acerca do referencial teórico-metodológico, outros docentes na minha trajetória de pesquisadora em formação como a Profa Cinira, a Profa Solange, o Prof Gilles, além de todos os meus colegas de pós-graduação que também se aventuram na AI.

A apropriação deste referencial só é possível na vivência da prática, na imersão das situações em análise. É por vezes difícil quando escolhemos colocar os óculos da AI pois sabemos que nossa tarefa não será fácil, principalmente se somos vendados por ele. Digo isso pois o aprofundamento teórico nos dá muitas ferramentas, possibilidades e certa liberdade de ação na construção de diferentes dispositivos de análise. Por outro lado, podemos ficar sobreimplicados com o próprio referencial, quando não conseguimos enxergar que escolha fizemos, e podemos nos perder no emaranhado das relações, ficamos imersos em tal medida no trabalho que nos recusamos a analisar nossas implicações (LOURAU, 1990).

Uma metáfora que o Prof Gilles Monceau costuma utilizar nas suas conferências é que durante a pesquisa estamos dentro de um barco em um mar revolto, e por isso é preciso ter pontos-guia, balizas que nos guiam para não nos perdermos no processo. Estas balizas são referências externas às nossas instituições (ou às instituições que nos atravessam a todo o momento), elas devem estar a uma certa distância do barco para que possamos vê-las, mas não tão distantes a ponto de as perdermos de vista. Por isso, não podemos nos contentar apenas com as regras internas da instituição (da própria AI, por exemplo), se conseguirmos ver as balizas, ver além, também conseguiremos criticar os dispositivos construídos e integrar os efeitos produzidos pela pesquisa, questionando nossos objetivos e as transformações da qual fazemos parte (pois não somos neutros neste processo).

Assim, no doutorado, me propus a mergulhar mais ainda na AI, assumir a não neutralidade e apostar na pesquisa-com (*recherche avec*) e na condição de pesquisadora em constante relação interinstitucional, implicada! Antes do leitor dar continuidade à leitura, é preciso explicar que em alguns momentos utilizo a primeira pessoa do singular (eu), pois é preciso me posicionar como tal, não neutra e por vezes seguindo uma escolha “mais” individual e há momentos em que cedo o lugar para o “nós”, na primeira pessoa do plural. O “nós” podem ter diferentes composições a depender da situação da pesquisa-com: nós = eu com a orientadora nas escolhas e caminhos no referencial; nós = eu com o coletivo de residentes, nós na sociedade. Este será um desafio posto para o leitor, pois será difícil saber com quem eu estava, mas saberá que eu estava entre muitos, e algumas vezes tento esclarecer esses “nós” que podem representar tanto o pronome pessoal, mas também o enredamento e os laços entre pessoas, profissionais, pares.

Esta pesquisa tem por objeto a formação na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), com especial atenção às práticas dos residentes, suas aproximações à colaboração e à integralidade do cuidado a partir do trabalho colaborativo.

Na Introdução, apresento o Processo de Institucionalização da RMS, movimentos de forças presentes na Instituição Formação em Serviço e os desafios diante da proposta de formação interprofissional, problemática central desta tese. Em seguida, abordo o construto teórico da Educação Interprofissional e do Trabalho Interprofissional em Saúde, e a institucionalização da Interprofissionalidade na saúde. Nesta perspectiva, também procuro identificar as diferentes facetas presentes na Formação interprofissional, a colaboração interprofissional e sua relação com a prática interprofissional colaborativa.

No capítulo seguinte, abordo o Referencial Teórico-metodológico da AI, em especial, a Sócio-clínica Institucional e alguns conceitos como resistência, efeitos e analisadores. Destaco

a aposta na reflexividade atrelada à análise das implicações e análise resistencial como princípios norteadores, além da escolha da Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP) como dispositivo central desta investigação.

A partir da Introdução, a problemática vai sendo apresentada nos diferentes movimentos e desafios da institucionalização da Formação em Serviço e dão base para a construção dos objetivos do estudo. Tendo em vista que utilizamos o referencial da AI, cujo objetivo principal é deflagrar movimentos de autoanálise e autogestão em coletivos (BAREMBLITT, 2002) e que para tanto, envolve a análise das implicações, apresento os objetivos desta pesquisa cuja intencionalidade é a de analisar as práticas dos residentes na formação em serviço na AB em um tempo e espaço determinados e que estão em constante transformação. Assim, além da minha não neutralidade, a premissa da mutabilidade em processo e da reflexividade (tanto dos participantes, como minha) e a análise das implicações profissionais estão presentes nesta pesquisa.

No Percurso Metodológico - ou, o caminho que percorremos (eu, a orientadora, os participantes e colaboradores no processo) - traço as questões éticas nas pesquisas de cunho participativo, a descrição do cenário do estudo e os participantes, a construção dos dispositivos de análise imbricados e complementares entre si, a organização do corpus e as análises em processo. Uma vez que a disputa de saberes e poderes está no cotidiano, para atender aos objetivos propostos, os dispositivos construídos possibilitaram minha aproximação à realidade dos serviços de saúde da AB a fim de experienciar a prática dos residentes imersos nas equipes de saúde da família, e também dos espaços formativos que possibilitaram o encontro entre eles.

Os Resultados e Discussão perpassa diferentes momentos da pesquisa-intervenção que se mesclam. Primeiro, por Movimentos do Processo de Institucionalização do Curso de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde, o momento de sua fundação ou criação, e alguns efeitos desta institucionalização, como o efeito *Goody*. Ainda, os movimentos de transição presentes na dinâmica institucional que tiveram repercussão nas práticas dos residentes.

Em seguida, no Capítulo Análise da oferta, das demandas e das encomendas, abordo o delineamento do projeto de pesquisa que resultou nesta tese, que envolveu também minhas relações na Saúde Coletiva e com docentes da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP), tutores na área da odontologia na RMS. Diante das análises das encomendas da pesquisa, das demandas iniciais e da minha oferta de pesquisa-intervenção pude revisitar a minha própria prática como profissional de saúde e pesquisadora e ampliar o olhar para as interferências institucionais que a todo o tempo se fizeram presentes.

Ainda parte dos Resultados e Discussão, partirei para dois momentos de evidenciação das resistências. Primeiramente, as Resistências na formação comum, que envolveram as resistências aos mecanismos de controle e domínio institucionais, envoltas pelas implicações profissionais dos residentes na formação em serviço; o não-saber e a lista de presença como analisadores da resistência à colaboração e os efeitos nas práticas dos residentes (o efeito Lapassade e o efeito Mühlmann). Em seguida, as Resistências no Processo de Trabalho-Aprendizagem, diante das interferências interprofissionais e da tutoria de campo e outros analisadores das relações de saber-poder.

Apresento por fim, algumas Considerações Finais a partir de reflexões acerca das análises feitas ao longo da pesquisa, limites e possibilidades que se abriram a partir desta pesquisa-intervenção.

É esta vivência de abertura para espaços de diálogos e de aprendizagem com as tensões que trago com muita força nesta pesquisa e admito por vezes minha sobreimplicação (LOURAU, 1990). Por isso, o texto vai sendo conformado a partir de meu olhar e da composição com outros olhares, de pessoas que me auxiliaram nessa tarefa, das balizas que avistei, de pessoas com quem compartilhei no processo de aprendizagem desta pesquisa. Assim, este texto revela a análise de minhas implicações da maneira como foi possível entrever pela venda e me afastar para analisar o território em que eu estava imersa.

1 INTRODUÇÃO

Abordar a formação de recursos humanos no e para o Sistema Único de Saúde (SUS) nos faz pensar primeiramente como ela esteve marcada em sua história por uma série de disputas, tensões, contradições e lutas. Trago a seguir alguns aspectos que envolvem o processo de institucionalização da Formação em Serviço no Brasil, tomando-a enquanto Instituição, a fim de aprofundar seus aspectos fundantes e seu processo de institucionalização. Aponto alguns desafios da formação interprofissional no cenário das Residências Multiprofissionais em Saúde e trago alguns elementos teóricos conceitos referentes à Educação e Trabalho Interprofissional; Interprofissionalidade; Colaboração e Prática interprofissional.

1.1 Movimentos do Processo de Institucionalização da Residência Multiprofissional em Saúde

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de saúde em 1978, que teve como produção a Declaração de Alma-Ata, a mudança na formação em saúde começava a ser construída (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 1978). A proposição de organização dos sistemas de saúde pautados na Atenção Primária à Saúde (APS) exigia uma aprendizagem contínua durante a formação inicial sobre o trabalho em saúde, a contextualização dos serviços e necessidades de saúde (FEUERWERKER, 2014). Trazer para o debate estes elementos instituintes, naquele momento em que o Brasil estava sob o regime militar, colocavam em xeque o modelo de formação até então vigente. Neste período, o país tinha forte influência dos padrões importados dos Estados Unidos e foi marcado pela expansão do modelo hospitalocêntrico na saúde pública brasileira, a formação então era ordenada pela lógica do tecnicismo, da especialidade, do desenvolvimentismo e do capitalismo efervescente (DA ROS et al., 2006).

Remonta a este período as primeiras residências médicas, que eram em formato de internato, e em alusão ao longo tempo de trabalho, os profissionais “moravam” nos serviços, eram os residentes (ABIB, 2012). De inspiração norte-americana, as residências eram essencialmente para profissionais médicos e para formação em serviço especializado hospitalar (FERREIRA, 2007), reprodução do modo hegemônico de atuação na saúde por especialidades, com foco em uma prática liberal individual, curativa e privada (DA ROS et al., 2006). A criação da residência médica em 1977 (PASINI, 2010), compõe parte dos movimentos do processo de institucionalização da formação em serviço na lógica uniprofissional e hospitalar, com

monopólio do poder médico. A lógica de redução de investimentos sociais adotada pelo governo brasileiro nos anos 80 marcaram este período por uma grave crise, o que contribuiu para minar as forças férteis de discussão democrática dos anos 70 (PASINI, 2010).

Nesta dinâmica institucional, havia também movimentos instituintes na formação médica que ocorriam fora dos muros do hospital, já nos anos 60 e 70, como o curso experimental da Universidade de São Paulo (USP), a inserção de práticas na área rural da Universidade de Brasília e o internato rural na Universidade Federal de Minas Gerais, porém isoladas da realidade nacional, estas iniciativas perderam potência (FEUERWERKER, 2014). Neste período também se destacou a modalidade classificada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) como extensão universitária, dos projetos de Integração-Docente-Assistencial (IDA) (RODRIGUES, 1993). Apoiados no modelo da medicina comunitária e no atendimento principalmente de populações rurais, estas iniciativas atendiam à política de ampliação da cobertura com vistas ao cuidado integral e com uma equipe multidisciplinar em formação em serviço (RODRIGUES, 1993).

Emerge neste cenário a Saúde Coletiva enquanto campo instituinte de saberes e práticas por sua integração disciplinar e ampliação do conceito de saúde e educação. Institucionalizada por meio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, a Saúde Coletiva desponta como alternativa ao poder médico-centrado instituído e abre uma brecha nos fazeres no campo da saúde para a perspectiva inter e transdisciplinar (L'ABBATE, 2018). Neste processo foi instituinte a inclusão de disciplinas obrigatórias de medicina preventiva na reforma curricular dos cursos de Medicina em 1978 (PASINI, 2010), o que contribuiu para impulsionar programas com foco na comunidade. Como por exemplo, os projetos IDA que expandiram a inserção de estudantes nas unidades de atenção primária nos anos 80, porém com ações ainda marcadas pela fragmentação (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Como as residências eram exclusivamente para médicos, para além de inventar espaços fora do ambiente hospitalar, o desafio consistia na integração destes com outros profissionais de saúde durante a formação. Para alguns grupos “desmonopolizar era a palavra de ordem” (DAROS et al., 2006, p. 105). Um exemplo instituinte na pós-graduação foi a criação do Programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo, no Rio Grande do Sul, em 1976 (SÓL, 2011). Pioneiro e modelo de Residência Integrada ao Sistema de Saúde, sua intencionalidade era instituir uma modalidade integrada multiprofissional que valorizava uma visão crítica e humanista do trabalhador de saúde:

Havia uma preocupação com visitas domiciliares, trabalhos com grupos, compreensão da lógica do povo, realização de educação em saúde e trabalho interdisciplinares. Estas últimas preocupações eram tão grandes que não se concebia um trabalho em saúde como monopólio de uma profissão. Havia a intenção de quebrar este monopólio (DA ROS et al., 2006, p. 105).

Sól (2011) destaca que esta experiência de trabalho multiprofissional entre médicos, enfermeiros e atendentes de enfermagem possibilitou vínculo entre os membros da equipe, e percepção de que quanto menor o distanciamento entre as especialidades, maiores as possibilidades de gestão de conflitos em seu processo de trabalho. Essa nova configuração de residência integrada ao sistema de saúde e multiprofissional gerou um ambiente de disputa com a Comissão de Residência Médica, pois dentre outros elementos, não se caracterizava como uma residência médica exclusivamente. Portanto, apesar de ter sido modelo para a implementação de outros programas pelo Brasil, a partir de 1983, passou a se chamar Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária e a perda de sua profecia inicial contribuiu para sua extinção (SÓL, 2011).

A efervescência da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, impulsionou o movimento instituinte de democratização do país, e embasou as discussões sobre a integração da Saúde e da Educação com foco na formação de trabalhadores no SUS e para o SUS (BRASIL, 1990). O marco da Constituição de 1988 e o nascimento do SUS instituído em forma de lei orgânica (BRASIL, 1990) vieram instigar o pensamento daquilo que antes era considerado como *saúde*, a saúde como ausência de doença, a saúde como mescla de bem viver com estar no mundo (bem-estar). O panorama político no Brasil no final dos anos 80 remonta à fase de redemocratização, momento de muita negociação e abertura para o novo, manifestações do povo, Diretas-já¹, eleições. As reflexões e escrita da então nova lei eram na direção da saúde como direito, da importância da opinião e participação social, da discussão de diretrizes que pudessem contemplar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de responsabilizar o próprio sistema pela formação de seus profissionais, conforme o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Todo este processo produtivo de sistema de saúde tinha como objetivo a reorientação do modelo de atenção à saúde, movida por forças instituintes de mudanças e transformações de práticas e de cuidado com uma proximidade à vida (e necessidades) dos usuários de modo a garantir os princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1990). O conceito

¹ Diretas-já foi um movimento civil ocorrido em 1983-1984 durante a ditadura militar para reivindicar eleições presidenciais diretas no Brasil, com a mobilização de milhões de pessoas (MEMORIAL DA DEMOCRACIA, 2019).

de Integralidade apresenta diferentes sentidos e características de um SUS que desejamos alcançar (MATTOS, 2004). A partir dos estudos de Mattos (2004), entendemos que o cuidado integral se preocupa em não fragmentar o cuidado à pessoa ou, em não reduzi-lo à sua condição biológica; diz respeito à uma organização articulada de práticas e dos serviços de saúde em rede; e também, tensiona a construção de políticas que respondam de forma cada vez mais ampla as necessidades das comunidades.

Esses conceitos são alicerce para transformações importantes que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira suscitou como a consolidação da democracia, a luta pela garantia da saúde como direito, do cuidado integral e uma concepção sobre o processo saúde-doença-cuidado com incorporação de políticas de saúde emancipatórias.

No entanto, esses movimentos têm sido atravessados pela forma tradicional de ensino instituída. O lançamento do Relatório Flexner, em 1910, representou a institucionalização de modelos de formação tradicionais especializados com foco no cuidado fragmentado, preocupados em tratar a doença, extinguindo a causa biológica e concentrados no ambiente hospitalar (DA ROS et al., 2006; PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Movimentos na direção da especialização como estes se refletem no poder das corporações. Um exemplo de disputa de forças ocorreu em meio à crise econômica nos anos 80, quando apenas os médicos conseguiram reajuste de bolsas diante da desvalorização provocada pela inflação, enquanto as demais áreas tiveram suas bolsas congeladas, fato que resultou no fim de alguns programas de residência no início dos anos 90 (UEBEL; ROCHA; MELLO, 2003).

Nesse contexto de disputas e tensões, a participação social e a incorporação da corresponsabilidade pela saúde tiveram novo sentido para seus atores que juntos poderiam propor, discutir e aprovar novas diretrizes para a formação, com destaque para o espaço de decisão maior e legítimo das conferências (municipais e nacionais) e dos conselhos locais de saúde (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002). Os movimentos que apostaram na integração ensino-serviço-comunidade se reuniam para colocar este debate na agenda das associações de ensino das profissões de saúde (FEUERWERKER, 2014).

Nesse processo de institucionalização da formação em serviço, algumas iniciativas caminharam na direção da democratização da Saúde e Educação. Na América Latina, a Fundação W. K. Kellogg se destacou na promoção do ensino das profissões da área da saúde na perspectiva da Saúde Coletiva no Brasil (LINS; CECÍLIO, 1998; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Nesta onda de investimentos, na década de 90, teve destaque o Programa UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde, em que universidade,

serviços de saúde e movimentos organizados da comunidade deveriam atuar em conjunto na formação dos profissionais de saúde (LINS; CECÍLIO, 1998).

Com apoio desta Fundação, nasceu a Rede Unida, em 1985 (REDE UNIDA, 2019), ao carregar consigo os programas UNI e IDA, e que hoje se constitui como importante coletivo na promoção de encontros entre atores de diferentes frentes para a discussão da formação na saúde.

Estes movimentos caracterizaram-se por parcerias entre as diferentes esferas que compõem a complexa rede ensino-serviço-comunidade. Experiências UNI na América Latina se mostraram exitosas e apontaram a necessidade de mudança tanto nas práticas pedagógicas quanto na construção conjunta de espaços de aprendizagem para além dos muros da Universidade apoiados em diálogo entre trabalhadores dos serviços de saúde, estudantes e docentes (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Tendo em vista que as forças instituintes sempre estão presentes, a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, deu início em 1999 às Residências Integradas em Saúde, que em geral, eram mantidas por parcerias entre as Secretarias de Saúde e as Universidades e suas fundações (HAUBRICH, 2015). Este tipo de experiência esteve presente também no Rio de Janeiro, Distrito Federal e Bahia (HAUBRICH, 2015). Cabe dizer que a utilização do termo Residências *Integradas* Multiprofissionais em Saúde (RIMS) cumpre sua função de suscitar a integração entre trabalho e formação (ABIB, 2012), uma vez que as Residências são resultado das práticas de seus atores, elas poderiam estabelecer a integração entre as diferentes profissões, seus núcleos de saberes e práticas e ainda, a integração entre serviços de saúde e educação, e de saberes das diferentes ciências que compõem o campo da Saúde Coletiva (SILVA et al., 2007).

Os desafios de um modelo de saúde hegemônico, biologicista, centrado na doença com práticas insuficientes para o atendimento de qualidade disparou a discussão da construção do SUS a partir de projetos políticos coletivos e articulados com a comunidade (FEUERWERKER, 2014). A formação dos profissionais nesta perspectiva exigia a atenção especial às escolhas de cenários de prática e reformas educacionais. Neste sentido, essa nova formação na AB foi incluída na reformulação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da área de Saúde (BRASIL, 2001), no entanto, a convocação para este movimento de mudança responsabilizou muito mais os trabalhadores dos serviços do que as Universidades que ficavam focadas na metodologia de ensino (FEUERWERKER, 2014).

Após a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, um grupo tentou reinventar a Residência em Saúde da Família, preservadas as especialidades de cada área e com a previsão de uma área comum reproduzindo um modelo de saúde pública mais do que um

modelo de saúde coletiva (CECCIM, 2006). O movimento de reformulação na graduação foi impulsionado pelo encontro instituinte entre MEC, MS e OPAS e resultou na criação do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), que contava com o reforço aos princípios do SUS e a ampliação dos cenários de prática para além do hospital, para a atuação na AB (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Estes investimentos repercutiram também na pós-graduação, quando em 2002, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), financiou 19 Programas de Residências Multiprofissionais de diferentes arranjos, mas na perspectiva de trabalho integral entre os núcleos profissionais (CECCIM, 2006). Este primeiro movimento na direção ao trabalho interprofissional indicava o interesse em propor a integração entre os núcleos de saberes. Forças impulsionadas institucionalmente com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), reforçaram a intencionalidade de atender ao previsto no artigo da Constituição que responsabiliza o SUS pela gestão da formação dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 1990), com algo instituinte: a parceria com o MEC (CECCIM, 2006).

Após discussão e deliberação entre os anos de 2003 e 2005 na recém-criada SGTES, um dos marcos nesta frente foi a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como parte da *Política de educação e desenvolvimento para o SUS* e a proposta de organização de Polos de EPS (BRASIL, 2004a). Anos depois, diante de uma série de diputas, uma nova portaria é lançada, a GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007a) que reafirma o seu intuito de fomentar a qualificação dos trabalhadores, no entanto, propõe a descentralização dos recursos financeiros, planejamento e execução de ações por meio de colegiados de gestão regional com base nas necessidades de saúde locais, um grande desafio.

Além disso, a parceria entre Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - e Rede Unida promoveram o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, em 2005, questionando a formação inicial de caráter técnico-instrumental, fragmentada por núcleos de saber. Ainda nesta mescla de movimentos transversais, algumas políticas públicas indutoras da qualificação dos trabalhadores para o SUS como movimentos que possibilitam o protagonismo estudantil e a integração ensino-serviço como o VER-SUS - Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde, Aprender-SUS, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013), porém tiveram seu financiamento dramaticamente reduzido pelo governo federal nos últimos anos.

Na confluência das políticas públicas, a implementação destas propostas de integração ensino-serviço no SUS também foi apoiada pelo Conselho Nacional de Saúde e demais atores envolvidos na aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, que buscava a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, a partir do compromisso entre os gestores municipais, estaduais e federais com o fortalecimento da atenção básica (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

No processo de institucionalização das Residências em Saúde a integração entre os núcleos de saberes que incluíssem a medicina foi sempre uma zona de tensões, com fortes resistências ao reconhecimento da titulação médica por um curso de residência multiprofissional (DA ROS et al., 2006). No Fórum de Residências Médicas em 2004, a rejeição a esta ideia foi tensionada tanto pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), como pelo Mec, que pactuaram o trabalho integrado entre uma Residência em Medicina da Família e Comunidade e uma Residência Multiprofissional para todas as outras profissões, que seria o novo desafio a ser instituído (DA ROS et al., 2006).

Diante de mudanças na gestão do MS em julho de 2005, foi estabelecida uma comissão bilateral entre Mec e MS para a elaboração de uma portaria regulamentando as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) (BRASIL, 2007b). Um passo importante para a implementação da PNEPS e da PNAB foi a defesa de Residências Integradas em Saúde como pós-graduação *lato-sensu*, nas modalidades Especialização em Área Profissional e Residência Multiprofissional com a Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005). Com foco na educação em serviço, esta modalidade foi destinada às categorias profissionais que integram as áreas de saúde, 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 (BRASIL, 1998). Estes termos “multiprofissional” e “em área profissional” são reflexos institucionais na escrita, cuja linguagem escolhida pela lei (CECCIM et al., 2018), nega a reprodução da formação uniprofissional.

Para fins de manutenção, financeira e organizacional destes profissionais que permanecem dois anos em formação integral em serviço, o governo federal instituiu o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2009a), que foi regulamentada posteriormente em 2012. Além de elencar eixos norteadores, a Portaria 1077 (BRASIL, 2009a) prevê a “integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a gestão da clínica em saúde”. Estas experiências podem ser

compartilhadas nos Fóruns Nacionais de Residentes em Saúde desde 2005 e é nestes espaços que são debatidas as orientações, conceitos e práticas da formação em serviço, fomentando a participação democrática dos trabalhadores (CECCIM, 2010).

As RMS são forças instituintes indutoras da mudança, primeiro porque sustentam que diferentes profissionais atuem conjuntamente para a resolução dos problemas (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009). E segundo porque este modelo de formação coloca em xeque a hegemonia médica e questiona paradigmas de formação em saúde ao propor o trabalho em equipe interprofissional com foco na integralidade e nas necessidades de saúde (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009). Além disso, possibilita uma formação política, de desenvolvimento de competências e habilidades de negociação, mediação e tolerância, e vivência de conflitos e relações de poder nos serviços de saúde (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012).

1.2 Desafios da formação interprofissional nas Residências Multiprofissionais em Saúde

Em revisão de literatura, Peduzzi et al. (2013) descreveram três tipos de formação dos profissionais de saúde no Brasil, a uniprofissional, mais hegemônica, em que o processo ensino-aprendizagem é isolado em cada núcleo de saber, a multiprofissional, em que diferentes estudantes e profissionais aprendem paralelamente e a interprofissional, em que há integração e aprendizagem compartilhada entre diferentes estudantes e profissionais. Esses autores citam a RMS como cenário de educação interprofissional, em discussão desde a década de 1990, que tenta preservar os princípios do sistema com base na APS, reconhecendo tanto as especificidades de cada área como as ações comuns para o cuidado integral (PEDUZZI et al., 2013).

No entanto, no processo de institucionalização das RMS, a formação interprofissional ainda se constitui um desafio e resistência, pois a lógica estrutural e parcelada do ensino de graduação ainda é dominante, o que estimula uma continuidade ao trabalho uniprofissional e ainda, há pouco apoio político para que as políticas públicas sejam efetivadas (COSTA, 2016).

Neste sentido, “experimentações” no ensino de graduação em saúde na direção da interdisciplinaridade impulsionaram mudanças a favor da formação em serviço integrada. Pioneiros na formação interprofissional no Brasil, duas experiências de educação interprofissional na graduação se destacam, uma na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Campus Baixada Santista (CAPOZOLLO; CASETTO; HENZ, 2013), e outra na

Faculdade de Ceilândia (FC) da Universidade de Brasília (UnB) (PARREIRA et al., 2018) com repercussões nos currículos da pós-graduação.

A Unifesp, campus Baixada Santista, mantém uma articulação com um projeto institucional universitário, uma rede interna de ações de educação permanente e acompanhamento pedagógico de docentes e do currículo, com avaliação do projeto pedagógico, que foi construído em eixos de trabalho transversais com base em uma clínica comum (CAPOZZOLO; CASETTO; HENZ, 2013). Na pós-graduação, tiveram a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde, em Santos, de 2010 a 2015. Este curso acompanhou a base curricular institucionalizada neste campus a partir do referencial da educação interprofissional com incentivos à co-construção da rede de saúde municipal (DEVINCENZI et al., 2017). Atualmente este curso foi reestruturado com foco na saúde mental.

A FC da UnB, há 10 anos, conta com cursos interprofissionais nos projetos pedagógicos de graduação, e dois cursos de pós-graduação *stricto sensu* desde 2015, com disciplinas compartilhadas, uso de metodologias ativas como o método Team Based Learning (TBL) - com aporte teórico da interprofissionalidade e cuidado colaborativo (PARREIRA et al., 2018).

No cenário atual, movimentos de mudança em direção à interprofissionalidade começam a se institucionalizar no ensino de graduação com a adesão de IES em editais do PET-Saúde Interprofissionalidade. Estudo aponta que a vivência da formação em serviço interprofissional tem sido considerada favorável à integração de estudantes, usuários, trabalhadores e docentes e à problematização dos currículos dos cursos em questão (CÂMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015). Além disso, estas experiências vão ao encontro do que é proposto pela EIP enquanto inovação: aprender de forma interativa e engajada com os demais profissionais e aprender sobre suas profissões (tanto sobre a prática individual, quanto a coletiva) (BARR et al., 2005).

São muitos os desafios presentes nas experiências de RMS como dificuldades dos profissionais em adotar posturas de protagonismo no trabalho em equipe (CARDOSO; HENNINGTON, 2011), o não-saber dos trabalhadores das equipes e demais atores quanto às práticas pedagógicas (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009), pouca apropriação teórico-metodológica dos programas para o processo ensino-aprendizagem interprofissional (ARRUDA et al., 2016) e por vezes, os conflitos entre programa de residência e gestão municipal (ROSA; LOPES, 2016).

Por outro lado, a literatura aponta que esta modalidade de formação multiprofissional pode ser um espaço intercessor para a EPS, pois propicia o encontro entre os diferentes atores como residentes, docentes, usuários e profissionais do serviço em diferentes cenários em que constroem relações e interações (SILVA et al., 2015a); possibilita a vivência dos princípios do SUS, aproximando os profissionais da integralidade do cuidado e atua como dispositivo de formação que tem como importantes atravessamentos o modelo de ensino flexneriano (DALLEGRAVE; CECCIM, 2013). No entanto, para que a RMS seja campo potente para o fortalecimento da articulação ensino-serviço e para a formação interprofissional, é necessário fomentar o protagonismo de todos os atores, com mecanismos de gestão participativa numa perspectiva em que todos sejam corresponsáveis pelo cuidado prestado e pelo processo formativo (CARDOSO; HENNINGTON, 2011; ARRUDA et al., 2016).

A manutenção de espaços de decisão compartilhada, como os fóruns de residência, é importante para manter as articulações interinstitucionais propostas pelo quadrilátero da formação em saúde no encontro entre ensino, gestão, práticas de atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Na construção da integração entre os núcleos de saberes, o cuidado em saúde está constantemente em disputa entre as diferentes profissões e as pactuações entre seus atores têm efeitos nas práticas dos serviços de saúde.

Um exemplo importante de negociação que colocou em questão o poder médico instituído foi a discussão sobre a Lei do Ato Médico (BRASIL, 2013). Vigente desde 2013, ela foi aprovada com vetos depois de 12 anos de tramitação, mobilizou a discussão com os demais profissionais da saúde e delimitou as atividades de exclusividade da profissão médica, entre elas o diagnóstico e o tratamento das doenças. Por outro lado, na discussão da prática médica, em 2019, tivemos o fim do acordo de cooperação técnica articulado pela OPAS entre Cuba e Brasil, parte do Programa Mais Médicos (PMM), o que agrava a alocação de profissionais em áreas de difícil acesso e alta vulnerabilidade. E mais ainda, o desinvestimento no PMM reflete diretamente na expansão de vagas de residência médica em saúde da família e comunidade, na qualificação da formação médica e no fortalecimento da AB (ABRASCO, 2019).

Um outro exemplo diz respeito à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017a) que foi revisada e modificada. A escrita da “nova PNAB” apresenta mudanças que colocam em risco as estratégias de priorização do modelo assistencial na Estratégia Saúde da Família (ESF) como a flexibilização de investimentos e a sugestão de atuação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto Núcleos ampliados de Saúde Família (NASF- AB), fragilizando sua função de apoiadores matriciais

(BRASIL, 2017a). Estas transformações fortalecem a competição por territórios de saberes, poderes e práticas entre os profissionais e perdem de vista o cuidado ao usuário.

No contexto da implementação das políticas públicas, o financiamento do SUS tem estado no centro das discussões. A regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 nos anos 2000 permitiria que os recursos aplicados nas ações e serviços de saúde não sofressem desvio de finalidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019). Como parte do processo de mudanças foram regulamentadas novas normativas como a Emenda Constitucional 95 que congela os investimentos em saúde e educação por 20 anos (BRASIL, 2016a). Pinto (2018) analisa os efeitos do modelo de financiamento das políticas públicas brasileiras e os reflexos da Desvinculação da Receita da União (DRU), que foi prorrogada até 2023 sob a argumentação da ingovernabilidade financeira pela qual passa o país. Este mecanismo provisório se estendeu e em 2016 desvinculou 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB) das políticas sociais para outros pagamentos referentes à dívida pública. Diante de todo este quadro de mudanças e de crise em relação aos investimentos e políticas de saúde, o modelo de cuidado com orientação na AB está em risco e com ela a proposta das RMS.

Assim, entendemos que para assumir a formação interprofissional nas RMS como estratégia para a mudança, é preciso uma reformulação curricular, que deve contar com apoio institucional a partir do entendimento de educação e saúde dialógicas (BATISTA, 2013). Com a intenção de fomentar mudanças nas práticas, um estudo recente sobre a percepção dos residentes sobre seu processo ensino-aprendizagem aponta que é preciso garantir espaços de EPS e de discussão da teoria-prática com a participação de residentes, docentes e preceptores (CORREIO; CORREIO, 2018) e outro indica a promoção de uma gestão acadêmica coletiva com o compartilhamento decisório no replanejamento permanente do projeto pedagógico (DEGIOVANI, 2017).

Em diferentes cenários de prática, seja ele hospitalar (ARAÚJO NETO et al., 2015; MEDINA, 2016; DEGIOVANI, 2017, ARAÚJO et al., 2017; CORREIO; CORREIO, 2018) ou na atenção básica (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015; MEDINA, 2016; ARRUDA et al., 2016), reconhecer o papel dos residentes e aprender a implementar estes fazeres no cotidiano das equipes e no fazer de tutores e preceptores é um grande desafio. Nesses espaços de formação em serviço, a prática interprofissional pode ser fortalecida com a adoção de metodologias ativas como o método da tenda invertida e o método da roda pois estimula seus atores a se colocarem em posições diferentes, a experimentarem novos papéis e lugares (ARRUDA et al., 2016). Fator reforçado por Reeves (2016) quando defende a utilização de métodos de aprendizagem interativos como elemento importante para a implementação da EIP.

Quando se trata do reconhecimento dos saberes dos demais membros da equipe, geralmente os médicos se mostram resistentes, o que remonta à manutenção de um modelo taylorista de linha de montagem hierarquizada (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009). Porém, a aprendizagem do trabalho com uma equipe multiprofissional pode romper com essa lógica e tende a abalar a hegemonia do saber médico sobre os demais profissionais da equipe (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009), principalmente se encontram espaço de negociação e debate sobre as ações que são complementares e interligadas e que pertencem a um campo comum (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

Ainda que paira o medo da perda de sua identidade profissional, a depender da posição e do papel que assumem os residentes nos cenários de trabalho e aprendizagem, estes modos de ser residente podem favorecer momentos de decisão compartilhada, trabalho em equipe e manejo de conflitos, aprendizagem de ferramentas como as tecnologias leves (vínculo e escuta qualificada), liderança, reconhecimento de papéis dos profissionais (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015; CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015, ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

Assim, a RMS se constitui como espaço potente para o desenvolvimento de uma postura de ação colaborativa, a partir de uma aprendizagem interativa que exercite o compartilhamento de saberes e poderes, que se torna mais possível a partir de investimentos inclusive financeiros na formação dos profissionais de saúde do SUS.

1.3 Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde

Para resgatar o movimento da Educação Interprofissional a partir de Alma-Ata, ocorrida em 1978, quando a Atenção Primária à Saúde foi definida como uma perspectiva para orientação do cuidado em saúde a nível mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 1978), é importante considerar alguns elementos. Neste momento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se posicionou de modo a defender a ampliação da Educação Interprofissional (EIP) como uma das estratégias globais no projeto “Saúde para todos até ao ano 2000” (OMS, 1978). Uma vez que a maioria dos países está longe de ter a APS como coordenadora do cuidado, ainda hoje, a declaração de Astana em 2018 reafirma este compromisso (OMS, 2018). No entanto, esta declaração toma o conceito de justiça e não o vincula ao termo social, o que pode colocar em xeque a atenção primária integral, uma vez que

há fortes disputas econômicas (entre os setores público e privado) quanto à cobertura universal e à saúde como direito universal (GIOVANELLA et al., 2018). Assim, é forte o incentivo para a adoção da perspectiva interprofissional a nível global para a formação na área da saúde com objetivos como a satisfação dos trabalhadores de saúde, o reconhecimento da equipe interprofissional, e o atendimento às necessidades dos pacientes, famílias e comunidade (BARR, 2015).

Diante do desafio de qualificar a atenção à saúde, uma publicação da Revista Lancet (FRENK et al., 2010) propôs que práticas institucionais e educativas inovadoras fossem implementadas, por meio da reforma nos sistemas de educação para transformação dos sistemas de saúde (FRENK et al., 2010). Dentre as recomendações para o novo Século, as práticas de EIP foram fortemente incentivadas com a inclusão de uma aprendizagem compartilhada de competências colaborativas entre os profissionais e que envolvessem as *peessoas* que estavam sendo cuidadas (FRENK et al., 2010; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A adoção de práticas de EIP foi evidenciada pela OMS em 14 países (Argélia, Austrália, Canadá, Egito, França, Israel, México, Nepal, Paquistão, Filipinas, Sudão, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos (EUA) (BARR, 2015). Incentivados pela OMS a sistematizar projetos nesta direção, Austrália, Reino Unido, Canadá e EUA lideraram e influenciaram a implementação da EIP em outros países com a indicação de diretrizes, marcos e com fomento a publicações de experiências exitosas (BARR, 2015; CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION, 2017). É importante notar que as experiências de EIP em cursos de graduação em saúde tem foco em temas interprofissionais como a segurança do *paciente* (REEVES, 2016). Assim, a literatura sobre o tema se refere por vezes ao termo *pacientes*, outras vezes os autores ampliam para o termo *peessoas* ou *comunidades*, de acordo com sua concepção quanto ao processo saúde-doença-cuidado.

Nessa direção, a fim de estimular um consenso a nível mundial, em 2010, a OMS investiu na publicação de uma definição de Educação Interprofissional que teve como referência a proposta do Centro para o Avanço da Educação Interprofissional² (CAIPE): “quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre o outro (*about*), com o outro e entre si (*from and with*) para permitir uma colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde” (OMS, 2010, p. 13). Nessa direção, Reeves (2016) reforça que a EIP tem como principal intencionalidade avançar na promoção de práticas colaborativas.

² Definição do Caipe: *occasions when two or more professionals learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care* (CAIPE, 2002, p.6)

Esta definição deve direcionar a gestão do cuidado em sistemas de saúde orientados pelos princípios da APS, com foco na Prática Colaborativa Interprofissional (PCI), termo sugerido por Morgan, Pulon e McKinlay (2015) para designar a colaboração nos cenários de prática. A OMS sintetizou essas práticas em colaboração como momentos em que vários profissionais de saúde de diferentes formações profissionais trabalham em conjunto com pacientes, familiares, cuidadores e comunidades com foco na qualidade da atenção em prol da resolutividade dos sistemas de saúde (OMS, 2010, 2013). Além da intenção de manter este marco atualizado, a OMS tem estimulado encontros e parcerias a nível regional com o investimento na construção de redes de educação e trabalho interprofissional.

No entanto, é preciso ressaltar que cada país entende e se apropria da EIP segundo sua visão de sujeito, de mundo, de saúde e de organização de sistema de saúde. Desde os anos 90, o CAIPE no Reino Unido busca promover a valorização e a integração de profissionais para o desenvolvimento da EIP e estimula que diferentes profissionais aprendam de forma interativa e conjunta, sobre si, e sobre o outro. Assim, alguns princípios da EIP propostos por Barr e Low (2011) sugerem valores, processos e resultados que indicam além do cuidado centrado no paciente, o respeito à individualidade de cada profissional e a negociação de limites e regras no trabalho interprofissional.

No Canadá, em 2010, o *The Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) apresentou uma definição muito alinhada ao CAIPE, mas com suas peculiaridades, para eles: “Educação interprofissional ocorre quando os profissionais de saúde aprendem colaborativamente dentro e entre as disciplinas, a fim de obter conhecimentos, habilidades e valores necessários para trabalhar com outros profissionais de saúde” (ORCHARD et al., 2010, p. 8), neste caso, valorizam a aprendizagem colaborativa para o trabalho em equipe e a atenção centrada na pessoa (e não no paciente, doente, cliente). Além disso, as práticas devem seguir outros princípios como o desenvolvimento da comunicação interprofissional, esclarecimento dos papéis profissionais, dinâmica de funcionamento em equipe, resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa (ORCHARD et al., 2010).

Nos Estados Unidos, a EIP é direcionada para um cuidado em saúde que se baseia em resultados, raciocínio lógico, avaliação. Na defesa de um consenso em relação ao significado da EIP e seus elementos - *about, from and with* - sobre o que, de quem, e com quem os estudantes e profissionais devem aprender - os Credenciadores Colaborativos de Profissionais de Saúde americanos (HPAC) lançaram um documento norteador de competências interprofissionais para ser utilizado em planos de formação e na regulação do exercício profissional (HEALTH PROFESSIONS ACCREDITORS COLLABORATIVE, 2019). Estes

documentos regulatórios são resultado da reunião de seis associações educacionais fundadoras (odontologia, enfermagem, medicina, medicina osteopática, farmácia e saúde pública) que formaram um conselho para elaborar normativas, da formação inicial à continuada, para guiar as práticas em saúde com foco na Colaboração Interprofissional (INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE, 2016).

Na região das Américas, a OPAS tem investido substancialmente em encontros entre países da América Latina (com destaque para Argentina, Brasil e Chile) e Caribe, com a exposição de experiências de EIP que envolvem a proposição de uma agenda regional para discussão do tema na Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (REIP) em eixos de trabalho como pesquisa, iniciativas pedagógicas e o desenvolvimento de mecanismos legais, além de incentivo à formação docente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2017).

No Brasil, o I Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde, realizado em 2015 em Natal, no Rio Grande do Norte, foi considerado um marco e contou com a participação de importantes universidades brasileiras (CÂMARA et al., 2016). Neste momento, foram analisados quatro grandes temas:

1- o papel da EIP e da prática interprofissional na promoção da equidade em saúde frente às desigualdades brasileiras; 2- O cenário atual das políticas nacionais de reorientação da formação de profissionais de saúde no Brasil; 3- a necessidade de desenvolvimento de pesquisa sobre EIP e prática interprofissional; 4- as iniciativas pioneiras de EIP no Brasil (CÂMARA et al., 2016, p.10).

E ainda, se discutiu a criação de uma Rede Nacional, a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), que inclui estudantes, docentes, pesquisadores e trabalhadores da saúde no impulsionamento de ações interprofissionais, a nível micro, meso e macro, em coerência com a efetivação do sistema de saúde brasileiro e na busca de colocar em discussão o modelo de formação fragmentado instituído atualmente (COSTA, 2017). A 4ª edição do evento internacional que ocorreu Faculdade de Ceilândia, Campus UnB, em dezembro de 2018 teve apoio financeiro da SGTES do Ministério da Saúde. Antes de aprofundarmos aspectos do Trabalho interprofissional é importante retomar a origem do termo interprofissionalidade.

1.4 Da interdisciplinaridade à interprofissionalidade

No referencial epistemológico cartesiano de produção do conhecimento, “disciplina” é um termo que se correlaciona à especialidade, especialista, especialização. Esta fragmentação em diferentes disciplinas durante o movimento iluminista, e também do próprio sujeito científico, deu origem à disciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 2005). Em seu processo de institucionalização, a disciplina é entremeada tanto pelo reducionismo cartesiano (objetos simples) – instituído e também por outras forças instituintes como as do pensamento complexo (objetos complexos em sua natureza, sociedade, história), denotando suas contradições, suas nuances da superespecialização à abertura de novas fronteiras (ALMEIDA FILHO, 2005).

Cetina (1999) argumenta que, enquanto parte da sociedade do conhecimento, estamos em uma fase de transição na qual as culturas epistêmicas são parte estrutural, isto é, a manutenção do conhecimento epistêmico em diferentes domínios (científico, acadêmico, tecnológico e outros) depende de uma série de mecanismos e arranjos, processos e sistemas, estratégias e políticas subjacentes às práticas (CETINA, 1999).

Para a autora:

Os termos diferenciadores que usamos no passado não foram projetados para tornar visível a complexa consistência do conhecimento praticada nos profundos espaços sociais das instituições modernas. Para trazer à tona tal consistência, é preciso ampliar o espaço do *conhecimento-em-ato*, em vez de simplesmente observar disciplinas ou especialidades como estruturas organizadoras (CETINA, 1999, p. 2-3, tradução da pesquisadora).

Nesse sentido, explorar o “entre” das coisas pode contribuir para que possamos nos apropriar melhor deste conhecimento que produzimos, e do qual nos alimentamos. Assim, entendo que há convergências às noções de transdução e implicação de Lourau (2004b).

No campo da Saúde, podemos trabalhar com diferentes disciplinas científicas e a colaboração ou não entre elas pode ser descrita de acordo com diferentes concepções: unidisciplinar, multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar ou metadisciplinar e até mesmo indisciplinar (ALMEIDA FILHO, 2005; FAUQUERT; DRIELSMA; PRÉVOST, 2016). Vamos dar foco à interdisciplinaridade. Morin (1994) nos lembra que as disciplinas científicas tendem à autonomia produzindo suas próprias regras, normas, limites e suas linguagens técnicas. Para Leis (2005), a interdisciplinaridade está em constante transformação e se torna, de fato, uma nova especialização. Nesta perspectiva, esta especialidade deve responder problemas e alimentar profissões por meio da busca pela integração de alternativas complementares (LEIS, 2005). As disciplinas apresentam-se em pleno processo de institucionalização, com uma tendência à especialização que se mostra contraditória. Para Almeida Filho (2005), na interdisciplinaridade as relações são definidas a

partir de um nível hierárquico em que uma das disciplinas (no caso, D – ver Figura 1) tem por referência aquilo que é comum, e dessa forma, atua tanto como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares e, principalmente como coordenadora do campo disciplinar.

Figura 1 – Representação Interdisciplinaridade

Fonte: Almeida Filho (2005, p. 40)

Para complementar esta ideia do que é comum, Scherer, Pires e Jean (2013) mostram que a interdisciplinaridade, exige a integração não somente de saberes, mas também de práticas, ela:

Integra e renormaliza as disciplinas e as profissões delas decorrentes, concretizando, ao final, a íntima relação entre conhecimento e ação. Ou seja, falamos aqui de uma interdisciplinaridade como processo de construção de conhecimento e ação, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013, p. 3204).

Na exploração de “entre” das disciplinas e práticas, encontramos termos como *Boundary work* (Trabalhando os limites) (GIERYN, 1999) e *Trading zones* (Zonas de negociação) (GALISON, 2010). O primeiro discute a maneira como delimitamos as fronteiras das ciências, como os atores de um domínio (núcleo de saber) se situam frente a outros domínios, como se diferenciam e acabam por “eliminar” fronteiras entre si.

Em uma perspectiva de negociação, *Trading zones* (GALISON, 2010) propõe o desenvolvimento de uma competência interacional em que o trabalho e/ou as ações de atores de diferentes domínios podem ser coordenados, e como resultado há a construção de “zonas de negociação” ou de trocas entre os interessados, suas culturas e práticas. Estes termos nos remetem ao cenário da Guerra Fria, em que havia espaços dicotômicos, fronteiras e zonas de negociação, no entanto, o campo da Saúde também é um campo de tensões (MERHY, 2014) onde é possível identificar atividades de fronteira, de intersecção e negociação entre diferentes disciplinas complementares, tal como ocorre na Saúde Coletiva, saúde mental, gerontologia, cuidados paliativos.

Nesse sentido, Almeida Filho (2005) nos instiga a pensar estas ciências mais próximas à uma transdisciplinaridade, uma vez que sua finalidade comum e sua amplitude deveriam contribuir para a horizontalidade das relações de poder, o que de fato é um desafio, pois consiste em uma prática diária da transversalidade dos atores, na tentativa de “trans-passar fronteiras” (ALMEIDA FILHO, 2005, p. 44).

Nesta tese optei por explorar as possibilidades *inter*, o que por si só consiste em um terreno com muitos obstáculos. Ressaltamos que o termo "interdisciplinar" não deve ser usado como sinônimo de "interprofissional". Esses termos são formados por dois radicais: disciplinar e profissional, a especificidade dos campos de conhecimentos ou áreas de estudos é disciplinar, enquanto o campo de práticas é profissional, dessa forma, a prática interprofissional exige qualificação e algumas vezes, longa preparação (REEVES, 2008).

Consideramos que a interdisciplinaridade é uma relação entre disciplinas, ciências e áreas de estudo cuja finalidade prática é a interprofissionalidade, isto é, a prática profissional integrada (FARIAS et al., 2018), em equipes de trabalho que buscam reduzir a fragmentação do cuidado ao paciente ou usuário (ELLERY, 2018). O termo interprofissionalidade foi sugerido por D'Amour e Oandasán (2005) para designar a forma de trabalho em que os profissionais (de diferentes profissões) devem cuidar de forma integrada, combinando suas práticas de forma coesa para atender à necessidade do paciente/usuário/comunidade. Estas autoras pretendiam designar a integração entre educação e prática interprofissional, que ainda eram vistas de forma fragmentada, e desta forma, sustentar o paradigma de que educação e cuidado precisam caminhar juntos para que a prática seja centrada no paciente (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Em estudo sobre o tema, Ellery (2012) divide a Estrutura Conceitual da Interprofissionalidade em três dimensões que tornam o terreno fértil: organizacional (estruturação de uma Rede-escola com foco na abordagem familiar), coletiva (pactuação de um projeto comum e um repertório compartilhado) e subjetiva (que envolve os afetos, disputa de poder e status, lidar com frustrações e identificação com o modelo de APS). A autora explica que essas três dimensões resultaram do ato de fazer juntos e podem mobilizar sentimentos conciliatórios e contraditórios, o que pode facilitar ou dificultar a colaboração, interação, as trocas e as parcerias (ELLERY, 2012).

E por que a discussão sobre a interprofissionalidade tem estado tão presente no cenário da saúde atual? Porque ela tem se mostrado necessária na gestão do trabalho e da educação na saúde tanto para regulação profissional (prática profissional em equipe) quanto para o

delineamento dos currículos interprofissionais (formação para o trabalho em equipe) (CECCIM, 2018).

Ceccim (2018) explica que:

O prefixo “inter” indica “no interior de dois”, podendo ser tanto o cruzamento ou encontro de duas profissões quanto a operação pela qual se obtém um conjunto formado pelos elementos comuns a duas ou mais profissões. A zona “inter”, entre duas ou mais profissões, é a zona daquilo que há de comum entre elas ou aquele ponto de indiscernibilidade para o qual convergem os elementos de um mesmo campo do saber, desde o qual nascem as práticas de um fazer profissionalizado. Poderíamos chamar de “competências interprofissionais” aquelas práticas de um saber “comum de dois”, evitando-se sugerir a separação ou a enunciação de uma terceira ocupação profissional a distinguir-se das primeiras cada vez que se reconhece “o comum”, uma vez que os territórios do comum também indicam novas demandas de conhecimento para as profissões em composição (CECCIM, 2018, p. 1740).

Assim como definem Ceccim (2018), Galison (2010) e Gieryn (1999), a contradição está ao mesmo tempo na delimitação e no “borramento” (ALMEIDA FILHO, 2005) de fronteiras ou limites entre as ações profissionais, o que resulta novamente em fragmentação de saberes e práticas, em especialização. Essa criação de modelos interacionais de fronteiras profissionais precisa ser entendida em cada contexto, americano, canadense, inglês e, que tais modelos não deveriam ser “importados” e tomados de forma rígida no contexto brasileiro (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Nos países anglo-saxões, o campo da interprofissionalidade têm adotado modelos de competências interprofissionais para o exercício da Colaboração Interprofissional. No americano, por exemplo, é marcante a apresentação de objetivos fins como segurança do paciente, qualidade da atenção, acessibilidade e cuidado centrado no paciente (INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE, 2016). No modelo canadense preconiza-se a comunicação interprofissional, e a Atenção Centrada na Pessoa (ACP) (ORCHARD et al., 2010). Ambos são modelos que combinam a racionalidade de custos à qualidade na atenção prestada ao paciente, à pessoa ou à comunidade (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Nesta perspectiva, o centro do cuidado é ocupado pela pessoa e pela comunidade, em uma concepção de saúde ampliada que considera maior autonomia do sujeito.

Da mesma forma, no Brasil, quando pensamos na AB, as equipes devem trabalhar juntas para atender às necessidades dos usuários. No entanto, algumas ações de restrição da autonomia dos usuários na atenção primária têm sido justificadas pela defesa da segurança do paciente. Em países norte-americanos e europeus, a principal justificativa é evitar incidentes que causem

danos aos pacientes, como erros de diagnóstico e medicação (MARCHON; MENDES-JÚNIOR, 2014).

Levando em conta a necessidade da flexibilização de conceitos diante da realidade brasileira, o Ministério da Saúde em parceria com a OPAS, ReBETIS e REIP têm se posicionado a favor de espaços de discussão sobre a EIP (BRASIL, 2017b). O MS aposta na Educação Permanente em Saúde (EPS) para inserir a interprofissionalidade nos serviços de saúde, pois é no âmbito do trabalho que se dá o encontro e as trocas entre os atores envolvidos e quando se torna mais palpável a qualificação pelo trabalho, na perspectiva da transformação da realidade dos serviços e da realidade de vida e de saúde das pessoas (BRASIL, 2017b). Além deste, a interprofissionalidade ganha força atrelada aos princípios do SUS, integralidade da atenção, humanização das práticas e a promoção de conforto aos trabalhadores (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Segundo Costa et al. (2018, p. 61):

As práticas interprofissionais não podem ser desenvolvidas apenas com a vontade dos profissionais ou dos gestores. A interprofissionalidade envolve uma interação contínua, a fim de compreender as condições apropriadas para o desenvolvimento da interprofissionalidade.

A partir do entendimento de que a interprofissionalidade é um processo, dinâmico e mutável, também pode ser visto como uma Instituição que porta suas normas, e que é atravessado pelo modelo instituído de formação competitivo, que desde a formação inicial até a prática profissional, valoriza a individualidade no aprender no trabalho e não estimula a cultura colaborativa nos serviços de saúde. De onde também descolam forças instituintes a favor da integração e compartilhamento do saber-poder.

1.5 Formação Interprofissional: colaboração e prática interprofissional

Nesta realidade e nesta tese utilizaremos a perspectiva da formação interprofissional em processo pois tratamos da formação em serviço na AB, em um contexto de pós-graduação em uma Universidade pública, porém em processo de aproximação a esta perspectiva de educação colaborativa. Ainda, com o olhar da EPS, nomeio de formação interprofissional a prática colaborativa em ato nos serviços (para além da formação inicial), ou, a aprendizagem compartilhada do comum, com criação de ambientes e ferramentas que possibilitem o “trabalho entreprofissional”:

Tal produção é, portanto, resultante dos encontros que envolvem muitos saberes, inclusive os saberes profissionais específicos, mas também, e principalmente, aqueles legitimados - não exclusivamente pela especificidade profissional - mas pelas singularidades e acontecimentos (HENZ et al., 2013, p. 167).

Dessa forma, nos colocamos à espreita de processos de produção de *entrepofissionalidades* onde nos importa ressaltar os aspectos de *deformação* (HENZ et al., 2013), que podem ser percebidos desde a conversação acessível entre os profissionais, até exercícios de flexibilização dos muros e fronteiras entre eles na redescoberta do que é comum de todos e de como podem trabalhar juntos.

Neste sentido, estudiosos da Educação e Trabalho Interprofissional propõem a utilização do termo Colaboração (D'AMOUR et al., 2005). No contexto da qualificação da formação dos profissionais de saúde, como é o caso das RMS, a colaboração é considerada como inovação. Isto quer dizer que as organizações que a recomendam, como a OMS (2010) e a OPAS (2017), a entendem como ferramenta para promover saúde, racionalizar os recursos e reorientar o modelo de cuidado com a coordenação na AB, metas ainda pouco alcançadas em um contexto global. Isto requer o desenvolvimento de uma responsabilidade compartilhada, colocando o usuário no centro do cuidado (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016), e do impulsionamento de forças instituintes deflagrados por agentes com compromisso ético-político nesta direção.

No Brasil, o “novo” ato de Trabalhar em Colaboração na perspectiva da centralidade no usuário está instituído pelas leis orgânicas e pelo SUS, e está em construção nas práticas, há locais em que se aproxima mais, outros menos. Neste econtexto, tomo o alcance da integralidade do cuidado como profecia inicial, como objetivo primeiro das práticas em saúde. Vale considerar, porém, que os atores da saúde por vezes esquecem seu objetivo ou sua profecia inicial (LOURAU, 2014), e são - nós somos - atravessados por forças resistentes que se opõem à participação do usuário e às relações interprofissionais no cuidado em saúde em favor de uma prática especializada. Para Monceau (2002a, p. 139): “resistir à inovação é provocar a análise em atos de institucionalização. Mas a inovação pode também ser uma forma de resistência à institucionalização quando não se limita à aplicação de diretivas externas”. Estas resistências podem ser moduladas a partir das implicações dos sujeitos envolvidos, sua visão de mundo, sujeito e processo saúde-doença-cuidado.

A seguir, mergulho um pouco mais profundamente nos aspectos que envolvem esta inovação que está em processo de institucionalização, e que é mutável, inclusive sendo modificada no cotidiano dos serviços por seus atores. É interessante a perspectiva de Morgan,

Pulon e McKinlay (2015), em estudo sobre as equipes na atenção primária, que propõem uma figura ilustrativa em que consideram Colaboração interprofissional como um termo amplo que contém outros dois (FIGURA 2): Prática colaborativa interprofissional - isto é, quando elementos da colaboração são implementados na prática dos serviços de saúde - e Trabalho em equipe interprofissional - um núcleo em que o trabalho interprofissional tem intensa interdependência das ações (AGRELI, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Figura 2 - Relação entre colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em equipe

Fonte: Adaptado e traduzido por Agreli (2017) de Morgan, Pullon e Mckinlay (2015) e Reeves et al. (2010).

A fim de esclarecer a amplitude da Colaboração Interprofissional, e com o objetivo de superar a lógica da competição e estabelecer uma mudança de paradigmas, D'Amour et al. (2005), da Universidade de Montreal no Canadá, propuseram uma tipologia para o conceito de Colaboração Interprofissional. Uma revisão sistemática da literatura levou-os a considerar colaboração como: “conjunto de relações e interações que acontecem entre profissionais que trabalham juntos” (D'AMOUR et al., 2005, p.118), na construção coletiva que os permitem querer trabalhar juntos.

O trabalho de D'amour et al. (2005) foi importante para entendimento de quais elementos são comuns quando se investiga a colaboração, são eles: compartilhamento (*sharing*) de saberes, decisões, informações, intervenções; parceria (*partnership*), o que demanda abertura, comunicação honesta, confiança e respeito mútuos; interdependência (*interdependency*) quando a dependência uns dos outros é maior que a autonomia, há sinergia e as contribuições individuais podem ser ampliadas; e poder (*power*), compartilhamento do poder pelo empoderamento de cada profissional e pelo respeito e reconhecimento de um pelo outro, de modo que haja redução da competição (D'AMOUR et al., 2005). Ao destacar estes elementos, estes autores mostram que para colaborar é preciso o desenvolvimento de processos colaborativos em equipe, nas quais há reflexão sobre sua dinâmica, seu jeito de trabalhar junto, suas relações interprofissionais.

Na perspectiva americana, o IPEC fundamenta a formação, inicial e continuada, com foco no conceito de Colaboração Interprofissional e no modelo de competências. Estas competências envolvem aspectos relacionados ao respeito a valores e à ética, reconhecimento de papéis e responsabilidades, comunicação e relacionamento para o trabalho em equipe. Nesse sentido, em relação ao trabalho em saúde defendem dois conceitos complementares: o Trabalho em equipe interprofissional (*Interprofessional Teamwork*), compreendido como níveis de cooperação, coordenação e colaboração que caracterizam as relações entre diferentes profissionais no cuidado centrado no paciente (INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE, 2016), e o Cuidado baseado no trabalho em equipe interprofissional (*Interprofessional Team-Based Care*), que se refere ao cuidado construído coletivamente por pequenos grupos com responsabilidade compartilhada e reconhecimento intra-grupo direcionado a pacientes com necessidades de saúde específicas (como cuidados paliativos, centros de terapia intensiva, procedimentos invasivos) (INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE, 2016). Paciente, neste caso, é o termo de escolha desta perspectiva.

Ainda, D'Amour e Oandasan (2005) mostraram que diferentes dimensões contribuem para que a Educação e o Trabalho interprofissional sejam colocados em prática. A dimensão micro diz respeito aos cenários e estratégias de aprendizagem que favoreçam a colaboração interprofissional no processo de formação. Além disso, inclui a formação docente na aprendizagem da facilitação da educação interprofissional, que reconheça e valorize as atitudes em relação à colaboração. A dimensão meso direciona as ferramentas e os métodos para implementação e condução de iniciativas de EIP. Um exemplo importante é o apoio das instituições de ensino tanto na revisão de currículos e projetos políticos pedagógicos, como no

apoio logístico e financeiro. Já a dimensão macro envolve a formulação de políticas - de educação e de saúde - que valorizem o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe como forma de apoiar o desenvolvimento nas dimensões meso e micro.

Mesmo com a utilização de tipologias, as questões relacionais tomam um lugar central na implementação da EIP e do trabalho interprofissional. Arruda et al. (2018) traduziram o modelo de Colaboração de D'Amour et al. (2008), que utiliza uma tipologia para tentar definir os aspectos relacionais presentes no ato de colaborar. Arruda et al. (2018) explicam que estas dimensões devem ser adaptadas a cada equipe em seu contexto político social pois deve haver negociação quanto aos Objetivos compartilhados (principalmente se a atenção é centrada na pessoa ou não); à Governança (por exemplo definição de papéis de liderança e aspectos da conectividade); Formalização (criação de ferramentas formais de colaboração) e Internalização (convivência mútua e confiança). Dessa forma, quando se faz referência à Prática Interprofissional, autores como Reeves et al. (2010) defendem uma abordagem contingencial às equipes, ou seja, cada caso deve ser analisado de acordo com o contexto social no qual estão inseridos. Assim, os profissionais que trabalham juntos podem fazer suas escolhas a partir das necessidades que encontram no cotidiano do trabalho.

Recentemente, estudiosos da interprofissionalidade (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018) tem ampliado a discussão sobre as práticas interprofissionais e tem questionado a utilização de conceitos como trabalho em equipe (a), colaboração (b), coordenação (c) e a construção de redes interprofissionais (d), que se entrecruzam e são complementares entre si, porém que precisam ser diferenciados e relativizados segundo a lógica e dinâmica de cada realidade. Assim, concordam com Reeves et al (2010) quando estes defendem que as equipes não necessariamente podem ser enquadradas entre melhores e piores, como a aplicação de uma escala em que elas podem transitar entre a melhor e a pior, elas devem sim ser encaradas como equipes que têm diferentes formas de trabalhar de acordo com aspectos relacionais e territoriais, valorizando uma abordagem contingencial.

Devemos, pois, tratar o trabalho interprofissional em suas diferentes possibilidades e alternâncias e evitar suas tipologias e enquadramentos. O que nos ajuda a situar qual o melhor posicionamento da equipe frente a necessidade da pessoa que está sendo cuidada, é questionar a previsibilidade, complexidade e urgência das tarefas, para determinar o grau de interdependência e de compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais. Por exemplo, o trabalho em equipe interprofissional (*teamwork*) (a) geralmente se dá de forma interdependente, as tarefas são pouco previsíveis, o que exige clareza de papéis,

compartilhamento de responsabilidades e agilidade nas ações como é o caso do trabalho intensivista, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). Nas unidades da AB, casos de urgência e emergência são direcionados às Unidades de Pronto-Atendimento, mas há casos em que esse arranjo de trabalho é necessário, em um caso de parada cardíaca que ocorra em uma unidade de saúde da família, por exemplo.

As práticas interprofissionais na perspectiva da colaboração (b) se dão de forma um pouco mais flexíveis do que no trabalho em equipe (a), ou seja, de forma um pouco menos interdependente, uma vez que em contextos de menor densidade tecnológica, como nas USFs as tarefas são mais previsíveis e menos urgentes quando comparadas ao cenário de uma UTI (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018) mas de complexidades diferentes. As equipes é que devem julgar em que momento se encontram e fazer suas escolhas, construir sua interação. Na coordenação interprofissional (c), as tarefas são ainda mais previsíveis, menos urgentes e menos complexas que na colaboração, no entanto, requer compartilhamento de responsabilidade e objetivos. Já para a construção de redes interprofissionais (d), também há maior flexibilidade como na colaboração (b), menor nível de interdependência, mas a comunicação se mantém em rede, muitas vezes virtuais, por meio de aplicativos e web conferências (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

A prática é colaborativa quando há a “materialização da colaboração no âmbito das práticas profissionais, com o reconhecimento na importância do usuário, da família e da comunidade na orientação dessas práticas” (COSTA et al., 2018, p. 56). Esta centralidade nos pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades é que deveria orientar as práticas e a interação nas práticas com vistas ao cuidado integral (OMS, 2010). No entanto, garantir a participação social ainda se constitui um desafio no cotidiano dos serviços na AB. Desafio que também está presente no exercício de habitar novos territórios, e para isso, é preciso nos desviarmos um pouco dos nossos núcleos de saberes e práticas profissionais (CAMPOS, 2000) e nos lançarmos e sentirmos a amplitude do campo de práticas, aquilo que pertence a todos os profissionais no campo da saúde coletiva (CAMPOS, 2000), para então nos apoiarmos em outro profissional em um projeto comum, seja teórico ou prático, mas que resulte em produção de vida.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Nesta investigação, utilizo alguns conceitos do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI) (LOURAU, 2014). O institucionalismo se desenvolveu na França com duas correntes: as correntes institucionais (a psicoterapia institucional, com estudos sobre hospitais psiquiátricos que colocou em questão a forma de cuidado nestes espaços) e as correntes pedagógicas (a pedagogia institucional que envolvia uma tendência psicoterápica de base psicanalítica, à qual se filiou Félix Guattari e uma sócio-pedagógica autogestionária, à qual se filiaram à época Lourau e Lapassade) (LAPASSADE; LOURAU, 1972).

Deste movimento, em 1962, a AI passa a ter fins não somente terapêuticos ou pedagógicos, mas, a ser utilizada como método de intervenção de campo, a Análise Institucional em situação, ou, como foi chamada, Socioanálise (LAPASSADE; LOURAU, 1972). Este movimento então institucionalizou-se nas universidades por meio de associações e se difundiu no meio universitário no contexto da greve geral de maio de 1968. O movimento institucionalista na França vivia experimentações sociais nos campos da educação, trabalho social e saúde dentre muitos movimentos políticos que ascenderam mundialmente fazendo surgir diferentes frentes libertárias de pensadores contra as formas de dominação da época (RODRIGUES, 2000).

Esse movimento ganhou força no Brasil a partir da segunda metade da década de 1970 e é caracterizado por nuances francesas, argentinas e brasileiras em um “grupalismo-institucionalismo” (CUNHA; DORNA; RODRIGUES, 2006, p. 03) que se ramifica em diferentes correntes como a AI e a Esquizoanálise. Seu objetivo comum é deflagrar processos de autoanálise nas organizações, em que seus membros podem revelar compreender e analisar seus problemas, necessidades, não-saberes; e também, processos de autogestão quando produzem novas formas de organizar seu cotidiano e encontrar soluções para seus problemas (BAREMBLITT, 2002).

Nesse conjunto heterogêneo, iremos nos situar na Análise Institucional de René Lourau e Georges Lapassade (LAPASSADE; LOURAU, 1972; LOURAU, 1993, 2014), que é encontrada como base teórica de muitos estudos no Brasil no campo da Saúde Coletiva, cuja interseção tem produzido conhecimentos em diferentes organizações de saúde e a análise de diferentes instituições e práticas profissionais (L’ABBATE, 2003, 2012, 2013; DAMAS, 2016; DÓBIES, 2016, SANTANA, 2016; MELO, 2017).

René Lourau foi um sociólogo francês nascido em 1933 na região dos Pirineus Atlânticos. Na sua trajetória, foi professor primário (*instituteur* na época), professor do ensino médio e então professor universitário de Sociologia, de Ciências Políticas e da Educação na Universidade Paris VIII. Ele teorizou a Análise Institucional em sua tese de Estado que foi defendida em junho de 1969 em Nanterre. Publicada em formato de livro em 1970 na França e em 1975 no Brasil, sendo reeditado em 1995 e 2014, esta obra versa sobre a crise no conceito de instituição e dita as bases deste movimento (LOURAU, 2014), possibilitando que diferentes áreas possam usar “estes óculos” para interrogar a realidade. Faleceu em 2000, de maneira inesperada, deixando várias obras publicadas sobre a AI e inspiração para continuidade de seu trabalho.

Lourau se questionava sobre o novo conceito de instituição utilizado nas pesquisas começadas por Lapassade em 1960, que indicava que deviam ir além do conceito de grupo e transgredir modelos sociológicos ou políticos, contra a perspectiva positivista (LOURAU, 2014). Ao mesmo tempo, era preciso ressaltar a análise social do vivido, do concreto, revelando os engendramentos institucionais a nível do micro, a nível situacional. Lourau então definiu a AI, sem querer cair no instituído das definições positivistas, tentou dar espaço para a atuação do analista/analizador, da intervenção, da gênese social, preservando a dialética permanente. Então, podemos dizer que a AI louraudiana é uma articulação de saberes da sociologia, psicanálise, direito, economia política e portanto, não pretende produzir um “supersaber”, mais verdadeiro que os outros, mas uma “nova relação com o saber, uma consciência do não-saber que determina a nossa ação” (LOURAU, 2014, p. 26).

Segundo Lourau (2014), as instituições são regras permanentemente transformadas em um processo contínuo de contradições. Com a tarefa de revelar o não-dito das instituições, por meio da interrogação destas Lourau se inspirou na dialética de Hegel de afirmação/negação e negação da negação, e na dialética de Castoriadis de instituinte/instituído para compor um conceito de Instituição (LOURAU, 2014). Ele considera que o conceito de instituição está em crise pois é polissêmico, ou seja, tem sentidos diferentes para cada disciplina, é equivocado, quando designa sucessivamente o instituído e o instituinte, e é problemático pois a instituição não é facilmente observável, está presente-ausente, é preciso explorar seu lado invisível (LOURAU, 2014).

Lourau (1993, p. 89) apresenta um esquema da relação dialética entre três momentos institucionais. Para tornar a ideia mais concreta, o esquema não deve ser lido como plano bidimensional, e sim como objeto tridimensional, como uma cena de um filme em tempo real, em movimento.

Figura 3 - Representação dos movimentos dialéticos na Instituição: universalidade (instituído), particularidade (instituinte) e singularidade (institucionalização)

Fonte: Lourau (1993, p. 89).

Dessa forma, é importante ter em mente que as instituições são resultantes de momentos dialéticos e dinâmicos (MONCEAU, 2012). O momento do instituído, ou momento da universalidade no qual o conceito exprime toda sua positividade, onde se encontra a racionalidade estabelecida (regras, formas sociais e códigos); o instituinte, ou momento da particularidade se apresenta como uma negação do momento precedente, são acontecimentos, desenvolvimentos e movimentos sociais que questionam estas normas (LOURAU, 2014).

Ambos coexistem, porém o instituído apoia a imobilidade e a permanência, e as forças instituintes carregam o desejo de transformação, mobilidade e criação (BAREMBLITT, 2002). Essas forças conflitantes geram um terceiro movimento-momento resultado da contradição dialética entre os dois momentos anteriores: o processo de institucionalização ou momento da singularidade, que representa o que vemos concretamente. Este corresponde à incorporação, à atualização, mas não ao desaparecimento, de forças instituintes na instituição, em um movimento explicitamente dinâmico, característico das instituições (MONCEAU, 2012).

Segundo Lourau (2014, p.130) “A análise como ato de intervenção”. Essa dinâmica de transformação contínua exige que os arranjos de pesquisa levem em conta o contexto político e social. Análise como essa envolve a noção de implicação institucional, isto é: “o conjunto de relações que existem, conscientemente ou não, entre o ator e o sistema institucional” (LOURAU, 2014, p. 291), por exemplo, entre pesquisador e participantes (e as instituições que cada um porta), esta noção está imbricada neste referencial.

Para a análise das instituições e acompanhamento de seus processos, Lourau e Lapassade se dedicaram à Socioanálise, ou Análise Institucional em situação (L’ABBATE, 2012). No âmbito da pesquisa, este referencial propõe o uso de uma abordagem participativa de pesquisa do tipo pesquisa-intervenção, modalidade que aproxima ainda mais pesquisador e objeto de pesquisa, com base no preceito de que não há neutralidade na construção do saber, e que este é construído coletivamente, e para isso, é preciso “transformar as práticas para

conhecê-las” (MONCEAU, 2005). A intervenção pretendida tem sua origem etimológica no verbo *intervir* ou *vir entre*, que L’Abbate (2012, p.196) interpretou como “a condição de uma visão outra, que se espera de um terceiro, convidado a intervir”, e ainda, envolve questões ético-estético-políticas de comprometimento com as mudanças sociais, a partir da necessidade de cada realidade.

As estratégias de intervenção propostas por Lourau (2014) seguem princípios como a análise das encomendas, das demandas, das implicações e o uso de analisadores e do diário de pesquisa como ferramenta de intervenção.

A abordagem histórica também permeia a AI e os processos de institucionalização fundadora e permanente. Nesta investigação, portanto, faz-se necessário esclarecer sobre dois conceitos conexos que são gênese teórica e gênese social, elementos intrínsecos à análise das instituições. A gênese teórica constitui a situação da ciência no contexto estudado, as variações de um conceito acompanhadas de teorias que podem se atualizar, essa gênese se reflete no modo de produção de conhecimento e em suas práticas (SAVOYE, 2007). A gênese social são as condições da produção, de natureza política, social e institucional que direcionam as práticas (LOURAU, 2014).

O Estado está no campo de análise apesar de, ou porque, dissimulado ou dificilmente manifestável, sobretudo no campo de intervenção limitado e pontual de nossas práticas pedagógicas ou sociológicas (LOURAU, 2004a, p. 157). O campo de intervenção compreende todo o espaço-tempo acessível aos interventores em função da encomenda inicial e das modificações em extensão, eventualmente produzidas pela análise da encomenda e das demandas no decorrer da intervenção. Já o campo de análise, são os referenciais teóricos, operatórios nas situações de pesquisa social (LOURAU, 2004b).

É importante lembrar que a análise da encomenda (solicitação manifesta de análise), seja pelo grupo-cliente ou pela oferta dos responsáveis pela pesquisa, são essencialmente políticos (LOURAU, 2004c). Neste caso, importa-nos analisar quem encomendou a pesquisa, se houve uma oferta do pesquisador, e quais as demandas do grupo participante ao longo da pesquisa, quais efeitos ela provocou no funcionamento do grupo. Esta é a análise de todo o contexto da intervenção: “todo o antes, o exterior e o depois da intervenção estão no campo de análise, incomparavelmente mais vasto que o campo de intervenção, limitado a um estabelecimento, uma associação etc.” (LOURAU, 2004c, p. 131).

Mais recentemente Gilles Monceau, professor francês na Universidade de Cergy Pontoise, fez uma releitura das práticas socioanalíticas e propôs um arcabouço teórico-metodológico com a indicação de oito características, intervenções mais longas e uso de

dispositivos variados caracterizando o que ele denomina como Sócio-clínica Institucional (MONCEAU, 2013a, 2015). Mais especificidades sobre a origem do termo estão descritas no item Percurso metodológico.

2.1 A Sócio-clínica institucional

Ao romper com a tradicional neutralidade e distância entre pesquisador e objeto de pesquisa, a sócio-clínica propõe a aproximação, a imersão dos pesquisadores no campo (*terrain no latim clássico terrenum, terra*), o que inclui a análise dos efeitos metodológicos, epistemológicos, éticos e políticos desta aproximação (MONCEAU, 2017). Suas 8 características estão descritas a seguir: análise da encomenda e demanda; participação dos sujeitos na abordagem sob modalidades variáveis; trabalho dos analisadores dando acesso à questões que normalmente não se expressam; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição que devolvem os resultados provisórios do trabalho aos participantes; trabalho das implicações primárias e secundárias; intenção de produção de conhecimentos; e atenção aos contextos e interferências institucionais (MONCEAU, 2013a):

Análise da encomenda e demanda(s): Esta primeira característica é importante para que possamos problematizar com os participantes a realização da intervenção, suas encomendas e demandas. Por exemplo, quando a encomenda parte do pesquisador, este deve analisar suas implicações com esta oferta. A análise tanto da encomenda, como da demanda, é que sustentam a problematização. A análise da encomenda inicial, por exemplo, pode acessar a dinâmica institucional. A análise das demandas pode elucidar as implicações de cada um, de acordo com a maneira como pesquisador e participantes tratam delas. Demandas são construídas ao longo do processo e são consideradas como dados, elas devem ser analisadas com o coletivo, à medida que vão sendo explicitadas (MONCEAU, 2013a).

Lourau (2014, p. 300) nos relembra a importância desta análise para revelar a dinâmica institucional:

É claro que analisar a demanda consiste também, e primeiramente, em ver em relevo aquilo que a demanda desenha em oco, isto é, a situação real da organização-cliente, suas relações com o conjunto do sistema social, suas contradições e a poderosa ação do negativo que, seja como for, a faz funcionar e produzir.

Este negativo mencionado acima pode ser entendido pelos conflitos interpessoais, ou outras dificuldades enfrentadas no processo. O que realmente importa é definir o conceito do “negativo” na intervenção analítica, pois este é o “analisador” (LOURAU, 2014, p.301).

Participação dos sujeitos na abordagem sob modalidades variáveis ou participação dos sujeitos no dispositivo: esta participação é inerente às pesquisas participativas (MONCEAU, 2017), que desde já envolvem uma encomenda de intervenção e diferentes demandas destes participantes. Sua participação pode se dar de diferentes formas, ao contribuir em atividades reflexivas em grupo ou aceitar ser observado no campo de práticas. Outros ao darem entrevistas, ou ao disponibilizarem documentos. Podemos identificar também a resistência à participação, o que também é passível de análise (MONCEAU, 1997).

Trabalho dos analisadores dando acesso a questões que normalmente não se expressam: o trabalho sócio-clínico implica na construção de dispositivos, algumas vezes artificiais, ou seja, criados pelo pesquisador. Quando se problematiza o uso destes dispositivos, a fim de revelar os não-ditos, pode-se contribuir para a análise das dinâmicas institucionais (MONCEAU, 2008b). O efeito analisador é o de revelar algo escondido, dando um novo sentido a fatos já conhecidos (L’ABBATE, 2004), de forma que é o analisador que faz o trabalho de análise (LAPASSADE, 1979), ele tem potencial para trazer à tona aquilo que fica submerso, oculto nas instituições.

Análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança: à medida que a intervenção sócio-clínica está em desenvolvimento, transformações poderão ou não ser notadas e serão ao mesmo tempo, efeito da investigação e dado de análise. O desafio está em integrar a análise destas transformações e seus efeitos individuais, coletivos e institucionais ao dispositivo. Para tanto, a ferramenta do diário de pesquisa pode auxiliar neste processo.

Aplicação de modalidades de restituição que devolvem os resultados provisórios do trabalho aos participantes. Neste momento, pesquisador e participantes podem aprofundar ou questionar as análises, validando-as. Pode também reconsiderar mudanças no dispositivo de trabalho, sugerindo novos pactos e direções.

Trabalho das implicações primárias e secundárias: as implicações primárias dizem respeito às questões mais locais, entre as relações entre pesquisador e participantes; e as secundárias, são implicações entre pesquisador e instituições de produção de conhecimento (instituição ensino, pesquisa, universidade, trabalho e abordagem da pesquisa). Estas relações podem modular suas escolhas, a construção dos dispositivos, a condução dos grupos e também a escrita dos resultados da pesquisa.

Intenção de produção de conhecimentos: este elemento é importante para pensarmos a problematização do problema a nível local e suas possibilidades de generalização com outros contextos sociais, tornando a análise o mais abrangente possível. Este movimento pode possibilitar uma interface entre a produção de conhecimento do trabalho sócio-clínico em si e aquele de interesse mais geral, focando a coletividade.

Atenção aos contextos e interferências institucionais nas quais estão implicados os pesquisadores e os outros participantes: diz respeito à dar luz às instituições que nos atravessam, e suas interferências, ou seja, aos momentos em que as instituições que estão em nós se chocam, provocam ruídos e transformações no trabalho sócio-clínico, produzindo resultados. São esses efeitos de produção de conhecimento que devem ser elucidados.

Em complementaridade, além das oito características acima, daremos especial atenção aos efeitos no campo de conhecimento e campo social. Hess e Savoye (1993, p.72) explicam que efeito “não é uma lei sociológica, mas a formalização de um fenômeno recorrente que se reproduz em certas condições”. Assim, determinar sua ocorrência pode contribuir no momento de análise. Explico a seguir alguns efeitos da intervenção socio-clínica: o efeito analisador (LOURAU, 2004c), o efeito Mühlmann (HESS, 2007), o efeito Lapassade (HESS; SAVOYE, 1993) e o conceito de Resistência como analisador (MONCEAU, 1997; 2002a; 2002b).

2.2 O efeito analisador

O conceito de analisador, em seu sentido sociológico, foi elaborado primeiramente pela psicoterapia institucional, por Félix Guattari, que se inspirou no sentido utilizado por disciplinas como a medicina, a biologia e a física (LOURAU, 2004c, p. 132). Especialmente, o termo analisador teve origem nos estudos de Pavlov, fisiologista russo que sugeriu que o conhecimento não é imediato. Nesse sentido, Lapassade sugere que “o olho pensa” (LAPASSADE, 1979, p. 17). Para que nosso olho ou cérebro funcionem é preciso que uma série de terminações nervosas e sinapses entrem em ação, todas estas etapas do sistema nervoso são analisadores, que decompõem a realidade em seus elementos, de forma que o processo de decomposição é a análise (LAPASSADE, 1979).

Para Lourau (2004c, p.132) os analisadores são: “acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores; produtos de uma situação que agem sobre ela”, seu objetivo e efeito é revelar os elementos deste conjunto. São dispositivos que revelam aquilo que estava escondido, oculto nas instituições (LOURAU, 2004c). O autor chama a atenção para que ele não seja confundido com as intuições individuais dos implicados no processo, mesmo

que este seja o analista, deixando espaço para que o analisador faça a análise. Hess e Savoye (1993) explicam que o analisador pode não ser coerente, uma vez que, ele também porta contradições. No entanto, ele é capaz de desconstruir as relações sociais institucionalizadas, obrigando as pessoas nela implicadas a tomarem uma posição, a falar ou a agir, dessa forma, o efeito analisador é revelar “as relações de poder dissimuladas sob a ideologia do bem comum e do consenso” (HESS; SAVOYE, 1993, p. 72).

2.3 O efeito Mühlmann

Hess (2007) explica que a inspiração de Lourau para nomear este efeito veio do livro do antropólogo alemão Mühlmann. O livro se situa em estudos do campo religioso sobre os movimentos messiânicos revolucionários, e enuncia que: “a instituição nasce e se desenvolve graças ao fracasso de sua profecia” (HESS, 2007, p. 151). Segundo Hess, para Lourau, a noção de profecia não tem um cunho religioso, ela representa o primeiro momento da gênese da instituição, é a partir da profecia que se desenvolve um movimento que dá força social para a instituição se desenvolver. Porém, no seu processo de institucionalização, o movimento se burocratiza, muda de direção e a instituição “traí” a profecia inicial na qual foi fundada, evidenciando o fracasso ou, segundo Hess e Authier, a falsificação de sua profecia (HESS; SAVOYE, 1993; HESS, 2007). Hess e Authier produziram, em 1981, o princípio da falsificação, em continuidade à teorização do efeito Mühlmann de Lourau, afirmando que quem falsifica a profecia é o instituído, que nega a profecia para seguir interesses próprios (HESS, 2007). Alguns exemplos são a escola que educa mas ao mesmo tempo, pune, produz violência e atua como cárcere (BARENBLITT, 2002) ou o manicômio que aprisiona e produz a loucura.

Lourau defende que o processo de institucionalização é constante e geral, e, propôs o princípio da equivalência no qual é possível generalizar o efeito Mühlmann a todo movimento social, e que qualquer que seja a profecia, ela perde a radicalidade na qual foi criada (HESS, 2007). Já Authier, faz uma crítica à teoria da institucionalização de Lourau, e ao princípio da equivalência, e, defende que podemos lutar contra este fracasso da profecia na institucionalização, e que ela só ocorre em algumas sociedades, onde a conquista do poder é entendida como única saída para socialização (HESS, 2007). Hess e Authier sugerem que as redes sociais, por exemplo, não falsificam sua profecia, de modo que a lógica das redes só ativa o instituinte. Negando a lógica de poder piramidal, este tipo de organização não passa pelo processo de institucionalização, pois se autodissolve antes do instituinte ser integrado ao instituído (HESS, 2007). Este movimento toca ao princípio da autodissolução, onde alguns

grupos decidem se opor de forma consciente ao efeito Mühlmann e se autodissolvem voluntariamente (HESS, 2007).

2.4 O efeito Lapassade

O efeito Lapassade, conhecido anteriormente como efeito Al Capone em razão da analogia à coação do sistema a seu favor, diz respeito a uma tendência social traduzida por Heliana de Barros Conde Rodrigues, a partir da observação de Georges Lapassade que diz:

Quanto mais o sistema universitário era rígido e burocrático, mais os estudantes conseguiam inventar técnicas para desviar seu funcionamento [] é, pois a relação existente entre a complexidade técnica de uma instituição e a inventividade dos usuários para esvaziar as regras institucionais de seu sentido, para desviá-las (HESS; SAVOYE, 1993, p.73).

Este é efeito de uma resistência intelectual, movimento de recusa à adesão aos valores e domínio institucionais, para tanto, os estudantes ou usuários dissimulam e criam um modo de funcionamento que tende a resistir aos mecanismos de controle (MONCEAU, 2002b).

2.5 Resistência como analisador

O termo Resistência é aplicado a diferentes disciplinas como na mecânica – resistência dos materiais; na física – resistência elétrica; na biologia - resistência bacteriana; ou nas ciências humanas e sociais – movimentos de resistência. Pode assim, ter diferentes sentidos, de defesa, rigidez, lutar contra, e também pode significar força e persistência (DÓBIES, 2016). Politicamente, resistência é um movimento oposto à opressão, na aprendizagem, é entendida muitas vezes de forma negativa, como uma dificuldade ou um obstáculo (MONCEAU, 2002b).

Em 1997, Monceau produziu o conceito de Resistência, publicada em sua tese de doutorado sob a orientação de René Lourau. Nela ele desenvolve este conceito no campo da educação que, de forma conceitual e operatória, pode ser utilizado amplamente nas Ciências da Educação, sua área de atuação, mas também pode ser alargado para outras disciplinas em que estão presentes as resistências e as relações de poder. Para este autor, a resistência se exprime nas práticas, no funcionamento dos estabelecimentos, e principalmente precisamos estar atentos para o que as resistências nos dizem sobre as instituições (MONCEAU, 2002b).

Nesta teorização, Monceau (1997, p.47) disserta sobre três importantes conceitos: a institucionalização, a autodissolução e a transdução. “A institucionalização é o processo pelo qual a instituição se produz”, tanto de forma positiva como negativa. Não esqueçamos que esta produção também resulta da negação ou falsificação de sua profecia inicial. O conceito de autodissolução corresponde ao modo de desaparecimento brutal das formas sociais e de sua ideologia e funcionamento, esta problemática está ligada à negação do processo de institucionalização (MONCEAU, 1997; HESS, 2007). A contradição se revela aqui mais uma vez na forma de tensões ou conflitos intra-institucionais, que podem por vezes permanecer ali por longo tempo, ou, de repente, se atualizar (MONCEAU, 1997).

Neste misto de atualização e potencialização, temos os processos transdutivos (MONCEAU, 1997). O termo transdução foi proposto pelo filósofo francês Gilbert Simondon, a fim de diferenciá-lo de indução ou dedução, caracterizando-o como uma operação entre diferentes composições, que permitem a atualização de existências potenciais (ARAGON, 2014). Aragon (2014), em sua interpretação da obra de Simondon, enfatiza a importância do devir, um vir-a-ser, indicando a atualização da realidade como processo. Lourau (2004b), por exemplo, utiliza o termo transdução, em sua coerência com a relação sujeito-objeto (sem antítese), para pensar a noção de implicação de forma processual, mutante, que sempre se atualiza (LOURAU, 2004b). O conceito de transdução ultrapassa o pensamento dialético Hegeliano, de contradição entre instituído e instituinte, “é um movimento de tomada de forma por propagação, onde uma partícula, a partir de um centro, passo a passo vai tomando forma” (GUILLIER, 2004, p. 2). Guillier (2004) explica que Lourau pensava que este seria o movimento da pesquisa, com o pesquisador no centro e a propagação das análises a partir de sua interação com os indivíduos, a partir de suas implicações.

Monceau (1997, p. 50, tradução pesquisadora) define resistência como “uma força social que se atualiza em oposição a uma outra (força social), chamada poder”. Sua disputa de forças favorece, pelo menos provisoriamente, a segunda. Estas forças ora migram para uma resistência radical, resistentes à legitimação ou à homogeneização que o Estado exige; ora migram a uma resistência aos aparatos e aos mecanismos de controle, classificada como clássica ou tradicional; e ora para uma resistência a processos de influência, chamada de “rebeldia” por sua resistência à adesão aos valores e à dominação institucional (MONCEAU, 1997; MONCEAU, 2002b). Para Lourau (2004d, p.69): “Estas manifestações de não-conformidade com o instituído são, elas mesmas, reveladoras da atividade do instituído. São o ‘ANALISADOR’.

Dessa forma, Monceau (1997) toma a resistência como analisador por revelar as CONTRADIÇÕES institucionais, e mais ainda, por ativá-las, despertá-las. Portanto, sua visão do conceito de analisador vai além da função de revelador, pois a resistência é ativa e dinâmica e além de revelar, permite o trabalho destas contradições institucionais, se não depois, pelo menos durante o trabalho sócio-analítico (MONCEAU, 1997). A análise resistencial, ou análise *pelos* resistências, como explica o autor, deve se diferenciar da análise *das* resistências, uma vez que atos de resistência sustentam a análise e não existem de forma isolada, são reflexos do contexto social que os produzem (MONCEAU, 1997).

Resistência é um conceito dialético que foi dividido didaticamente por Monceau (1997) em três momentos que se contradizem: defensivo, ofensivo e integrativo. O primeiro é conservador, o segundo revolucionário e o terceiro é uma alternativa a esta oposição mútua. Eles se relacionam entre si e influenciam uns aos outros, há pontos de intersecção e interferência entre os três, e estas relações variam de acordo com a situação (MONCEAU, 1997). (FIGURA 4).

Figura 4 - A representação dialética dos três movimentos do conceito de resistência

Fonte: Monceau (1997, p. 53), tradução Dóbies (2016).

Momento defensivo – O autor explica que, se o processo de autodissolução domina o de institucionalização, o momento defensivo se identifica à resistência e tende à destruição do poder. Neste caso, desaparece também a resistência, e por isso, este momento é tido como autodestrutivo. Ele também é caracterizado por sua intransigência, uma vez que há a busca por uma autopreservação, sem compromisso com o poder. É uma busca pela sobrevivência, em

manter a sua integridade física, psíquica ou coletiva em uma situação extrema (MONCEAU, 1997).

Momento ofensivo – Quando se identifica com a resistência, o momento ofensivo tende a agir de forma contra-institucional, produzindo um novo poder, que se desdobra ao interior da forma social ou exterior a ela. Neste caso, as resistências serão instituintes e constituirão novos poderes contra os quais novas resistências podem surgir. Este momento pode se decompor em: integração conflituosa, quando a criação deste novo poder é contra-dependente; constituição de um novo poder, na qual a resistência deve se institucionalizar se transformando no seu contrário; e intransigência, quando este novo poder em construção não aceita compromissos com o poder dominante, criando-se uma dissidência (MONCEAU, 1997).

Momento integrativo – Quando no processo de institucionalização, a negatividade do processo de autodissolução não a vence, para evitar o desmanche, o momento integrativo se identifica à resistência e tende à assimilação. A resistência então é reprimida e fica latente, são os casos em que há conflitos sobre os quais não se pode falar. Ele pode se identificar com o caráter sobrevivente, o que envolve estratégias para manter-se integrado e proteger-se, como a falsidade ou a dissimulação; ou pode haver uma adaptação para evitar seu desmonte e, por fim, atuar em uma integração conflituosa, ou falsa pois envolve discriminação, diferenças veladas entre pares (MONCEAU, 1997).

Na dinâmica destes momentos, as resistências se atualizam e se potencializam. Os três eixos centrífugos (direção em que apontam as setas) explicitam três formas de potencialização da resistência (FIGURA 4): 1) em direção ao desaparecimento do poder (com sua própria destruição); 2) em direção ao desaparecimento da resistência (pela assimilação ao poder); 3) em direção à constituição de um novo poder (pela construção de uma alternativa). Ainda, pode ocorrer a potencialização a partir de suas “zonas de interferência” que indicam direções como a intransigência, a sobrevivência ou a integração conflituosa. O desafio está em colocar em análise as dinâmicas institucionais de forma articular as possibilidades de potencialização das resistências percebidas e as relações de poder por elas reveladas. Neste caso, iremos nos dedicar à análise resistencial das práticas profissionais e interprofissionais.

2.6 Análise Institucional das Práticas Profissionais

A Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP) foi um dos dispositivos de análise escolhido nesta investigação. Análise de práticas é a expressão mais antiga em formação contínua de adultos, no referencial do suíço Perrenoud (2000). Na perspectiva da formação de

professores, ela foi inserida posteriormente. De caráter escolarizado, esta perspectiva espera que o profissional tenha maior domínio sobre o que faz, que possa explicitar e analisar a sua prática, aí está o grande desafio, pois a maior parte dos profissionais exercita pouco esta reflexividade e tem pouca apropriação de seu “ofício” (PERRENOUD, 2000).

O saber de explicitação e reflexão sobre suas próprias necessidades de formação (docente) exige uma lucidez profissional (PERRENOUD, 2000). No entanto, estabelecer o próprio caminho formativo ao admitir não-saberes de forma solitária é insuficiente, é ilusório. E isto é o que critica Monceau (2013b) quando chama atenção para a institucionalização de uma reflexividade sobreimplicada, pois, ao estarmos cegos ou vendados, podemos naturalizar nossas práticas e não seremos capazes de analisar as nossas implicações nas instituições, por isso nós nos apoiamos em uma análise de práticas que seja coletiva, entre pares profissionais, a fim de reativar seu caráter instituinte.

Na perspectiva da profissionalização, na França, esta prática é reconhecida como Análise de Práticas Profissionais (APP). Fablet (2004), pesquisador e formador que dirigiu diversas publicações do Ministério de Educação Nacional Francês, explica que esta modalidade de formação profissional teve orientação na psicossociologia clínica. Ela previa trocas entre coletivos organizados (formadores, professores, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, médicos, gestores de recursos humanos), em campos diversificados (educação, social, gestão), a fim de induzir dispositivos nos quais os participantes eram convidados a se envolver na análise, isto é, “trabalhar na co-construção do significado de suas práticas” (FABLET 2004, p. 107).

Esta perspectiva de APP teve inspiração nos grupos Balint na Inglaterra, dispositivo de educação continuada de médicos generalistas para auxiliar no acompanhamento dos cuidados e da relação médico-paciente (FABLET, 2004). Fablet (2004) explica que M. Balint, médico psicanalista inglês conduzia grupos de reflexão com aproximadamente 12 colegas médicos, que eram convidados a falar sobre suas experiências de atendimentos clínicos e sua relação terapêutica. O papel do facilitador-psicanalista era o de contribuir no trabalho de análise ao enunciar as situações transferenciais e contra-transferenciais explicitadas. O grupo se mantinha por pelo menos 2 anos e pretendia, portanto, assumir além da função terapêutica, a de formação contínua. Este caráter formativo é um ponto comum com a APP.

No Brasil, estratégias de qualificação profissional no cotidiano do trabalho tem tido investimento insuficiente (OLIVEIRA; CAMPOS, 2017), no entanto, estão ancoradas em Políticas públicas como a de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004a) e de Humanização que preveem o fomento do Apoio Matricial (BRASIL, 2004b). O Método Paidéia

ou Método da Roda tem sido incorporado como elemento na formação em serviço, com combinação de dispositivos com inspiração nos grupos Balint e Paidéia que envolvem discussão de casos, reflexão sobre as práticas e ofertas teóricas (OLIVEIRA; CAMPOS, 2017; ONOCKO CAMPOS, 2003). Esta estratégia de ação aposta na possibilidade de autoanálise e de coestão atreladas a aspectos do mundo que os cerca, e para tanto, é preciso superar os modelos pedagógicos tradicionais com experimentações de metodologias ativas com base na problematização da realidade (OLIVEIRA; CAMPOS, 2017).

Apoiado na Análise Institucional francesa, com Danielle Guillier (2003a, 2003b), Monceau denominou as intervenções junto aos diferentes profissionais como Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP). Suas experiências incluem seminários com profissionais com diferentes formações (GUILLIER, 2003b) e intervenções diretamente na área de educação, saúde e trabalho social (MONCEAU, 2005).

O uso de dispositivos reflexivos com base na AIPP (MONCEAU, 2008b, 2010, 2015) tem mostrado grande êxito nas transformações das práticas profissionais. Este referencial teórico-metodológico tem sido usado na França em pesquisas, tanto na universidade como nos serviços, e se caracteriza por um processo em que um coletivo profissional, conduzidos por um facilitador, tem o objetivo de elucidar questões de sua prática com uma postura de distanciamento que possibilite ter diferentes visões de uma mesma situação (MONCEAU, 2010). Dessa forma, os profissionais colocam em análise aspectos de sua prática levando em consideração o contexto no qual está inserido explicitando suas implicações profissionais, uma vez que, “uma profissão, pois, deve ser capaz de explicitar sua prática, o que tem consequências no seu fazer cotidiano, em sua atuação mais banal” (MONCEAU, 2008a, p. 24).

É importante ressaltar que a palavra implicação pode ser confundida com envolvimento (*involvement*) ou engajamento (*commitment*), termos que dão um sentido de participação voluntarista derivadas do ambiente produtivista (SAMSON, 2005, 2018). Pesquisas no campo da qualificação dos recursos humanos, em uma perspectiva de gestão da “qualidade” profissional, foram realizadas primeiramente nos Estados Unidos nos anos 60 e mais tarde na França. Nesta abordagem produtivista, a concepção de Implicação Profissional tem um caráter de modelização (SAMSON, 2005; 2018). Com o objetivo de evitar o absenteísmo, a rotatividade profissional e aumentar a produtividade, os empresários buscavam “medir” a implicação de seus colaboradores em seus aspectos afetivo (sentimento de pertencimento, o quanto faz parte da equipe ou da organização), normativo (sentimento de obrigação ou pressão social a partir do que é aceito como moralmente correto), contínuo (tempo nela investido e/ou falta de alternativa) e alienante (VALÉAU, 2004).

É importante esclarecer que para a AI a Implicação é o conjunto de “relações (afetivas, organizacionais e ideológicas) que se estabelecem entre os sujeitos e as instituições” (MONCEAU, 2012, p. 29). Monceau (2008a) explica que o trabalho sócio-clínico no seio do processo de institucionalização profissional, que ele denomina de profissionalização, faz emergir as dificuldades e conflitos profissionais e pode revelar o modo como as instituições impedem os profissionais de fazerem o seu trabalho, “pelo menos aquele que gostariam de fazer e que encontram sentido e satisfação em realizar” (MONCEAU, 2008a, p. 25).

Esta é a ruptura deste referencial com o instituído de neutralidade científica. Ao analisar nossas implicações em relação às instituições às quais pertencemos, abrimos possibilidades para “fazer falar” as contradições, as naturalizações e explorar a origem de nossas relações, pois dessa forma também estaremos praticando autoanálise e entendendo nosso lugar neste mundo. É dessa maneira que o profissional de saúde em formação deve analisar suas implicações profissionais com a instituição Saúde Coletiva, a Universidade, com a sua profissão, entre outras como Educação, Saúde, Serviço Público, Unidade de Saúde, Estado, e eu também como pesquisadora em relação ao objeto de estudo e às instituições que me atravessam.

2.7 A reflexividade na pesquisa e a análise das implicações

Em que a implicação institucional do pesquisador ou do prático (a do pesquisador sendo muito menos visível que a do prático) é não um obstáculo à análise, mas o próprio lugar onde começa a análise institucional? (LOURAU, 2014, p. 110).

Depois dos anos 30, os trabalhos socioanalíticos tiveram as contribuições de Moreno nos Estados Unidos e depois dos anos 60, com Van Bockstaele, Lourau e Lapassade na França (LOURAU, 2014; MONCEAU, 2012, 2013b, 2015). O processo de construção de conhecimento liderado por Lourau na França depois dos anos 60 teve origem na sua prática de professor de francês no Liceu e na sua formação em sociologia (MONCEAU, 2013b). Seu percurso como pesquisador se consolidou a partir de questionamentos que tiveram origem na sua vivência prática, ele se questionava por exemplo sobre o ensino secundário (ensino médio) em que ele lecionava à época e também a relação pedagógica instituída na sala de aula em defesa da autogestão. Como pedagogo autogestionário, Lourau já colocava em prática dispositivos de análise crítica considerados como instituintes que foram sendo “aprimorados” no decorrer de sua trajetória (MONCEAU, 2013b).

No plano teórico da AI, a noção de implicação se relaciona ao conceito de contra-transferência institucional (CTI). Originalmente este foi um conceito criado por um grupo de psiquiatras a partir da transposição de uma concepção específica do conceito de contra-transferência da clínica psicanalítica espanhola (proposta em 1962) para o contexto da psicoterapia institucional, em 1966 (GUILLIER, 2003a). Como indica Guillier (2003a), há argumentos dos analistas institucionais a fim de delimitar a distância conceitual entre os dois. Apesar de ambos serem caracteristicamente instáveis, a noção de implicação pode ser entendida de forma mais ampliada que a CTI, uma vez que envolve mais do que a transferência do analista-paciente, mas de todo o contexto no qual está envolvido o coletivo, na análise em situação, seus status e relações interinstitucionais (GUILLIER, 2003a).

Monceau (2013b) estudou os caminhos percorridos por Lourau e nos explica que quando ele se tornou professor-pesquisador (cargo de professor universitário no Brasil) em sociologia, ciências políticas e da educação, ele deu continuidade ao trabalho sobre a noção de implicação:

A implicação deseja pôr fim às ilusões e imposturas da "neutralidade" analítica, herdadas da psicanálise e, de modo mais geral, de um cientificismo ultrapassado, esquecido de que, para o "novo espírito científico", o observador já está implicado no campo da observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o. Mesmo quando o esquece, o analista é sempre, pelo simples fato de sua presença, um elemento do campo (LOURAU, 2004d, p.82-83).

A proposição da noção de implicação foi considerada um escândalo e Lourau, se auto-denominava sociólogo em tempo inteiro (ALTOÉ, 2004) em alusão à noção de implicação que permeava suas práticas. Já que a instituição acompanha o pesquisador no campo (MONCEAU, 2013a), ela pode modular o meu ver e escrever. Assim, as implicações podem ser primárias e secundárias (LOURAU, 2004e). Sempre analisadas coletivamente, as primárias dizem respeito à relação do pesquisador com seu objeto de pesquisa, na instituição pesquisa e intervenção, na encomenda e demandas sociais. As secundárias são as de caráter ideológico, sócio-histórico e aquelas que expressam a pesquisa, como na escrita. Ou, como sintetiza Monceau (2008a), as primárias são aquelas relações na situação de intervenção, e as secundárias, no campo de análise.

A análise das implicações, deve ser a análise do conjunto de relações afetivo-libidinais, organizacionais e ideológicas (MONCEAU, 2012), que se entrecruzam. Para Barbier (1985), na análise das implicações profissionais, estas dimensões, apesar de intrínsecas umas às outras, podem ser abordadas em três níveis: psicoafetivo, histórico-existencial e estrutural-profissional. O primeiro nível aponta para a análise da escolha dos dispositivos e analisadores e da posição

do pesquisador em relação aos participantes, o meu desejo em estar na pesquisa. No segundo, o pesquisador se coloca em análise enquanto ser histórico-social, revela suas raízes culturais. E no terceiro, a análise das escolhas profissionais, das relações de poder no sistema de produção.

No percurso de seus estudos sobre a implicação, Lourau estudou os diários de campo de diferentes etnólogos, estudiosos no campo da etnografia e da sociologia, que desbravavam e experienciavam a imersão no campo de estudo, desde a vivência com tribos africanas (Michel Leiris), as comunidades do Bocage, região francesa da Normandia (Jeanne Favra Saada) ou em empresas da indústria (Philippe Bernoux) (MONCEAU, 2013b).

Essa imersão de Lourau nestes escritos revelou que existe um efeito sobre a escrita encomendada, em termos de implicações secundárias, com o modo que apresentamos a pesquisa, que ele chamou de efeito Goody, termo que foi lançado no livro *Diário de Pesquisa* de 1988 (SAMSON, 2013; MONCEAU, 2013b). Samson (2013), em conferência no I Seminário Internacional de Análise Institucional e Saúde Coletiva em Niterói, esclarece que este conceito faz referência à Jack Goody, um antropólogo inglês interessado em como a escrita (principalmente por meio gráfico, de apresentação, layout) trabalha as instituições, modificando as formas de pensamento. Esta definição da escrita utilizada por Jack Goody contribui para revelar o processo de institucionalização que se faz pela e na escrita.

Lourau se baseia nesta perspectiva e “pretende analisar como a escrita é trabalhada pela instituição” (SAMSON, 2013, p. 131). Dessa forma, ele toma a escrita como uma PRÁTICA e combina análises pela e na escrita. Ele explica que somos levados a escrever ou a fabricar o texto de acordo com o que é esperado pela instituição, do início ao fim da pesquisa, reafirmando a “necessidade de análise das implicações institucionais no ato de escrever e publicar” (LOURAU, 2014, p. 317) e admite ainda, que esta não é uma tarefa fácil.

O momento dos encontros na pesquisa entre pesquisadora/participantes; pesquisadora/orientadora provoca questionamentos sobre este “nó de relações” (LOURAU, 1990, p. 113) que são as implicações. Ainda que a instituição passe por nossas práticas por meio destas relações “intrincadas”, nosso direcionamento deve ser o de nos distanciar para analisar nossas implicações. No entanto, Lourau (1990) explica que quando sobreimplicados, ou seja, quando estamos envolvidos fortemente nas instituições, é difícil estabelecer este distanciamento. Desta forma, Romagnoli (2014, p. 48) esclarece que: “a sobreimplicação impede que a implicação seja analisada, anestesiando os efeitos dinâmicos e processuais de nossas pertencas ideológicas, libidinais e institucionais nas situações das quais participamos”.

É importante tomar a posição de pesquisadora a todo o momento implicada, afinal, todos estamos implicados nas instituições e com as instituições, mas também admitir que analisar

estas implicações pode, por vezes, se revelar difícil, principalmente quando estamos sobreimplicados. Em alguns momentos desta pesquisa não consegui tirar a venda, o que me impediu de entender claramente o porquê da minha relação, das minhas escolhas. Assim, enquanto pesquisadora-ex-residente estive diante do desafio de superar a reflexividade técnica (sobreimplicada) e me aproximar da análise resistencial que se tornava obstáculo à análise de minhas implicações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar as práticas profissionais de residentes multiprofissionais em saúde que favorecem ou não a integralidade do cuidado na atenção básica

3.2 Objetivos Específicos:

-Analisar o processo de institucionalização da formação em serviço no contexto estudado;

-Reconhecer espaços de colaboração interprofissional na formação em serviço na AB;

-Reconhecer e analisar movimentos de resistência, analisadores, e seus efeitos nas práticas dos residentes multiprofissionais em saúde;

-Analisar implicações profissionais de residentes multiprofissionais em saúde na formação em serviço na AB.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa Sócio-clínica, uma investigação de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção. A produção do conhecimento é regulada por elementos que lhe dão legitimidade no meio científico, assim ocorre com as pesquisas de abordagem qualitativa, no campo das Ciências Sociais e Humanas e da Saúde, elas portam suas regras e elementos.

Minayo (2014), escritora de destaque e já legitimada por muitos pesquisadores no meio científico social, declara que o objeto das ciências sociais é “essencialmente qualitativo” (MINAYO, 2014, p.42). Assim, atravessada pelas instituições Saúde, Educação e Pesquisa me inclino a pensar a realidade como dinâmica, rica de detalhes e contradições a serem exploradas, como diz a autora “mais rica que qualquer teoria, que qualquer pensamento e qualquer discurso político ou teórico que tente explicá-la” (MINAYO, 2014, p.42).

Situo-me na dimensão da pesquisa interessada da dinamicidade da vida, individual, mas principalmente coletiva, admito a necessidade de minha aproximação e envolvimento com a realidade e, por vezes distanciamento dos mesmos participantes, com os quais me interessa aprofundar o conhecimento. A dinâmica da realidade precisa ser instigada, interrogada, “cutucada”, e para tanto, teoria e método devem caminhar juntos na tentativa de trazer diferentes perspectivas e ângulos de entendimentos sobre o vivido e experienciado. Neste sentido, a criatividade, a implicação e às vezes, a cegueira enquanto cidadã, pesquisadora e profissional de saúde, foram elementos-chave que guiaram as escolhas e caminhos percorridos nesta pesquisa.

Fortuna et al. (2017) apontam que as pesquisas sócio-clínicas desenvolvidas primeiramente na realidade francesa, são as pesquisas do tipo pesquisa-intervenção que realizamos no Brasil (FORTUNA et al., 2017), e que tem suas características peculiares. Quanto à escolha de uma pesquisa participativa que tenha como palavra-complemento a intervenção (pesquisa-intervenção), cabe aqui precisar, definir, enunciar sua origem e uso.

A palavra intervenção carrega consigo a conotação de uma ação autoritária, ou antidemocrática, como o que vivemos no Brasil com a intervenção militar em 1964 ou com a intervenção federal no Rio de Janeiro em 2018. No entanto, seu significado e uso nesta perspectiva de produção de conhecimento tem objetivo diferente. Esta expressão *intervenção* advém das atividades de pesquisa na França na década de 60, quando um grupo de analistas institucionais era convidado a *intervir* (L’ABBATE, 2012). L’Abbate (2012) caracteriza-a como atividade importante na conformação do movimento institucionalista e enfatiza seu sentido de *vir entre*, *vir futuro* do subjuntivo do verbo ver. Assim, nós pesquisadores nos

colocamos em uma posição para ver o “entre” com quem vive a realidade, o que nos possibilita interrogar aquilo que já está naturalizado ou cristalizado nela, abrindo novas possibilidades de refletir sobre as práticas, e valorizá-las ou transformá-las.

A pesquisa do tipo Sócio-clínica (com hífen) (MONCEAU, 2017) mobiliza dispositivos diversificados de produção de dados que incluam a participação dos sujeitos nela implicados. Monceau explica que há diferença entre a Socioclínica (sem hífen) e Sócio-clínica (com hífen), na escrita em francês respectivamente, Socioclinique e Socio-clinique. A Socioclínica, na concepção definida pelo psicólogo social Jean Maisonneuve, define pesquisas de campo, que podem ser participativas ou não, e que são realizadas junto a um coletivo local, uma organização, um grupo restrito com representantes de seu meio ou ainda, avessos à ele (MONCEAU, 2017). Esta primeira, requer olhares atentos às interações no campo, e, ao sentido que os atores dão às suas práticas, porém, a postura do pesquisador é de distanciamento. Monceau (2017) complementa que Dominique Fablet pesquisador do campo da educação familiar, deu continuidade aos trabalhos de Maisonneuve e definiu o objeto das pesquisas Sócio-clínicas (com hífen) no campo da educação: se trata de apreender o modo de funcionamento e as práticas educativas específicas das organizações, estabelecimentos e/ou serviços, e para tanto, aconselha a diversificação de fontes sobre a dinâmica coletiva e uma postura diferente em relação aos participantes, de aproximação.

Fablet (2004) dá também um lugar especial para a restituição dos dados pois assim, os pesquisadores têm acesso à uma série de dados complementares o que pode confirmar ou flexibilizar as interpretações sobre as dinâmicas específicas dos diferentes estabelecimentos. Assim, com base nestas duas concepções, Monceau mostra a importância de levar em conta as dinâmicas institucionais contemporâneas que se refletem na análise de práticas e desenvolver pesquisas que sejam participativas ou seja, pesquisa-com (*recherche avec*). Neste caso, para acompanhar os processos e a dinâmica de coletivos e analisar suas práticas considerando os participantes nelas implicados, esta pesquisa se apoia na Sócio-clínica Institucional (MONCEAU, 2013a, 2017).

Iremos nos basear nas premissas que nos indicam de forma mais coerente um caminho, descritas por Monceau (2013a) como intervenções que podem apresentar 8 diferentes características: 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 institucionais.

4.1 Aspectos éticos na pesquisa participativa

É importante esclarecer que esta abordagem de pesquisa exigiu encaminhamento e apreciação do projeto de pesquisa em diferentes instâncias, o que será considerado na descrição dos dispositivos de pesquisa adotados neste percurso metodológico. Todos estes momentos de apreciação e apresentação do projeto de pesquisa, advindos de sugestões de alterações, encaminhamentos e protocolos, exigem reorganização constante do planejamento da pesquisa e do pesquisador.

Diante do fato de ocorrerem mudanças à medida que o trabalho sócio-clínico avança, e uma vez que estas necessidades de criação de novos dispositivos são confrontadas com os limites de prazo, tanto para defesa da tese, quanto para acompanhamento da dinâmica dos participantes, as decisões e escolhas dos dispositivos adotados fazem parte do processo de trabalho-aprendizagem do pesquisador. E também devem ter destaque no percurso da pesquisa participativa, uma vez que o procedimento ético exige do pesquisador uma capacidade de previsão das estratégias de pesquisa e de reflexão teórica e ética permanente na sua relação com os participantes (COLLINET; PASSOS, 2015).

Assim, na primeira tramitação, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, sob o protocolo CAAE 66290417.0.0000.5393 (ANEXO A), acompanhado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) direcionado aos residentes (APÊNDICE A1). Posteriormente, após o exame de qualificação e sugestões da banca, uma emenda foi reencaminhada para aprovação do CEP, com a inclusão de um novo TCLE para a realização de entrevistas com os fundadores do curso (APÊNDICE A2).

4.2 Cenário do estudo e participantes

Este estudo foi produzido no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Com população de 604.682 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), e estimativa de 694.543 pessoas para 2018, seu Produto Interno Bruto per capita foi de R\$ 44.463,80 em 2014 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Apesar de um alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,8 (acentuado pelos componentes longevidade, renda e educação), apresenta alta concentração de renda 0,54 pelo Índice de Gini (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010).

O município é uma referência regional na formação em saúde, e a Secretaria Municipal de Saúde se articula com as Instituições de Ensino Superior (IES) do município, de modo a estabelecer Distritos Saúde Escola, enquanto espaços de cooperação ensino-serviço (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021). São 5 Distritos de Saúde onde estão distribuídas 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), 19 Unidades de Saúde da Família (USF), ambulatórios de referências, hospitais públicos e filantrópicos. A cobertura da ESF no município foi estimada em 22,41% (45 equipes), em dezembro de 2017 (RIBEIRÃO PRETO, 2019).

A pesquisa foi produzida com os residentes e fundadores do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde (PRMAIS) vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP). Desde agosto de 2010 este curso de formação ensino-serviço ocorre em diferentes pontos da atenção primária, secundária e terciária. Ele prevê 60% da carga horária nos cenários de prática na AB, em seis USFs do Distrito Oeste, região à qual está vinculada esta Universidade pública.

Assim, participaram deste estudo 32 residentes de diferentes áreas da saúde, 14 da turma 2016-2018 (R2): Farmácia (2); Fisioterapia (2), Fonoaudiologia (2), Nutrição (2), Odontologia (3), Psicologia (1) e Terapia Ocupacional (2). E 18 da turma 2017-2019 (R1): Farmácia (3), Fisioterapia (2), Fonoaudiologia (3), Nutrição (2), Odontologia (3), Psicologia (2) e Terapia Ocupacional (3), uma residente R2 da farmácia havia desistido do curso e os 2 residentes da Física Médica (R2) não foram incluídos como participantes desta pesquisa pois não faziam parte da equipe de saúde na atenção básica, além disso não foram ofertadas vagas para estes no último edital (2017) (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

Destes, são 26 mulheres e 6 homens, com idade entre 22 e 30 anos, formados em instituições públicas (26) e privadas (6), a maioria egressos da USP (Ribeirão Preto) (18). Para a maior parte deles (22), a Residência Multiprofissional é a sua primeira experiência profissional. Participaram também 8 atores-chave do PRMAIS no momento de sua fundação, docentes ou ex-docentes da USP que nomeei enquanto fundadores do curso.

Neste cenário, é importante, entre outras questões, considerar o histórico da ESF e das USFs onde atuam os residentes. Caccia Bava (2005) explica que a ESF foi implantada nesse município em fevereiro de 1999 associada ao Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária com Ênfase em Saúde da Família, vinculado ao Hospital das Clínicas da FMRP-USP, hoje Programa de Residência em Medicina de Família e de Comunidade da FMRP-USP, com objetivo de aproximar os residentes médicos ao território e à comunidade. As USF foram

criadas como Núcleos de Saúde da Família, nome como são conhecidos até o presente momento, no entanto, fiz a opção de chamá-los de USF.

Elas se instalaram no território próximo ao Centro Saúde Escola (CSE) da FMRP, uma unidade distrital reconhecida pelo atendimento especializado e foram criadas nos modelos de uma Unidade-Escola sob gestão da Universidade, FMRP-USP, com apoio financeiro para viabilizar a proposta. Foram reconhecidos inicialmente como Núcleos de Saúde da Família do CSE da FMRP-USP, criados com um duplo papel: atuar na assistência e na formação dos residentes médicos (CACCIA-BAVA, 2005).

A AB foi sendo fortalecida tanto pela mudança no modelo de atenção especializado que tinha como referência o CSE desde 1978, para o modelo de atenção com centralidade na ESF, tomando como desafio o processo de institucionalização da formação em serviço na AB para estudantes de graduação e pós-graduação, inclusive a modalidade Residência. Neste processo, Ribeirão Preto foi sede de um dos Pólos de capacitação para o PSF, iniciativa do Ministério da Saúde em articulação com as universidades e a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo nos anos 2000 (GUEDES; SANTOS; DI LORENZO, 2011) e a conformação dos conselhos locais de saúde também fortalecia o movimento de foco na família (RIBEIRÃO PRETO, 1995).

Essas USFs são, portanto, vinculadas à USP, geridas pela FMRP, e coordenadas principalmente por docentes do Departamento de Medicina Social, desde a sua criação. No processo de institucionalização da formação em serviço na AB, houve a inserção das áreas não-médicas que também fazem parte das eSF e do rol de cursos da USP. Assim, as USFs também podem ser coordenados por docentes de outras unidades como a Enfermagem. A atuação das demais áreas se formalizou a partir do convênio firmado em 2003 entre SMS e CSE -FMRP-USP, que amplia a integração ensino-serviço e as atividades de ensino-PESQUISA e extensão de cursos como fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiologia e também, farmácia, enfermagem e odontologia. Estes movimentos foram importantes para o fortalecimento da ESF no município e para a integração ensino-serviço instituindo um forte papel de cenário de prática centrando forças na formação e qualificação dos profissionais egressos da Universidade em questão (FORTUNA, 2003).

4.3 Os dispositivos no processo investigativo

Como parte da abordagem teórico-metodológica sócio-clínica, esta investigação lança mão da construção de dispositivos no decorrer do processo investigativo (MONCEAU, 2013a; MONCEAU, 2015). Para atender aos objetivos propostos foram utilizadas diferentes técnicas

para produção dos dados que se complementam e que contribuem à sua maneira para a transformação e compreensão da realidade em questão, são elas: análise de documentos, diário de pesquisa, AIPP, observação, entrevistas, modalidades de restituição, e orientação.

4.4 A análise de documentos

A necessidade de contextualização foi o ponto de partida para a análise dos documentos. Ela permitiu caracterizar o curso e movimentos do processo de institucionalização da instituição formação em serviço e do curso investigado antes do encontro com os participantes. Os documentos de escolha foram o Projeto Pedagógico inscrito no Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde por meio do edital nº 24, de 2 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009b) e a proposta de Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde inscrita no edital de convocação nº 17 de 04 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2012), ambos solicitados à Coordenação do programa.

Este olhar compreendeu algumas questões de base histórica (BEAUD; WEBER, 2010) como: as condições de produção do documento (quem escreveu e com que objetivo); as condições de uso e transmissão; as referências que lhe dão sentido (tanto para quem produziu, quanto para quem ele foi produzido).

Como fase preparatória para a entrada no campo, antes das sessões de análise de práticas junto com os residentes, foi realizada uma análise dos documentos na perspectiva da formação em serviço interprofissional. Esta análise específica buscou avaliar o curso a partir de algumas questões propostas pelo *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) traduzidas em estudo sobre as residências multiprofissionais no Brasil (MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

Quadro 1 – Questões norteadoras para avaliação da qualidade da Educação Interprofissional

QUESTÃO NORTEADORA	FINALIDADE DA QUESTÃO
Os objetivos declarados promovem a prática colaborativa?	Verificar se o Programa é interprofissional
Como os objetivos contribuem para a prática colaborativa?	Verificar se os objetivos são alcançados
As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?	Verificar se o Programa trata a colaboração como uma finalidade
As metas e os objetivos são compatíveis?	Verificar a compatibilidade dos objetivos multiprofissionais e interprofissionais

Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao Programa?	Verificar como dimensões interprofissionais ou ênfases são integradas ao Programa
O Programa informa seu referencial teórico?	Para solicitar que planejadores, professores e avaliadores considerem e selecionem criteriosamente suas perspectivas teóricas

Fonte: Barr (2003), tradução Miranda Neto, Leonello e Oliveira (2015).

Estas questões foram selecionadas do instrumento e me orientaram para buscar elementos presentes nos documentos que sustentassem ou não uma proposta na direção da formação e trabalho interprofissional, que incluem a análise de objetivos, metas, sua compatibilidade, sua consistência para a promoção de práticas colaborativas, e também a análise da proposta teórica de ensino-aprendizagem (MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015) (APÊNDICE B). Esta ferramenta de reconhecimento apresentou limites no contexto do curso investigado pois as questões delimitavam situações que não estavam presentes na escrita dos documentos, mas que foram sendo reveladas no momento de imersão na realidade.

Primeiro, as questões do instrumento acima têm como pressuposto programas que já adotam a Educação Interprofissional e as práticas colaborativas como eixo norteador. Segundo, a partir da vivência e do suporte dos outros dispositivos de análise de práticas e observação, o meu olhar pôde ser ampliado para o entendimento daquilo que era apontado como multiprofissional e daquilo que eu compreendia como interprofissional diante das experiências vividas na realidade, especialmente na atenção básica e os efeitos de distanciamento entre a escrita do documento e a prática. Assim, parti por outros direcionamentos a fim de aprofundar as questões históricas, sociais e locais de sua implementação.

A fim de explicitar a gênese teórica e social da instituição formação em serviço e demais instituições que a atravessam, os documentos também foram analisados por meio da abordagem da análise de papéis (LOURAU, 2014), ou seja, quando o material empírico da análise é constituído por documentos, observações e entrevistas (L'ABBATE, 2012). Esse tipo de pesquisa teórica e/ou histórica abarca o campo da sóciohistória na perspectiva da Análise Institucional (SAVOYE, 2007), de forma que o pesquisador realiza uma análise de cunho teórico ou historiográfico sobre uma determinada organização. Estabeleci então um cruzamento de dados entre os documentos e as entrevistas com os fundadores do curso, dispositivo detalhado adiante.

Sentia então que já estava percorrendo as trilhas de uma entrada em campo ao conhecer melhor os desafios que poderiam estar ali presentes. Entendo que a aproximação se fortaleceu quando apresentei o projeto de pesquisa à Coordenação do programa. A responsável à época

foi minha porta-voz e se propôs a apresentar o projeto ao Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), comissão responsável pelas deliberações de atividades que envolvem os residentes, nesta instância participavam representantes dos residentes, docentes, tutores e preceptores, esta foi a primeira etapa de aprovação institucional pela USP (ANEXO B). Minha compreensão foi a de que não havia sido realizada nenhuma pesquisa anteriormente, especificamente sobre a formação naquela residência.

4.5 O diário de pesquisa

Neste movimento de análise dos dados utilizei como suporte principalmente as anotações feitas no diário de pesquisa (LOURAU, 2004f), onde escrevi minhas impressões, observações, interferências e principalmente análises de minhas implicações e/ou sobreimplicações no processo da pesquisa. Lourau (2004f, p. 270) sugere a “coabitação do diário íntimo com o diário de etnógrafo” em uma combinação de extratextos esperados – da abordagem etnográfica, e inesperados – do diário íntimo, respeitando a mescla entre narrador, autor implicado e autor real. Para Hess (2006) escrever no diário contribui para a construção da identidade de pesquisador, é uma forma de preservar memórias, ideias e reflexões. Em um primeiro momento o diário é escrito para si mesmo, no momento do vivido, mas é a longo prazo que sua releitura e seu trabalho se tornam interessantes (HESS, 2006), e concordo com o autor, ele é extremamente necessário para avançar na análise institucional.

A minha dinâmica de trabalho com o diário se deu por etapas: após a escrita à mão no caderno (material) geralmente no mesmo dia, eu prosseguia à leitura e digitação em um diário digital (documento word), geralmente no dia seguinte, que era lido, grifado e modificado ao longo da escrita da tese. A partir destes escritos eu havia dado início ao trabalho de institucionalização pela escrita (SAMSON, 2013) que de forma intencional e contínua almejava atingir um resultado. Neste caso, os movimentos de escrita e (re)escrita no diário físico e digital foram trabalhados na construção de materiais para restituição (narrativas) e foram essenciais para disparar as análises das mudanças no processo de pesquisa, e principalmente, as análises de minhas implicações e sobreimplicações.

Assim, a escrita no diário nos diferentes momentos do percurso da pesquisa permitiu a análise de como a escrita repercutiu na dinâmica das instituições e em mim mesma:

“Retomar a escrita do diário vai se tornando uma dificuldade à medida que o trabalho de análise avança. Conseguir manejar a escrita no papel e a manutenção dos mesmos digitados em um diário digital, foi se construindo como dispositivo para a (re)análise do vivido. Escrita

do caderno: análise. Escrita do diário digital: (re) análise. Seguidas de releituras posteriores possibilitou novo movimento de análise. Esta combinação de instrumentos (caderno-releitura-diário digital), somado às possibilidades de releituras em momentos posteriores foram base para escolhas na apresentação dos resultados devido ao alto volume de dados que vão se desenhando” (Diário de pesquisa, 11 de agosto de 2018).

Para a análise das implicações por meio da escrita, foi importante dar espaço para a escrita subjetiva das coisas ou mesmo as relações com a orientadora. Este movimento de escrita teve efeitos no modo de condução dos grupos de reflexão, das observações, das restituições e claro, na escrita desta tese. Como principal referência o efeito Goody louroudiano (SAMSON, 2013) revela a intensidade de nossa implicação com as instituições, o que determina nossas escolhas durante o processo de pesquisa:

“Por um lado, na escrita guiada pela expectativa acadêmica, nós escrevemos aquilo que a comunidade científica espera da instituição (universidade, pesquisa): então algumas vezes fui pega pensando: o que será que o público espera que eu escreva? Para quem estou endereçando esta tese? E em outros momentos também pensei: “tenho que encontrar o equilíbrio que me permita exercitar a dialética coerente com o referencial teórico-metodológico que escolhi e com respostas que favorecem a construção de conhecimento coletivo, mas como?” (Diário de pesquisa, 14 de maio de 2018 durante a aula de Dominique Samson na Universidade de Cergy Pontoise).

4.6 Análise Institucional de Práticas Profissionais

A Análise de Práticas Profissionais conceitualmente pode ser relacionada a um conjunto de dispositivos e práticas bastante diversificados e com base em referências múltiplas e variadas (FABLET, 2004). Sua finalidade é primeiramente fomentar a profissionalização, e mais ainda, a qualificação das práticas cotidianas no trabalho, como a entendemos na PNEPS. O objetivo deste dispositivo, nomeado de Grupo de Reflexão, foi proporcionar um momento de reflexão para os residentes sobre a sua prática como profissional de saúde em formação no contexto de uma residência multiprofissional.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, sob o protocolo CAAE 66290417.0.0000.5393 (ANEXO A), o grupo de residentes foi contatado para agendamento de um momento coletivo em que apresentei o projeto presencialmente e fiz o convite ao grupo - residentes das 2 turmas (2016 e 2017) em formação no período - para assinatura dos TCLE.

Neste primeiro encontro foram pactuados o local e horário para a realização dos grupos de reflexão. Geralmente eles já se reuniam em encontros quinzenais no espaço do Módulo Teórico Comum (MTC) e em outro momento discutiam as pautas do NDAE. A proposta então foi que eu participasse dos momentos de formação uma vez ao mês. Assim, foram realizados 8 encontros mensais no período de agosto de 2017 a fevereiro de 2018, com participação em média de 15 a 30 pessoas a depender do encontro, com residentes R1(turma 2016-2018) e R2 (turma 2015-2017) de diferentes profissões. Como estava explicitado no TCLE (APÊNDICE A), optei por finalizar os encontros do grupo de reflexão no mesmo período em que os residentes da turma 2 finalizavam o curso, inclusive, com especificação deste limite no projeto aprovado pelo CEP.

Os encontros foram audiogravados e posteriormente transcritos (BEAUD; WEBER, 2010), e fiz anotações no diário de pesquisa. Tendo em vista a dinamicidade da produção dos dados da pesquisa, considero que houve uma combinação de técnicas que tomaram forma e lugar à medida que o trabalho de reflexão avançava (MONCEAU, 2015).

Na fabricação do dispositivo utilizado no Grupo de reflexão, diferentes elementos atuaram como disparadores das falas e ação no grupo para as sessões de AIPP. Estes serão contextualizados na seção resultados. Tentarei adiante explicitar alguns deles e o porquê de minhas escolhas. O primeiro elemento sugerido ao grupo foram encontros em roda. Posso dizer que estar em roda tem um sentido especial desde criança, de reconhecimento, inclusão, de reviver minhas raízes indígenas. Acredito que é assim que a gente aprende a se olhar, a ouvir o outro, a encontrar um lugar no coletivo. Na pesquisa, estar em roda possibilita uma aproximação entre os participantes, dessa forma, podem expressar suas opiniões, revelar medos e angústias e serem ouvidos pelos demais, há certo engajamento com um projeto comum e a análise coletiva ganha potência na possibilidade de produzir conhecimentos com o outro.

Em um momento de orientação/análise coletiva de implicações, a orientadora me sugeriu utilizar ferramentas escritas: “Por que não utilizar narrativas?” Ao longo do processo a roda foi combinada com a construção de um dispositivo de restituição a cada encontro, em forma de escrita e leitura e os registros do diário de pesquisa foram suporte para a escrita das narrativas (pela pesquisadora) (APÊNDICE C).

A escrita de narrativas para refletir sobre o trabalho na atenção básica foi algo que discutimos e utilizamos em outras pesquisas (no mestrado e em pesquisas de iniciação científica que trabalhei junto com a orientadora durante os últimos anos). Foi instituinte a postura da orientadora que “abriu mão do seu poder de induzir” (GAUTHIER; SOBRAL, 1998, p. 91), propondo a mim uma maior lucidez e indicação de uma ferramenta poderosa que é a escrita,

assim, me desestabilizou e me deu motivação, vontade de criar. Por isso, me senti fortalecida em trabalhar neste sentido, escrever as narrativas era ao mesmo tempo, dispositivo de análise de práticas e método de restituição à medida que o trabalho avançava, e também texto no qual eu poderia me debruçar para análise de minhas implicações ao longo deste processo.

Cada início de encontro era pactuado um tempo de aproximadamente 20 a 30 minutos para a leitura de uma narrativa a fim de relembrar e discutir aspectos vividos no encontro anterior. Esse era o momento “mais formal” da análise coletiva dos dados, que acabou se desenvolvendo de forma mais natural no decorrer no tempo pois o grupo foi se habituando a parar para ouvir, pensar, refletir e expressar a sua análise, sua posição. A cada encontro o dispositivo se adaptava à dinâmica do grupo, ao tema de estudo (previamente agendado ou sua ausência), a metodologia etc. As questões que mais chamavam a atenção do grupo por meio das narrativas eram valorizadas, discutidas e colocadas em análise. Penso que a narrativa feita apenas por mim seja um limite importante, mas que pode ser explicado por aspectos que percebi no grupo como a resistência à escrita. Outros dispositivos foram propostos no momento de restituição dos dados neste espaço, que detalharei adiante no item Modalidades de restituição.

4.7 Observação

A observação teve foco no trabalho dos residentes, na interação entre residentes e com os demais trabalhadores da equipe no atendimento às demandas dos usuários. O objetivo foi observar a dinâmica de trabalho junto à equipe, e analisar as potencialidades e fragilidades para o trabalho colaborativo, as pactuações de práticas conjuntas, organização do processo de trabalho. A observação de uma interação interpessoal para Beaud e Weber (2010) é imprevisível e difícil de delimitar seu início e seu fim. Os autores sugerem que nestes casos, a anotação no diário seja feita no momento em que se vive a fim de registrar a cronologia, os lugares, posições das pessoas, dos móveis, as palavras e falas (dos participantes e as minhas também), distinguindo-as das pessoas silenciosas e encontrando espaço para restituir aos participantes o seu ponto de vista e para que eles possam esclarecer o que foi vivido (BEAUD; WEBER, 2010).

Apresentei a proposta às 6 USF para obter a concordância de cada equipe, obter a assinatura de seus coordenadores e da Secretaria Municipal de Saúde do município. O período de observação ocorreu de outubro a dezembro de 2017. Me propus a participar nos dias da semana em que residentes de diferentes profissões estavam na USF, geralmente durante meio período a depender do agendamento com eles e a equipe. A cada encontro nas USF eu participava das atividades programadas (reuniões de equipe, grupos de promoção de saúde,

atendimentos compartilhados, campanhas, planejamento de grupos, reunião de preceptoria e organização do processo de trabalho).

Fiz registros no diário de pesquisa de observações, impressões e dinâmica de trabalho, que foram utilizados na etapa de restituição dos dados. No fim das atividades diárias, quando surgia uma oportunidade, eu colocava para os residentes (geralmente em duplas ou trios) as minhas percepções. Esta restituição mais informal e contínua, era um momento importante pois eles realmente podiam olhar para aquilo que eu “de fora” estava vendo, enquanto muitos deles já estavam “acostumados à situação”. O roteiro da observação no serviço apresenta-se no APÊNDICE D. Para fins de preservação da identidade das equipes, elas foram nomeadas aleatoriamente por nomes de árvores: Jacarandá, Seringueira, Andiroba, Sapucaia, Castanheira e Ipê.

4.8 Entrevistas com os fundadores do curso

Neste percurso metodológico é importante explicar que as entrevistas semi-estruturadas foram incluídas após o exame de qualificação, momento em que a banca me sugeriu aprofundar a investigação sobre o momento de fundação do curso de forma a explicitar as questões relativas à sua profecia inicial. Para tanto, uma emenda foi encaminhada ao CEP EERP-USP e também ao CEP FMRP-USP para apreciação da proposta, a fim de resgatar aspectos históricos e sociais no processo de institucionalização da formação em serviço multiprofissional.

Na perspectiva da AI, o dispositivo das entrevistas, mais do que descrever os fatos, teve por objetivo compreender a gênese teórica e social da instituição (SAVOYE, 2003). Neste momento, seus fundadores fizeram uso de conhecimentos tanto teóricos como do contexto sociopolítico e institucional no qual estavam inseridos (SAVOYE, 2003; L’ABBATE, 2013). Dessa forma, o dispositivo das entrevistas trouxe aspectos complementares que fogem à escrita dos documentos.

A compreensão da gênese teórica, de acordo com Savoye (1988) permite evidenciar os elementos e as condições que fizeram a proposta possível, e os desafios daquele momento histórico. Já a compreensão da gênese social nos aproxima às condições de se viabilizar esta nova prática de saúde, que busca integrar diferentes profissões nos serviços de saúde (LOURAU, 2014).

Dessa forma, entrei em contato com a coordenação do programa para sugestão daqueles que poderiam ser os “fundadores”. Estes foram contatados por e-mail, as entrevistas foram agendadas em seu local de trabalho (geralmente dentro do campus universitário). Após

assinatura dos TCLE (APÊNDICE A), utilizei um roteiro semiestruturado com questões-guia. Foram realizadas 8 entrevistas, que duraram em torno de 50 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas (BEAUD; WEBER, 2010).

Também utilizei o diário de pesquisa para anotações de impressões neste processo/experiência e como estratégia de suporte para análise do momento em que eu teria respondido ao objetivo destas. Ao longo do processo por exemplo, os entrevistados davam sugestões de outros docentes que participaram deste momento de criação do programa apontando que seria interessante entrevistá-los. O roteiro de entrevistas foi remodelado ao longo das entrevistas para se adaptar ao foco do estudo e é apresentado no Apêndice E. Para fins de preservação da identidade dos participantes, os entrevistados foram nomeados de Fundador Docente e numerados de 1 a 7, um dos entrevistados foi gestor de um dos serviços e por sua posição foi nomeado de Fundador Gestor.

4.9 Modalidades de Restituição

Em AI, o momento da restituição é essencial e constitui-se de um encontro para análise coletiva dos dados (LOURAU, 1993), momento em que o participante pode contribuir com seu ponto de vista sobre as análises feitas pelo pesquisador, validando-as ou não. Neste momento, o participante tem a oportunidade de reconhecer e discutir pontos importantes de sua prática e refletir sobre eles. Nesta investigação foram realizadas diferentes modalidades de restituição aos diferentes atores envolvidos: às equipes, aos residentes de cada equipe, aos residentes no MTC, aos representantes do curso no NDAE. Além dos trâmites intra-institucionais e exigências do CEP durante o processo de produção de dados, especialmente neste momento de restituição também foram tomados os cuidados éticos para a não exposição dos residentes em seu ambiente de trabalho.

1- Em seguida ao período de observação, sessões de restituição dos dados foram feitas às USFs com a presença de alguns residentes e com cada equipe de residentes (geralmente cada unidade há uma equipe de residentes fixa), de acordo com a disponibilidade de cada profissional. Estas restituições de dados são uma oportunidade do pesquisador validar dados produzidos em sua observação no campo e é também um momento em que o grupo pode trazer dados novos, refletir sobre o seu trabalho e pensar nas questões que envolvem o trabalho colaborativo em equipe. Houve momentos em que nem todos os residentes puderam estar presentes por uma incompatibilidade de agendas.

As sessões de restituição dos dados da pesquisa com as equipes nas USF ocorreram em formato dinâmico com dispositivo de *power point* e uma proposta de jogo de dramatização. As sessões duraram aproximadamente 1 hora, em data pactuada previamente com as equipes para ocorrer na reunião semanal da equipe, com a proposição de um momento reflexivo sobre o trabalho colaborativo em equipe, como descrevo a seguir.

Primeiro, busquei por conhecimentos prévios dos profissionais e perspectivas sobre a colaboração e o trabalho em equipe, depois utilizei uma apresentação em *Power Point (Office)* para apontar um conceito de trabalho colaborativo e alguns pontos que favoreciam ou não a colaboração naquele contexto, e a equipe apontou suas concordâncias e discordâncias com os pontos apresentados. Em seguida, um jogo de dramatização foi proposto com intenção de possibilitar a vivência de diferentes papéis: de resistência, liderança, negociação e tomada de decisão compartilhada. A representação incluía frases pré-definidas: “Tenho pouco tempo para trabalhar junto, prefiro fazer isso sozinho”; “A gente não precisa planejar! Para quê?”; “Eu ando tão cansado (a)!”; “Nossa, minha agenda está lotada!”. Os atores voluntários sortearam um destes papéis, sem contar aos outros. Os demais membros da equipe escolheram uma atividade coletiva a ser discutida, planejada e organizada para que todos da equipe participassem. No final da representação, houve discussão das ressonâncias no grupo. Apenas uma equipe não participou do jogo de dramatização pois havia agendado uma atividade de educação para o horário de reunião equipe e o tempo reduzido impossibilitou a experiência.

2- Uma outra forma de restituição foi apresentação escrita de resultados preliminares aos residentes de cada equipe sobre os momentos vividos na observação. De forma dialogada, os participantes puderam expressar sua opinião, concordância ou não e trazer novas informações em relação às questões analisadas. As seis sessões de restituição ocorreram no período de 12 a 26 de janeiro de 2018 nas equipes: Andiroba (12/01), Jacarandá (15/01), Ipê (16/01), Seringueira (17/01), Sapucaia (19/01) e Castanheira (26/01). Descrevo a seguir o processo de construção destas restituições: após releituras do diário de pesquisa, onde registrei algumas questões que achei pertinente retomar enquanto “questões em análise”, redigi um texto de forma sistematizada a ser discutido com os residentes de cada equipe, com questões do trabalho na atenção básica e aos enredos da formação em saúde, ressaltando os pontos que são específicos da dinâmica de trabalho de cada uma. Neste texto constava a constituição da equipe de residentes, as principais atividades que eu pude observar e acompanhar junto com eles; como se deu a comunicação nestas atividades, quais as principais dificuldades e o que poderia potencializar o trabalho colaborativo (APÊNDICE F).

Utilizei o diário de pesquisa para as anotações daquilo que foi expressado e das ressonâncias em relação ao dispositivo proposto:

“Esta dinâmica foi muito rica pois funcionou como um momento de educação permanente em que o residente pôde olhar para a sua prática, avaliar seus fazeres, pensar em soluções para as dificuldades apontadas, olhar para si, para sua relação com o outro, para o cuidado ao usuário. Para olhar para coisas que não notava, que lhe passava despercebido (exemplo: a comunicação com o usuário, o uso da linguagem e sua adaptação em diferentes espaços, as tentativas de implementar ferramentas como as agendas multi e o medo e receio de se colocar (falar/ser ouvido) em equipe e gerar conflitos). Olhar para as lacunas de sua formação e da responsabilidade e necessidade de apoio do programa no acompanhamento no campo. É importante pensar que para cada grupo de residentes, as indagações e questionamentos foram diferentes de acordo com seu contexto de trabalho e com a equipe. Sempre comparavam uma equipe com a outra quando atuavam em mais de uma USF, mostrando que a sua inserção, seu vínculo e a relação estabelecida com a equipe é diferente em diferentes aspectos, cada residente-equipe se constitui com suas singularidades” (Diário de pesquisa – momento das restituições aos residentes após observação - janeiro de 2018).

3- Uma sessão final de restituição foi realizada com os residentes no espaço MTC com o objetivo de refletir sobre a formação em serviço, o papel formativo do MTC, a posição de residente protagonista ou não, em seu processo de formação. Nesta sessão de análise coletiva propus dois dispositivos disparadores: uma apresentação com uso de *Power Point (Office)* sobre as questões mais marcantes e o processo vivido pelo grupo durante as sessões de AIPP: questões institucionais, comunicação entre os atores, resistências, implicação profissional. E um segundo momento, uma dinâmica de “combinação entre frase e objeto”. Nesta etapa os residentes puderam se deparar com frases anônimas, que poderiam ser de qualquer um dos colegas ou de si mesmo durante este processo. Eles sortearam uma das frases e escolheram um objeto de uma caixa que simbolizasse aquela frase. Dessa forma, eles puderam revisitar o momento em que a frase surgiu, comentar sobre ela e falar sobre seu posicionamento, sentimentos e reflexões em relação ao que foi vivido, usando o objeto como mote para expressar sua implicação neste processo (APÊNDICE G).

4- E na finalização da produção dos dados da pesquisa, em outubro de 2018, participei em uma reunião do NDAE para a restituição de alguns dados da pesquisa aos representantes do curso: docentes, tutores, preceptores e residentes. A partir dos diferentes dispositivos adotados, a restituição foi realizada um ano após a produção de dados no MTC com objetivo de discutir os dados em um espaço de gestão, com ênfase nos aspectos da escrita dos documentos,

revisitação de seus objetivos, metas e propostas de integração entre os diferentes profissionais, e cruzamento dos dados das entrevistas e grupos de reflexão.

4.10 Organização do corpus

Utilizei como referencial para organização dos dados, um guia de intervenções de campo (BEAUD; WEBER, 2010) endereçada a sociólogos, antropólogos e outros especialistas do campo das Ciências Sociais. Para a transcrição do material audiogravado, estes autores sugerem uma primeira transcrição de trabalho que possibilita leituras e análises prévias, destaques no “quente”, e uma transcrição final para fins de publicação. Nesta última, ajustes são feitos na escrita respeitando o sentido do vivido, porém, com adaptações na linguagem excluindo certas repetições e corrigindo pontuações, a fim de deixar o texto claro para o leitor.

Para Beaud e Weber “transcrever já é interpretar” (2010, p. 214), assim, transcrevi o material audiogravado dando atenção à análise do desenvolvimento da entrevista ou do grupo de reflexão e às descobertas no momento da escuta da audiogravação. Dialogando com a noção de implicação e análise de implicação (LOURAU, 2014), fiz uso do diário de pesquisa e do recurso dos comentários para esta primeira análise quente e ensaios de autoanálise da minha atuação como pesquisadora, de modo que a situação da entrevista por exemplo, foi objeto de análise, principalmente de análise dos lugares que ocupamos enquanto entrevistador e entrevistado, facilitador na AIPP ou observador.

A análise estava a todo o momento em exercício, pela leitura do corpus, releitura e escrita, um momento importante para disparar a análise dos dados a partir de meu objeto de pesquisa, a colaboração interprofissional. Após ter em mãos o material transcrito, parti para a organização dos dados em planilhas word, excel e figuras em um exercício de confrontação dos dados com o referencial teórico em diferentes níveis (BEAUD; WEBER, 2010): nos grupos de reflexão, nas entrevistas, nos campos observados, nos documentos analisados. As figuras foram construídas com auxílio da ferramenta *lucidchart* (LUCID SOFTWARE, 2019). Após a confrontação de dados, passei à fase de cruzamento dos dados a partir dos analisadores e efeitos que emergiram do material analisado. Nesse momento é possível retomar o material transcrito na busca de novas pistas que se relacionem aos analisadores e efeitos. É importante se autorizar a fazer diferentes exercícios de idas e vindas no material empírico e no referencial teórico, e mais ainda, de repetir sua interpretação dos fatos em diferentes momentos e a diferentes pessoas, dando espaço para questionamentos e distanciamentos.

Durante o pesquisar me noto e (a)noto procurando caminhos: *“Neste momento estou escrevendo partes da tese de doutorado, já finalizei as transcrições das sessões do grupo de reflexão (onde utilizei o dispositivo de AIPP), e agora, o desafio que se apresenta é organizar os dados de modo a explicitar os analisadores e os efeitos. Às vezes me pego pensando o que é realmente interessante a ser publicado para os diferentes públicos (residentes, pesquisadores, formadores, gestores, usuários). Tenho medo de não estar no caminho certo, faço listas de coisas que não podem ficar de fora. Eu sei que me falta aprofundamento teórico. Posso dizer que as práticas profissionais são atravessadas pela lógica gerencialista, as implicações profissionais se concentram nas exigências do trabalho: eles querem ter um certificado de conclusão, um futuro emprego, um salário mensal. Para eles, existe um sentimento de estar a todo o tempo no trabalho, de não ter tempo para estudar ou se dedicar ao autocuidado. Eu também sinto a pressão do trabalho no contexto acadêmico, o foco na produção científica, da produção de artigos e participação em eventos científicos. Me assusta a quantidade de coisas que temos que publicar, escrever, defender. Enquanto isso, o tempo para o investimento na subjetividade, nas interações intersubjetivas é deixado de lado, o tempo de escuta, de conversa e de discussão são perdidos. Vejo e sinto a resistência atravessando o trabalho e os estudos. Penso no quanto resistir, é não querer assumir o que me é imposto e ao mesmo tempo, não querer me adaptar e incluir algo novo na agenda...nos atravessa o tempo, o trabalho parcelado, a lógica produtivista”* (Diário de pesquisa, momento de distanciamento durante o estágio sanduíche - 14 de maio de 2018).

Nestes escritos identifico nossas interferências institucionais (minha e dos residentes), eu posso refletir sobre meu contexto a partir da minha (re)confrontação com os dados, com o que eu vivi, e ao reler aquilo que escrevi, o efeito é a catarse. Lourau (2004f) ao estudar os diários de Malinowski sugere que o exercício de recapitulação feito pelo próprio diarista provoca essa catarse, eleva a consciência de suas implicações para efetuar as mudanças em seu trabalho ou em sua vida, assim, ao reler o que escrevi, eu me repositonei tentando entender onde estava e por onde devia continuar.

4.11 Orientação-Supervisão-Acompanhamento

“Acompanhamento é sustentar aquilo que nos faz nos reconhecer enquanto humanos: andar junto, conversa atenta, convivência, busca de um falar-com e de um agir comum” (CORNU, 2015, p. 2, tradução pesquisadora).

Durante a pesquisa contei com a orientação da Prof^a Silvia Matumoto, que atuou como acompanhadora no processo de pesquisa (CORNU, 2015). E também com a supervisão do Prof Gilles Monceau durante o estágio doutoral sanduíche na Universidade de Cergy-Pontoise, França, no laboratório École, Mutations, Apprentissages (ÉMA).

Com a Prof Silvia, estes momentos de encontro na produção da pesquisa ocorreram em diferentes momentos e intensidades. Envolveu o processo de escrita do projeto de pesquisa e acolhimento das questões de pesquisa e aprendizagem em tomar um lugar autônomo no processo de produção dos dados. Nos períodos de AIPP e observação no campo, a supervisão das atividades e encontros se deu de forma mais estruturada mensalmente, durante aproximadamente 3 horas. Nestas sessões de orientação pré-agendadas eu explicitava o processo reflexivo, as mudanças à medida que o trabalho de reflexão avançava, e analisava minhas implicações, escolhas e posicionamentos. Estes encontros de orientação também foram momentos para esclarecer dúvidas e para eu nomear as angústias frente ao desafio da reflexividade, da análise das implicações e resistências. Em outros momentos o acompanhamento foi repensado a partir do fluxo de demandas e apreensão do material produzido à medida que a análise avançava. Acredito que estes espaços de compartilhamento que construímos foram importantes na escrita da tese a partir do exercício dialético de questionar o instituído e o instituinte e interrogar as minhas próprias resistências.

Minha experiência com o Prof Gilles Monceau foi outro momento em que vivenciei a orientação acerca do referencial teórico-metodológico e a imersão em um sistema de saúde estrangeiro, especialmente em espaços de formação de profissionais de saúde em processo de universitarização³. Assim, me distanciar do objeto de estudo, discuti-lo com outras pessoas estrangeiras e explicar os meus pontos de vista acerca da problemática foram alguns dos movimentos que me deslocaram para pensar aspectos culturais, sócio-políticos e relacionais presentes no trabalho em saúde em cada contexto. Um dos momentos que considero importante neste processo além-mar foi minha participação nas aulas e acompanhamento do uso do dispositivo de análise de práticas na formação em pesquisa, com os estudantes do mestrado e doutorado. Aprendi com o Prof. Gilles Monceau, na prática docente da metodologia científica, a incursão pela AIPP, e a importância do exercício das análises das implicações e resistências nesse dispositivo.

³ Na França, atualmente há investimentos para universitarização de muitas profissões de saúde como a fisioterapia e a enfermagem (FRANCE, 2018). Como parte do movimento de universitarização, os institutos de formação em Fisioterapia utilizam a estrutura das faculdades de medicina e estão em processo de adaptação de seu currículo, com experimentação de momentos de integração interprofissional entre medicina, enfermagem e fisioterapia, com uso do método de simulação na resolução de casos clínicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos Resultados e discussão da pesquisa não será feita necessariamente na ordem cronológica em que a pesquisa foi vivida, produzida, alguns movimentos de análise seguiram a dinâmica de reflexividade do grupo (MONCEAU, 2013b). Além disso, a análise dessas práticas envolveu a mescla de dispositivos (e de dados produzidos): a vivência com os residentes, os afetos e efeitos, a observação nas equipes de saúde, as restituições, os documentos, as entrevistas, a orientação da tese, as idas e vindas às escritas do diário de pesquisa, as escolhas e análise de implicações.

Sob a ótica da Análise Institucional, todos estes dados se entrecruzam a todo o momento neste cenário que já existia antes da pesquisa, que persiste (impulsionada por suas implicações profissionais) (MONCEAU, 2008a), que se transformou neste processo de pesquisa e continua a existir enquanto processo de individuação transdutiva (ARAGON, 2014). A seguir, apresento aspectos referentes ao momento de fundação do curso e movimentos do processo de institucionalização que revelam sobre as práticas dos residentes multiprofissionais em saúde. Em seguida, explico a análise da oferta, das demandas e das encomendas na pesquisa, e movimentos de resistências na formação comum e no processo de trabalho-aprendizagem.

5.1 O Processo de Institucionalização do Curso de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde

5.1.1 O MOMENTO DA GÊNESE

A proposta da análise institucional na vertente sócio-histórica desenvolvida por Savoye (2003, 2007) fundamenta-se na necessidade de ampliação do conhecimento acerca de fatos no passado, mas que ainda possuem repercussão no presente. Esta tentativa de reconstrução se deu a partir da análise de documentos e das entrevistas com os fundadores do curso.

Na intenção de analisar como a escrita dos documentos revela elementos do processo de institucionalização deste curso de RMS, explorarei aspectos como: a dimensão coletiva desta escrita; a encomenda; o contexto de produção, e a relação de forças que a escrita expõe (SAMSON, 2013). O efeito *Goody* é, portanto, parte do processo institucional na qual a encomenda da escrita influencia a forma como escrevemos, para quem, de que lugar. São questões que nos fazem refletir sobre as instituições que nos atravessam e o quanto elas são

expressas por meio da escrita. Importa aqui então relembrar que estes efeitos também estão em mim, que escrevo dando voz às instituições que me atravessam (Estado, Educação, Saúde, Pesquisa).

Sól (2011) em sua tese sobre a institucionalização da Medicina Geral e Comunitária entrelaça a pesquisa sócio-histórica (SAVOYE, 2007) e a AI. Me apoio na tradução feita por este autor (Sól, 2011) dos conceitos de gênese teórica e social de Savoye (1988) a fim de esclarecer o uso destes conceitos:

A gênese teórica, busca evidenciar a ideologia subjacente (ou manifesta) e os desafios presentes historicamente, enquanto a gênese social, permite reconstituir as condições sociais e políticas do aparecimento de uma nova prática (especialmente científica) (SAVOYE, 1988, p. 156-157 apud SÓL, 2011).

Assim, me proponho a analisar um recorte do processo de institucionalização do PRMAIS, tanto do momento de sua criação, que Savoye (2007) denomina de processo de institucionalização fundadora, momento de criação das bases para continuidade do projeto inicial, como a análise de situações decorrentes de seu desenvolvimento e de suas transformações, denominada institucionalização permanente (SAVOYE, 2007).

Neste contexto, de desdobramentos entre gênese teórica e social, um condicionante que fortaleceu a implementação da RMS no Brasil foi a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001) para os cursos na área da saúde, que tem orientado os currículos para valorização do trabalho multiprofissional em uma realidade de cursos de graduação majoritariamente uniprofissionais (MENESES et al., 2018). Nessa direção, em 2005, os diferentes cursos da área da saúde do campus de Ribeirão Preto se mobilizaram na viabilização de disciplinas e vivências na AB, principalmente nas recém-criadas unidades-escola do Distrito Oeste (CACCIA-BAVA, 2005). Forças instituintes fortaleceram a inserção de estudantes na comunidade com disciplinas de Saúde Pública por meio do Departamento de Medicina Social, que incluíram as áreas da Medicina e os demais cursos recém-criados: Fisioterapia e Terapia Ocupacional (criados em 2002), Nutrição e Metabolismo e Informática Biomédica (criados em 2003) (CACCIA-BAVA, 2005), em suas primeiras aproximações à AB.

Incluída na PNEPS (BRASIL, 2004a), a RMS tomava seu lugar nas leis e normativas teóricas (SAVOYE, 2007) e se constituía com apoio nas portarias interministeriais lançadas pelo MS e MEC (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2009b), pela Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), movimentos indutores para criação de cursos de formação em serviço multiprofissionais.

A aposta na criação de um curso multiprofissional que incluísse diferentes profissões de formação já presentes no campus universitário de Ribeirão Preto era visto como fator importante. Esta justificativa presente na gênese do curso se assentava em uma demanda social de provimento de profissionais especializados, principalmente pela necessidade de expansão da cobertura do PSF no município de Ribeirão Preto (BRASIL, 2009b; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2012). Este aumento da demanda por profissionais de saúde e áreas correlatas capazes de atuar de acordo com o conceito ampliado de saúde e na lógica da ESF se estendia a nível regional e nacional, para atender ao número crescente de serviços na área da saúde.

Na confluência destas forças, este foi um curso gestado entre micro-articulações dos cursos das áreas não-médicas que fazem parte da FMRP-USP: Nutrição, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Fonoaudiologia. Um grupo instituinte, de profissões de cultura hospitalocêntrica, cuja resistência se centrava na constituição de um novo poder, diante da possibilidade de uma RMS fora dos muros do Hospital. Havia a intenção de fortalecimento da AB, de institucionalização de um modelo pautado na integralidade:

“Mas a gente começou a chamar outros colegas de outras formações para montar um programa mais multiprofissional mesmo...já em vista do edital que não tinha saído na época... Mas a gente sabia que ia ter ... a gente entendia que havia uma prioridade assim na atenção básica” (Entrevista Fundador Docente 7).

Por outro lado, havia uma tensão entre as diferentes áreas na construção de um projeto comum, com a escolha das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) como eixo central. No entanto, atender a demanda do Ministério da Saúde que exigia 60% das atividades voltadas para a atenção primária se constituiu como principal desafio diante de sua experiência e conhecimento especializado. Estava claro para os fundadores que a aprovação do projeto deste Curso de RMS estava vinculada à presença de elementos que o legitimassem por meio da escrita científica baseada em políticas e portarias, uma forma de escrita que revela o movimento institucional (SAMSON, 2013) e suas relações interinstitucionais.

Estes movimentos iniciais se caracterizaram por uma integração conflituosa (MONCEAU, 1997) na qual este novo poder de criação de uma RMS só foi possível na contradependência do poder médico, representado pelo Hospital. Assim, a proposição da construção de um projeto de RMS foi viabilizado via Complexo Acadêmico de Saúde do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (HCFMRP). O HCFMRP é uma autarquia do Estado de São Paulo vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SECRETARIA ESTADUAL DE

SAÚDE DE SÃO PAULO, 1987) para fins de coordenação administrativa e associado à FMRP-USP para fins acadêmicos.

A proposta foi recebida e incentivada pelo Fundador Gestor, superintendente do Hospital, professor da área de Medicina Social. Sua maior aposta estava no fato de dar oportunidade aos egressos da Universidade a uma formação que valorizasse o trabalho em equipe e que pudesse lidar com a complexidade das DCNT na AB.

Mais ainda, a RMS poderia ser uma alternativa de curso de pós-graduação, principalmente para profissionais não-médicos no Hospital, que contava com 25 cursos de aprimoramento (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2010). O analisador dinheiro revelou a implementação da RMS sob a justificativa de valorização destes estudantes recém-formados com uma bolsa de maior valor (de R\$400,00 do aprimoramento para aproximadamente R\$2.000 na RMS, à época), porém com carga horária de 60 horas semanais.

O Fundador Gestor atuou como articulador entre as diferentes áreas de saúde dentro do Hospital e de algumas unidades do campus, convidando-as a participarem de uma comissão responsável pela elaboração do projeto que seria submetido ao Ministério da Saúde, com a solicitação de bolsas, e que cumprisse a exigência do edital de 60 % da carga horária na AB. Neste processo, aceitaram o convite a Psicologia, a Farmácia e a Informática Biomédica, todas vinculadas por meio do Hospital. Estas decisões e negociações entre as áreas profissionais participantes foram permeadas por interesses ideológicos, políticos e muitas vezes partidários, implicações de diferentes dimensões.

Na construção de um projeto de RMS com foco na AB, um fator muito importante foi a experiência da FMRP na implantação da ESF no município e o histórico da Residência de Medicina de Família e Comunidade da FMRP. Apesar de alguns integrantes do projeto atuarem na AB, a maioria do corpo docente era proveniente da atenção terciária, e aqueles envolvidos na escrita do projeto passaram por um processo de aproximações aos documentos instituídos pelo MS e participação em fóruns em Brasília, com financiamento do Hospital. Além de busca por pares (de mesma área profissional) atuantes na AB que pudessem contribuir na escrita do projeto.

Neste processo de institucionalização, a pactuação com os gestores locais, envolveu a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Departamento Regional de Saúde (DRS) a nível Estadual e o Conselho Municipal de Saúde, incluindo a participação social. Os cenários de prática foram escolhidos de acordo com os convênios firmados com a gestão da SMS, nos estabelecimentos de saúde: ambulatórios, hospitais e prioritariamente nas USFs geridas pela

FMRP. Essa pactuação incluía também definir quem seriam os preceptores, e, no caso da equipe matricial, é a eSF que muitas vezes atua como apoiadora e ao mesmo tempo formadora, uma vez que o NASF ainda é incipiente no município e os docentes muitas vezes têm acúmulo de funções diante de sua tríplice tarefa de docente-tutor-preceptor.

A pactuação nos cenários de prática na AB foi então feita pelos articuladores do Centro de Atenção Primária da FMRP com os coordenadores das USF, unidades-escola criadas para atividades de assistência, ensino e pesquisa. Nessa articulação, o analisador dinheiro revela o incentivo financeiro do Hospital, a partir do orçamento proveniente do SUS que é alocado na AB. Estes investimentos foram destinados, por exemplo, para contratação de recursos humanos e compra de materiais de consumo e insumo que seriam usados pelos residentes e pelas equipes, como computadores, além de dar suporte administrativo para o processo seletivo do curso.

A aprovação do curso dependia também do atendimento a critérios como qualificação do corpo docente e articulação com as políticas de fortalecimento da AB. Algumas áreas, que tinham maior domínio sobre as políticas públicas atuaram mais fortemente na escrita nesta direção com vistas à aprovação do projeto, vestígios do efeito *Goody* (SAMSON, 2013). Cada uma das áreas ficou responsável para preencher aquilo que cabia ao seu núcleo específico e descrever as atividades e carga horária nos três pontos de atenção: primário (60%), secundário (20%) e terciário (20%). Assim, na escrita dos documentos, houve um alinhamento da proposta às políticas indutoras de formação em serviço de saúde como o Pró-Saúde, Pet-Saúde, UNASUS e Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) com sua base de sustentação nos princípios da EPS, na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b), na organização do SUS em redes (BRASIL, 2010a) e na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017a). Além disso, foi dado destaque às competências institucionais do Hospital e da USP, para a implementação de um curso multiprofissional ensino-serviço, diante de sua experiência no desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

“A parceria entre Hospital e Faculdade de Medicina era forte e sustentava por um lado a abertura de cursos não-médicos, mas ao mesmo tempo, presos à lógica hospitalocêntrica” (Diário de pesquisa, durante a transcrição das entrevistas - 28 de agosto de 2018).

A institucionalização da RMS era cada vez mais legitimada pelo poder hospitalar, tanto pelo incentivo financeiro, como pela inclusão de áreas que atuavam prioritariamente no setor terciário, reflexos da manutenção do poder dentro do hospital e distante da AB. A inclusão das áreas também estava condicionada a articulações com a USP, enquanto IES. Por exemplo, o docente da Farmácia foi incluído no projeto pois atuava no hospital, e a vinculação da Faculdade de Farmácia foi tardia e impulsionada pelas exigências das avaliações externas por que passou

a USP, que exigiam das unidades a participação de um docente em um curso de Residência. Ou também à aprovação pelo MS e MEC, como a Informática Biomédica, que foi incluída no edital e o docente desta área foi coordenador do projeto por um período. No entanto, ela não é reconhecida como profissão na área da saúde, assim, ajustes foram feitos e estas vagas foram remanejadas para outras profissões de alta demanda de inscritos como Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.

Um dos objetivos deste resgate histórico foi a investigação sobre a profecia inicial desta Residência, algo que muitas vezes não pode ser alcançado naquele momento, mas que é perseguido enquanto um mandato social, como explica Monceau (2018). O termo mandato social tem sua origem no movimento de luta antimanicomial italiano, liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia, movimento este que influenciou a reforma psiquiátrica brasileira nos anos 60 e 70 (OLIVEIRA, 2016). Oliveira (2016) explica que Basaglia coloca em questão o tecnicismo, e o lugar do técnico-especialista, e estimula movimentos de elucidação do fazer instituído e de negação deste fazer dominante, ou seja, de recusa ao seu mandato social, explicitando suas contradições. Esta negação do mandato social institucional permite que a instituição caminhe em outras direções, e ao mesmo tempo, estimula a inventividade dos fazeres.

Neste cenário, a profecia inicial teve diferentes entendimentos entre os fundadores: a integração das diferentes áreas de saúde; uma formação que possibilite uma abordagem multiprofissional; viver diferentes cenários de práticas que possibilitem o trabalho interprofissional. Para a maioria, o objetivo principal era **promover o entendimento da rede de saúde do município**, que já era considerada como bem estruturada na região, mas em que lógica? Estes aspectos se refletem nas articulações com os cenários de prática.

Todos os fundadores destacaram a importância do apoio do Fundador Gestor do Hospital, representante da instituição médico-hospitalar, na implementação inicial da Residência: *“O Hospital como financiador da proposta da Residência é revelador do domínio médico também na gestão de recursos (\$, RH, estrutura) destinados à atenção básica. Dessa forma, o Hospital apoiou as forças instituintes de fortalecimento da AB e da formação em serviço. Por outro lado, o analisador dinheiro revela uma dependência financeiro-institucional, uma subordinação da AB ao Hospital, e a seus recursos financeiros enquanto teve pouco investimento oriundo do sistema local de saúde”* (Diário de pesquisa, durante a transcrição das entrevistas - setembro de 2018).

Os docentes fundadores estavam implicados tanto em um movimento nacional de incentivo financeiro, por meio de bolsas, como no prestígio que este modelo de curso dava à instituição. Primeiro, havia um grupo interessado em tomar frente da iniciativa, e escrita do

projeto. Segundo, havia a possibilidade de utilizar o complexo acadêmico de saúde que inclui a rede de hospitais estaduais e as USFs geridas pela FMRP como referência de AB. Esta articulação não exigia que se criassem novos espaços ou equipamentos na rede local de saúde, que tinha o Hospital (instituição proponente e executora) como centro de referência a nível regional, terreno fértil para a mudança.

O primeiro curso multiprofissional em atenção integral à saúde da FMRP foi aprovado e iniciado em agosto de 2010 e destinou-se a residentes nas áreas Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia, Farmácia e Terapia Ocupacional. Em maio de 2010, a Resolução nº 2 da Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) definiu que as instituições executoras deveriam ser vinculadas a uma Instituição de Ensino Superior (IES) para a constituição de uma única Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) (BRASIL, 2010b). Apesar de uma outra resolução ter sido lançada em 2014 (BRASIL, 2014), flexibilizando a gestão por parte de hospitais-escola, o PRMAIS passou a ser gerido pela USP, um marco importante de seu processo de institucionalização permanente (SAVOYE, 2017).

No edital de 2011 com a FMRP-USP como instituição proponente e o Hospital como instituição executora, foram solicitadas 7 novas bolsas com a inclusão de outras áreas como a Física Médica e Odontologia. A Física Médica, coordenada pelo mesmo docente da Informática Biomédica foi incluída e teve residentes de 2012 a 2018, porém, não foi possível inserir estes profissionais com 60% da carga horária na AB e desde 2018, esta área não faz parte do programa. E por intermédio de um convite feito pela coordenação do programa à Faculdade de Odontologia, foram designados os docentes que atuariam em parceria com um cirurgião-dentista do Hospital, da área de Odontologia hospitalar, nas articulações e pactuações dos cenários de prática na rede de atenção à saúde bucal e inclusão das competências deste núcleo profissional no projeto.

Ao analisar o histórico de criação deste curso de RMS cabe ressaltar sua vinculação à FMRP, a primeira Faculdade do campus de Ribeirão Preto, fundada em 1948. Neste momento, o Prof. Zeferino Vaz, primeiro diretor da FMRP e nome da rua de entrada do campus, se baseou na escola médica nos moldes americanos:

O modelo americano da época (Flexeneriano), que garantiria à FMRP características inovadoras, enfatizava a pesquisa, a tecnologia e a superespecialização, assim como a separação do ensino básico do clínico e o tempo integral [] A Fundação Rockfeller, que seria a principal fonte de financiamento da nova Instituição recomendava, fortemente, que esse modelo fosse contemplado (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2019).

Assim, as bases fundantes da formação médica se assentam no modelo publicado no relatório de Abraham Flexner, em 1910, considerado biomédico, centrado na doença e no hospital (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Este reducionismo se reproduz nas escolas médicas a partir das concepções do processo saúde-doença-cuidado que vem sendo repensado frente à complexidade do cuidado e das mudanças no perfil epidemiológico de cada contexto (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; FRENK et al., 2010).

No histórico da institucionalização da formação médica, profissão precursora e orientadora das demais na saúde, até o século XIX, na Alemanha, sua centralidade era o Estado, que tinha controle de sua força de trabalho e como ferramenta a exclusão, o encarceramento dos doentes (FOUCAULT, 2013). Segundo Foucault (2013), com o processo de urbanização e a institucionalização do capitalismo, nasceu a medicina urbana, na França, baseada no controle médicos das doenças urbanas. E no século XIX iniciou-se o processo de socialização (para os pobres), na Inglaterra, primeiros indícios da medicina social, com controle dos doentes pobres, força operária dos ricos, e assim se garantia três frentes de ação: assistencial, administrativa e a privada (FOUCAULT, 2013). Neste processo acentua-se o imbricamento entre as corporações médicas e a ordem ditada pelo mercado, quando se institucionalizou a medicina científica, clínica, a partir das parcerias com as instituições dos saberes (friso aqui o estabelecimento Universidade) (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A partir do exposto, e da afirmativa de Foucault: “a medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2013, p. 144), é preciso admitir que as disputas de poder estão a todo o momento sendo reatualizadas, por vezes reproduzidas também na situação micropolítica das RMS, que não incluem os médicos por uma não alteração na legislação da Residência Médica, que não assegura a titulação de especialista ao médico (MENESES et al., 2018), desarticulando as profissões. Este breve relato é colocado para que possamos refletir sobre alguns elementos presentes nas bases fundantes da formação em saúde uniprofissional e que estão presentes no modelo de atenção à população.

No micro-contexto estudado, a falsificação da profecia ou efeito Mühlmann (HESS, 2007) se revela no domínio hospitalar sobre a AB, reafirmando que, a instituição caminha a partir do fracasso de sua profecia (HESS, 2007). Neste processo de institucionalização permanente (SAVOYE, 2007), a formação em serviço é atravessada a todo o momento por forças de manutenção do instituído, um exemplo foi a expedição de uma portaria do Hospital (estabelecimento) expedida em 2015, que limitou a ação de alguns de seus funcionários às suas dependências, não sendo possível a sua atuação fora do espaço hospitalar, ou seja, na AB. Este

fato se refletiu na prática de alguns residentes que foram privados de um acompanhamento nas USFs.

Ao mesmo tempo, foi o poder médico que financiou, que incentivou e que apoiou o processo de institucionalização desta RMS. Direcionadas para a defesa do SUS, as forças instituintes permaneceram sob controle, tensionando para o momento integrativo da resistência, reprimida, que nega a autodissolução da RMS e tende à assimilação ao poder médico hospitalocêntrico para evitar o desmanche (MONCEAU, 1997).

O instituído de um modelo de saúde fragmentado, hospitalocêntrico ainda é aquele que fortalece a lógica especializada e o trabalho parcelado, em que pouco se compartilham os saberes. A necessidade de superar este modelo e de criar novas soluções para os problemas que se apresentam na prática é que torna mais possível o trabalho interprofissional acontecer na prática na USF, como força instituinte que resiste, e é a brecha na qual alguns fundadores insistiam seguir para continuar.

A fim de esclarecer alguns aspectos da formação em serviço, devemos considerar que a proposição do curso no qual mergulhamos adota um currículo baseado em competências gerais e compartilhadas, porém sem defini-las. O edital de convocação de 2012 (USP, 2012) expressa uma abordagem dialógica do processo ensino-aprendizagem com centralidade na prática reflexiva e na corresponsabilização entre equipe, preceptores e residentes:

Formação de profissionais e capacitação de trabalhadores incluirão metodologias de ensino-aprendizagem que privilegiem a integração teórico-prática e que possibilitem um papel reflexivo, dinâmico e o desenvolvimento de capacidade de autoaprendizagem e autoavaliação na construção do conhecimento, enquanto participam do processo assistencial em que estão inseridos (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2012, p. 3).

Assim, para atender a uma demanda de currículo para a área da saúde, a escrita se aproxima à abordagem dialógica de competência, com objetivo de criar espaços para a reflexão sobre a prática profissional (LIMA, 2005). O efeito Goody revela a utilização de expressões que se relacionam à abordagens críticas e emancipatórias como o termo “problematização”, um dos pilares da EPS (BRASIL, 2004b). E na intencionalidade de fomentar espaços de diálogo, e de “autoaprendizagem”, o PRMAIS propõe o encontro entre as diferentes profissões no Módulo Teórico Comum (MTC):

Dessa forma, a grade de atividades foi organizada a partir de um eixo transversal de atividades teórico-práticas integradas (Módulo Comum) para o desenvolvimento de competências gerais e

compartilhadas entre os profissionais. As atividades teóricas e práticas próprias de cada profissão são atendidas no eixo específico (Módulos Específicos) (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2012).

Na insistência em deflagrar processos de autoanálise, há autores como Dallegrave e Ceccim (2018) que sustentam a construção de Projetos Pedagógicos Singulares nas RMS, que sejam construídos coletivamente, “protagonizado pelo aprendiz – o residente – e com a proposta de ultrapassar os saberes já sedimentados, possibilitando a emergência da problematização, do estranhamento, do desconforto intelectual” (DALLEGRAVE; CECCIM, 2018, p. 222). Nesta perspectiva, questiono a forma de operacionalização do currículo a partir de sua escrita. Os fundadores reiteraram que este currículo é vivo e dinâmico e que há a necessidade de re-visitá-lo e de se apropriarem melhor dele, ao mesmo tempo em que revelaram a condução dos espaços de formação dos conteúdos comuns a partir de uma regulação hierarquizada de saberes e poderes, o que impõe limites à autonomia dos estudantes.

5.1.2 MOVIMENTOS DE TRANSIÇÃO ABALARAM A DINÂMICA INSTITUCIONAL

“O Efeito Mühlmann descreve as suturas da institucionalização no vazio deixado pelo fracasso da profecia inicial” (SILVA, 2013, p.37). Atualmente, a Residência tem como instituição proponente a USP. Na gestão universitária, as RMS são vinculadas às atividades de Extensão acadêmica, que diante das fragilidades orçamentárias e das disputas políticas dentro da Universidade, fica em segundo plano. O NDAE foi criado subjugado à Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU - da USP Campus São Paulo, e teve seu momento de readequação às novas normas e posições políticas institucionais.

Novos elementos atravessaram o processo de institucionalização permanente (SAVOYE, 2007) da formação em serviço nessa transição universitária, com reflexos burocráticos. Dessa forma, algumas dificuldades surgiram por conta da distância física e comunicação frágil entre os estabelecimentos Universidade-centro e Universidade-interior. Este momento em que a USP passou a ser a instituição proponente e o Hospital, a instituição executora, foi coberto de tensões intrainstitucionais e interferências institucionais. Ambos tinham seus poderes instituídos, de um lado, o reconhecimento do complexo Hospitalar com foco na assistência, ensino e pesquisa, que subsidia a força de trabalho, com grande polarização para as forças assistenciais no modelo especializado. De outro, a instituição Universidade (instituição) mostrava os seus interesses fortemente voltados à PESQUISA, ensino e pouca

valorização às atividades de extensão, como efeito, deflagrou-se a distância entre os atores, entre os parceiros, fragilidade da formação em serviço.

A transição foi marcada por tensões caracterizadas pela burocratização, grande volume de trâmites e centralização das decisões na capital do Estado. Além disso, houve a necessidade de enquadramento do programa nos moldes institucionais, sendo uma exigência a inclusão de dados de todos os atores no sistema de registro de atividades de cultura e extensão. Dentre outras ações que tornavam a gestão mais engessada, figuravam a necessidade de vinculação dos funcionários e residentes na instituição, a emissão de certificados ou a solicitação do número institucional e crachá, uso da biblioteca e dependências do campus universitário. Os atores tiveram que se adequar às normas da Universidade que estava nesse processo de construção, emitindo normativas para o Trabalhos de conclusão de curso (TCR), vinculações e avaliações, por exemplo.

Este modelo Universitário vem sendo aprimorado com efeitos no rigor do processo seletivo por meio da FUVEST, sinais do efeito Basaglia (HESS; SAVOYE, 1993), em que a instituição seleciona e integra os mais bem preparados a fim de evitar os cidadãos desviantes de conduta. Além disso, este modelo tem reflexo na normatização dos TCR em formatos de artigos científicos e no reduzido investimento (material e pessoal) nos espaços de aprendizagem comum.

O quanto a instituição Universidade (instituição e estabelecimento) com a lógica centrada na PESQUISA, não prioriza as atividades de extensão e assistência à comunidade? Seu apoio à formação em serviço tem intenções: produzir bons pesquisadores na prática? Sua lógica produtivista enfraquece as forças instituintes, não apoia os processos pedagógicos e cria mecanismos que capturam estas forças, que limitam seu potencial de atuação. Os sistemas de informação são um exemplo, mas também a sobrecarga de trabalho e o acúmulo de funções dos docentes contam para agravar este contexto. Estas normativas podem ser vistas como mudanças que necessitam de um tempo para adaptação, representam as normas instituídas, as quais alguns atores resistem, reflexos do efeito Lapassade (HESS; SAVOYE, 1993), no qual os estudantes contornam as regras institucionais, fazendo com que elas percam o seu sentido, efeito que será retomado nos capítulos seguintes.

Neste momento de ruptura, o importante é ficar atento aos elementos de um processo de institucionalização em curso, permanente (SAVOYE, 2007). E aos efeitos da falsificação que se revelam na prática das diferentes profissões, que, distraídas de seu objetivo inicial, esquecem seu mandato social (OLIVEIRA, 2016; MONCEAU, 2018). Além disso, é importante reconhecer que esta história continua e que as forças estão em constante movimento e disputas.

Recentemente, por exemplo, a criação do Departamento de Ciências da Saúde da FMRP em março de 2019, representa aberturas estruturais para ampliação de ações integradas, permitindo um trânsito diferente entre os docentes que antes trabalhavam em prédios muito distantes.

5.2 Análise da oferta, das demandas e das encomendas

O árduo exercício de análise na Sócio-clínica institucional “integra a análise da dinâmica institucional à análise das situações que constituem o objeto primordial do trabalho” (MONCEAU, 2005, p.469). Assim, o fio condutor central da análise de práticas será a vivência do dispositivo de AIPP nos grupos de reflexão que ocorreram no Módulo Teórico Comum (MTC) com os residentes, entrelaçados por movimentos de evidenciação dos analisadores, da dinâmica das diferentes instituições e as suas contradições nas práticas (de formação, nos serviços da AB, entre os residentes, com os demais atores do programa, no SUS, em mim). E, em complementaridade, pelo interesse em evidenciar momentos do processo de trabalho-aprendizagem na perspectiva das práticas interprofissionais colaborativas (PEDUZZI; AGRELI, 2018; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

A análise da oferta, das demandas e das encomendas será retomada ao longo do texto, à medida que elas foram analisadas pelo coletivo e por mim, no processo de entendimento da pesquisa, de papéis, da dinâmica institucional e também a partir da análise das implicações. Neste caso, a encomenda da pesquisa partiu do pesquisador, então, é mais que necessário que este analise suas implicações nesta oferta (MONCEAU, 2013a).

Primeiramente, é preciso explicitar ao leitor como foi pensado o projeto desta pesquisa, a fim de explicitar melhor a oferta que foi feita aos participantes. No percurso da pós-graduação, muitos caminhos são possíveis e vislumbrados, muitas são as nossas afinidades, questões de estudo e nossos desejos de mudança. Assim, depois de uma experiência de viver uma pesquisa-intervenção no mestrado que teve efeitos no fortalecimento de um coletivo gestor da Rede Cegonha, optei por propor um projeto para o ingresso no doutorado que fosse pautado no acompanhamento de processos formativos.

Inicialmente a proposta envolvia a participação de docentes universitários, porém no caminho de minha formação percebi que minha oferta revelou resistência desde o processo seletivo da pós-graduação e muitas sobreimplicações com a instituição sede – a USP. O aprofundamento teórico me fez perceber que a encomenda social precisava também ser sentida,

e pude me questionar: esta era uma necessidade de pesquisa? De quem? Não conseguia me aproximar do campo e dos participantes mesmo estando tão próxima, senti que eu também estava resistente.

Ao analisar as minhas implicações enquanto pesquisadora e estudante de pós-graduação percebi o quanto eu estava capturada pelo instituído (no sentido de normativa) de que as respostas estão na academia, nos meios universitários e que nele havia muitos obstáculos, portas fechadas. O projeto que eu havia proposto inicialmente me “fechava” nos muros da Universidade e esta sensação me incomodava. Eu particularmente gosto de ampliar o horizonte, prefiro o ar livre. Me deparei com outros questionamentos e afetos. O que poderia ser uma pesquisa potente para qualificar o SUS? Havia em mim um desejo, uma encomenda pessoal a ser colocada no papel. Com o tempo é que fui perceber a potência desta pesquisa-intervenção.

Minha aproximação a alguns residentes se deu por meio da co-orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso de Residência da área da odontologia a convite de uma das tutoras da Residência, com quem eu já produzia pesquisa anteriormente. Um dos projetos de pesquisa no qual colaborei sobre os cuidadores de idosos me despertou para a complexidade das ações, e a frágil comunicação dentro das equipes de saúde entre as diferentes áreas na resolução dos problemas.

Na discussão sobre estes elementos presentes na realidade dos residentes com esta tutora, uma profissional implicada na inserção dos dentistas na Residência Multiprofissional, expressei minhas intenções de realizar uma pesquisa participativa com os residentes na atenção básica para pensar o movimento da interprofissionalidade na prática, nos serviços. Esta proposição foi bem recebida e foram muitos os laços que impulsionaram a pesquisa, e também as análises de minhas implicações profissionais e afetivas nestas relações que envolviam amizade, admiração e parcerias, era preciso esclarecer as intencionalidades presentes para prosseguir.

Entendo que houve uma encomenda pessoal minha, enquanto ex-residente implicada com a qualificação das práticas que gerou uma encomenda institucional por parte desta tutora, representante da Universidade e também defensora do SUS que me apoiou nos trâmites institucionais. Assim, discutimos alguns aspectos sobre o processo de inserção dos residentes nos serviços, os desafios e o acompanhamento do processo trabalho-aprendizagem dos residentes.

Utilizo o termo processo trabalho-aprendizagem enquanto palavra-composta pois entendo que, em uma RMS, estes dois fazeres e saberes estão entrelaçados, o trabalho na aprendizagem e a aprendizagem pelo trabalho e no trabalho, princípios da EPS tão necessários de serem remarcados. Esta palavra dual marca a prática-residente, outro termo que emprego nesta tese para caracterizar a prática profissional *em* serviço, caracterizando a construção processual do que é ser residente.

O relato da tutora de que estes residentes conheciam pouco sobre a profissão uns dos outros me instigou a pensar sobre os limites e possibilidades para o trabalho em equipe de forma integrada, sobre o quanto se apropriavam de sua prática-residente. Estes elementos que também estiveram presentes na minha vivência enquanto residente e profissional de saúde foram delineando o objeto de pesquisa, apoiados tanto pelo interesse pela qualificação do trabalho dos residentes, das equipes e fomentados pela aposta em um cenário de trabalho-aprendizagem e de saúde transformador, com efervescente (sobre)implicação ideológica no SUS.

Diante dessa aproximação inicial, me deparei com a possibilidade de fomentar espaços de reflexão sobre a prática profissional, questionar o trabalho colaborativo e ofertar uma pesquisa participativa que envolvesse os residentes nessa integração. A partir de então, o novo projeto fez sentido para mim. Eu estava tão sobreimplicada com este processo de construção que não inclui inicialmente outros atores, queria apenas ouvir e dar voz aos residentes, como se estivesse fazendo isso a mim mesma. Queria aquietar a ansiedade de ver o SUS sendo construído por esta turma coletivamente, alimentava o desejo de superar um desafio. Caí no instituído de querer trazer a solução ou de exercitar o lugar de analista institucional? Talvez. Precisava ficar atenta.

5.2.1 A APROXIMAÇÃO AOS RESIDENTES E A FABRICAÇÃO DO DISPOSITIVO DE ANÁLISE

No início de 2017 houve alguns momentos de aproximação aos residentes participantes da pesquisa que considero importantes. Participei da apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), momento de conclusão de curso para os R2 e de mudança de status dos R1 para R2, também foi neste dia que entreguei em mãos o projeto de pesquisa para apreciação da coordenação do programa. No mês seguinte, participei da recepção da nova turma de

residentes em que conheci alguns tutores, preceptores e residentes. Notei que eles chegavam na sala em que aconteciam os trabalhos e já procuravam seus pares, seus núcleos profissionais. Neste dia, em um período de intervalo das atividades, alguns tutores, docentes da USP, conversaram comigo e tiraram suas dúvidas sobre o projeto. Agendei uma conversa com a então coordenadora naquele momento para que eu lhe explicasse o projeto, minhas intenções com a pesquisa e, posteriormente, que ele fosse apreciado e aprovado na instância do NDAE.

Minha preocupação neste momento era o tempo. Eu percebia que o tempo passava e que o cronograma da pesquisa teria que ser ajustado. Minha pressa se explicava, pois, o projeto de pesquisa estava em tramitação no CEP para ser realizado com a turma de residentes no ano de 2017 (R1 e R2), o analisador tempo revelava meu esforço no cumprimento de prazos, na intenção de garantir um período contínuo de análise de práticas. Esta *descontinuidade ou alternância de residentes* significava algo para mim enquanto pesquisadora, que eu não poderia mudar.

Bem, continuemos às aproximações. Em maio de 2017 eu havia acordado com a coordenação minha participação em um dos encontros do MTC para que eu pudesse me apresentar e pensar coletivamente na proposta da pesquisa e na viabilidade do dispositivo de AIPP, estrutura e materiais necessários. Estávamos em um anfiteatro, com cadeiras que não permitiam deslocamento, uma situação que considerei uma barreira para a formação coletiva, elementos que denunciavam o modelo tradicional hierarquizado de formação em que o professor fica na frente, os alunos na platéia. Não era possível fazer uma roda. Na minha concepção de formação e de trabalho em grupo, a roda tem um papel importante, pois podemos nos olhar, nos ouvir e ter uma posição de proximidade diferente daquela que um anfiteatro proporciona.

Assim, propus que durante os encontros da pesquisa nós sentássemos em roda, o que implicaria no agendamento de uma outra sala, o que já provocou certo incômodo. Na construção do dispositivo, o arranjo de uma roda revelou não-ditos, foi parte de um dispositivo que possibilitou aos poucos, o reconhecimento de grupo, de coletivo, de diferenças e de resistências.

“Minha posição de ex-residente diz muito sobre minha intencionalidade de reviver momentos coletivos que foram tão importantes e me fizeram crescer enquanto profissional de saúde, ao acreditar que não se está “só” (sozinho) na equipe. Você tem seus colegas residentes para fazer “junto”, para cuidar “junto” (Diário de pesquisa, reflexões pré-entrada no campo - maio de 2017).

A aprovação do CEP se deu no mês seguinte e percebi que a minha presença no mês anterior havia provocado movimentos interessantes de desconforto e curiosidades e expectativa sobre a pesquisa. Assim que o TCLE foi aprovado eu agendei um encontro para fazer a oferta da pesquisa e para que eles pudessem tirar suas dúvidas. Nesta primeira oportunidade eu pude entender um pouco mais o contexto de formação no qual eu estava me inserindo.

Na oferta da pesquisa está embutido o dispositivo artificial que foi sendo construído por meio da roda, das pactuações de horários e das narrativas escritas e lidas. Estar em roda e a proposição da pesquisa participativa ou pesquisa-com (*recherche avec*) tornou possível o encontro do conjunto pesquisador-participante na construção do conhecimento, com exercício da escuta coletiva, crítica, seletiva, implicada, mas mesmo assim atenciosa às revelações que o grupo fazia.

Dessa forma, o dispositivo proposto pôde atuar como um analisador artificial, ou seja, uma montagem de elementos que se misturam e são criados para situações específicas de intervenção, e ao colocarem situações em análise, em questão, em dúvida, pode tornar-se um analisador (ROSSI; PASSOS, 2014). Ainda, é preciso esclarecer que a autoanálise provocada pelo dispositivo despertou movimentos grupais como a culpabilização (pelo fracasso da profecia), a desculpabilização e a re-responsabilização (MONCEAU, 2002), elementos da vivência nesta pesquisa que foram retomados à medida que o trabalho de análise de práticas avançava. Além disso, o dispositivo teve efeitos na análise das demandas, analisadores e na análise pela resistência do grupo (MONCEAU, 1997), reconhecendo nossos limites e intenções.

Os residentes foram expressando a necessidade de um espaço para falar dos problemas, e também de escuta, mas que pudessem ser ouvidos por outros atores da residência. Observei nos não-ditos a integração de alguns grupos como a turma da odontologia que, em sintonia, apresentavam uns aos outros. Este movimento revelou certa coesão interna que reverberou tanto em seu modo de trabalho com os outros profissionais, como no seu “fazer parte” do coletivo de residentes, questionando o “ser e estar dentista” em mim.

A nova composição da turma R1 e R2 começava a se integrar, mas alguns ruídos e interferências foram explicitadas e atravessavam o campo de intervenção naquele momento: a certificação (documento emitido pelo Estado como comprovação do curso de especialização) mediante a alimentação do sistema de informação de dados gerava certa ansiedade junto ao sentimento de desvalorização do residente nos cenários de prática. A burocratização institucional compunha a prática-residente, na defesa de um interesse comum e nos entraves, conflitos institucionais e resistências.

Havia um confronto de expectativas com a chegada dos R1 cheios de curiosidade e energia para o novo trabalho, e a desmotivação dos R2 diante dos problemas que identificavam como obstáculos à sua formação. Misturado a isso estava a minha expectativa de que o grupo aceitasse participar da pesquisa. Na oferta da pesquisa, pude perceber principalmente a demanda que tinham por um coordenador no Módulo Teórico Comum e encontraram em mim uma oportunidade de tê-lo, sentiram confiança que eu poderia apoiá-los neste sentido.

Mais tarde, as anotações no diário de pesquisa me fizeram dar conta do que significava esta oferta, que misturava ansiedade e a minha aposta (implicação) na RMS, pois queria ver a Residência não como formação *para* o serviço (em que o residente é mais uma “mão-de obra qualificada”), mas que fizesse sentido enquanto formação *em* serviço (com aprendizagem no trabalho, com reflexão sobre as práticas). Entendi que na minha oferta estava embutido um lugar de colaborar com o grupo a pensar sobre a captura e as garras do instituído, sobre a trajetória de seu processo trabalho-aprendizagem. E também de me revisitar enquanto profissional em formação:

A partir das discussões nas reuniões de supervisão com a orientadora pensei: *“O que eu provoquei/ofertei para que eles me colocassem nessa posição?” Acho que havia um vazio e eles gostariam que eu preenchesse, mas como eu poderia fazer isso?* (Diário de pesquisa, junho de 2017). Sabia que este não era o meu papel naquele momento, e ao mesmo tempo senti vontade de ocupar aquele lugar. Minha proposição de pesquisa utilizou ferramentas da AI, um dos referenciais teóricos que dá sustentação à PNEPS (BRASIL, 2004a), que propõe autoanálise e autogestão, a reflexão sobre a prática de uma forma dialogada e que provoca cada sujeito para perceber aquilo que lhe faz sentido, aquilo que lhe é significativo e dessa forma, movimentar o cotidiano, a partir da encomenda social de transformação de práticas no cotidiano do trabalho em saúde.

Junto a esta enunciação de oferta reflexiva, pairava sempre a encomenda institucional de uma tese de doutorado, com recebimento de bolsa, que se traduzia para mim enquanto um compromisso social de entrega de um produto de transformação das práticas em saúde e de finalização de um ciclo de formação que poderia me dar ferramentas para a continuação de uma trajetória profissional.

Enfim, eu teria que negociar minha posição de pesquisadora/formadora e colocar em análise as contradições do modelo instituído de formação da espera por “alguém de fora” que ensine. E analisar os efeitos da pesquisa-intervenção nos participantes e em mim, pesquisadora, que me revisei ao longo de muitos encontros: *“[] é importante eu definir o papel que eu estou*

tendo aqui, porque às vezes eu estou atuando em um papel que eu não deveria estar... acho que é importante eu parar para pensar um pouquinho... eu me autoanalisar...” (Luana Grupo de reflexão 10/10/17).

“eu acho que em relação em relação à pesquisa participativa ‘interventiva’ ela tem sido assim, tem dado frutos porque acho que mesmo assim a partir do que o (residente TO) trouxe... do NASF... eu acho que você direcionou um pouco as nossas discussões e talvez se você não tivesse aqui não teria desencadeado tudo que de que desencadeou [] ... Então eu acho que nesse sentido você instigou assim a gente a tomar algumas decisões e a discutir mais.” (Residente Psicologia R1 (A) 10/10/17).

“assim... a gente sai daquele lugar de passivo e a gente pode refletir e discutir mais a prática e tem um entendimento melhor compartilhando.” (Residente Nutrição R1 (A) 10/10/17).

Eu, enquanto pesquisadora, e os residentes vivíamos realidades diferentes e ao mesmo tempo semelhantes. Os residentes em sua posição de profissionais em formação têm dois status, o de profissional e o de estudante, e estão implicados nas instituições, como saúde, trabalho, educação, gestão, formação em serviço. Como reforçam os institucionalistas: implicação não é engajamento. Implicação diz respeito às relações que um indivíduo desenvolve com a instituição, ele é tomado pela instituição mesmo que não queira, uma vez que nós falamos pelas instituições (MONCEAU, 2008a).

Eu, muitas vezes, fui guiada pela instituição pesquisa (o cumprimento dos protocolos de pesquisa, o compromisso ético, a socialização dos dados no formato de artigos, a restituição dos dados por meio de narrativas ou em formato digital, a escrita da tese, a manutenção da bolsa), enquanto eles estavam imersos nas normas da formação em serviço (cumprimento de carga horária, necessidade de certificação, recebimento de bolsa e trabalho intenso no cuidado em saúde). Ao mesmo tempo, nós também estávamos a todo o momento encontrando pontos e eixos comuns (a Pós-graduação, a Universidade, a formação uniprofissional e multiprofissional, o ser “estudante-residente”, a dificuldade de encontrar um tempo comum na agenda, o contexto de formação e saúde com os cortes de financiamento etc.). Essas diferenças e semelhanças revelaram nossas interferências institucionais diante das diferentes visões de mundo, sujeito, coletivo, saúde, implicações vivas e vividas, latentes em nós.

Neste contexto de pesquisa, as análises das implicações e sobreimplicações dos residentes revelaram aproximações ou afastamentos à interprofissionalidade, tentativas de reinvenção e resistências. As dimensões libidinal (dos afetos), ideológica (com a políticas sociais e com o trabalho no SUS) e organizacional (de gestão do tempo e dos recursos) são

imbricadas umas nas outras (MONCEAU, 2008a), elas são todas ao mesmo tempo e variam diante de diferentes possibilidades de relações: residente-residência, residente-saúde, residente-integralidade, residente-profissão, residente-equipe, residente-docente, residente-tutor, residente-preceptor, residente-coletivo de residentes.

5.3 Resistências na formação comum

Dentro do universo das residências multiprofissionais em saúde, entendo a formação comum como um processo de co-construção, que permite aos atores navegar em uma zona “inter” (CECCIM, 2018, p. 1740), ou “entreprofissional” (HENZ et al., 2013), na descoberta do que é comum entre eles. Essas intersecções se inscrevem no que Campos (2000) nos convida a pensar enquanto campo comum de saberes e práticas, porém de limites borrados e imprecisos, caracterizado muitas vezes por uma zona de conflitos. O mergulho nestas águas turbulentas de interferências institucionais exige de seus atores o exercício de aproximações e distanciamento entre si, reconhecimento, negociação, pactuação e a depender das implicações, de inclusão do usuário na roda e no centro do cuidado.

Assim, para entender as resistências como reveladoras das contradições das instituições é preciso considerar as questões de cunho sociais e políticas envolvidas nessas inter-relações. Resistência para Monceau (1997) consiste em uma força social contrária a uma outra chamada poder, cujo equilíbrio tende a favorecer o poder. Dobies e L’Abbate (2016) ressaltam que, no ato da resistência, existem forças polarizadas, de um lado uma tendência revolucionária, de outro, conservadora. A fim de empreender uma análise resistencial, pelas resistências e não a análise das resistências, Monceau (1997) nos convida a explorar a confrontação entre resistência e poder, este exercício no trabalho sócio-clínico diz respeito ao trabalho dos analisadores (MONCEAU, 2013a).

Com um outro olhar sobre o poder em disputa, Foucault (2009) também nos convida a pensar onde está o poder em exercício e como as resistências evidenciam onde ele circula, para que lado ele aponta. Quando nos debruçamos sobre as relações interprofissionais, as relações de poder existentes entre os atores da residência multiprofissional também nos levam a considerar que estamos nos referindo a “parceiros” (que disputam poder) (FOUCAULT, 2009, p. 240).

Neste caso, o poder atua sobre a interprofissionalidade, que ameaça o instituído da fragmentação e hierarquização entre as profissões. Assim, destaco principalmente, a disputa de poder entre as especialidades e profissões; entre o poder médico e o poder não-médico, entre docentes/tutores/preceptores e residentes. Para ilustrar as resistências neste contexto, um passo importante foi articular elementos do discurso dos residentes nas sessões de análise de práticas, com as ações que eu acompanhei no campo, e também a partir do processo de institucionalização do programa e evidenciar as tensões tanto na formação comum, como no trabalho-aprendizagem.

5.3.1 A RESISTÊNCIA AOS MECANISMOS DE CONTROLE E DOMÍNIO INSTITUCIONAIS

A organização curricular do PRMAIS prevê momentos de encontro entre os residentes para o desenvolvimento de uma “formação especializada em serviço” de acordo com os princípios do SUS, com maior parte da carga-horária na atenção básica (60%). Nos documentos, seu método de ensino-aprendizagem é caracterizado como centrado no estudante a partir da problematização, de modo a contemplar tanto as necessidades de formação comuns quanto as de cada especialidade. O Módulo Teórico Comum (MTC), espaço onde me inseri para realizar a análise de práticas, é destinado ao compartilhamento de saberes comuns entre as profissões, ele ocorria no período noturno, uma vez por semana.

Os fundadores do curso propuseram o MTC na grade de atividades como possibilidade para a produção do trabalho multiprofissional integrado, um espaço de encontro para fomentar as discussões políticas e praticar a interprofissionalidade. Um outro elemento presente era o estímulo para que os residentes ocupassem um lugar de protagonistas de seu processo de aprendizagem de forma a desenvolver a autogestão, neste contexto, a organização de conteúdos a partir de suas necessidades da prática, e para tanto, uma comissão de atores poderia atuar no apoio a esta tarefa.

Quando iniciei a pesquisa, os residentes faziam a gestão do MTC a partir de escolhas de temas para discussão em coletivo (R1 e R2), um grupo em fase de reconhecimento uns dos outros, na descoberta da dinâmica de aprendizagem do comum (HENZ et al., 2013). Devido à carga horária de 60 horas semanais, os residentes justificaram sua escolha por “aulas” sobre temas específicos da prática clínica, que geralmente já estavam preparadas para os momentos de educação continuada nas USF. Este movimento revelava sobre seu entendimento de necessidade formativa comum e sobre o sentido de educação permanente. Os residentes

reproduziam aquilo que as equipes entendiam como “EPS”, porém, preferi denominar de educação continuada por ter percebido um caráter mais técnico, procedimental e normativo do que reflexivo neste primeiro momento. Eram temas que interessavam às equipes e a diferentes profissões, mas que talvez não abordassem um campo de atuação comum, fato que foi foco de reflexão em uma oportunidade futura:

“é porque a gente acaba trazendo aulas que a gente dá (na USF) né? é uma demanda lá (da USF)...o que a gente apresenta lá pode não ser uma demanda para esse espaço...” (Residente Fisioterapia R2 (A) 29/08/2017).

Esta residente fisioterapeuta apresentou um material sobre incontinência urinária, modos de enfrentamento e encaminhamento, utilizou como recurso a aula expositiva, e muita apropriação sobre o conteúdo específico. *“No entanto, no final desta primeira aproximação de atividade formativa, fiquei com uma sensação de vazio, descontinuidade, falta de sentido, ou até de cumprimento de protocolo: como abordar este tema de forma interdisciplinar? Este tema foi uma demanda do grupo? Acreditavam que era uma lacuna/dúvida teórica comum? como eles escolhem os temas a serem abordados neste espaço?”* (Diário de pesquisa cenas da aproximação ao campo -13 de junho de 2017).

A escolha dos temas parecia não ter um eixo comum como proposto no projeto pedagógico (no caso, as DCNT) e eu trouxe para o coletivo questões sobre o quanto estas atividades respondiam à necessidade de formação teórica comum às profissões como políticas de saúde, gestão do processo de trabalho etc. A partir da minha vivência como ex-residente na AB, eu buscava por indícios de momentos mais interativos, de certa interdependência, de um processo de apropriação do conceito de Saúde, minhas implicações estavam pulsantes neste sentido. De qualquer modo, o MTC se constituía como momento para estarem juntos e esta era a grande potência para fomentar a dimensão coletiva da interprofissionalidade em que os residentes poderiam pactuar um projeto comum compartilhado (ELLERY, 2012).

O desafio em tecer essa rede de relações interprofissionais estava no exercício da análise das implicações profissionais enquanto reflexividade instituinte (MONCEAU, 2013b), e do entendimento do sentido da autogestão. Para Onocko Campos (2003), a autogestão é algo inatingível, porém está sempre no nosso horizonte, algo que buscamos porém, o que vivemos são diferentes graus de co-gestão na qual compartilhamos ou não poderes e saberes (ONOCKO CAMPOS, 2003). Para Lourau (1993), a autogestão é algo que precisamos inventar afinal, *“vivemos na heterogestão, o que nos aliena, nos priva de nossa autonomia, de nossa liberdade”* (p. 22).

Um caminho para o dispositivo de AIPP seria refletir sobre a prática uniprofissional dominante a partir da análise pelas resistências neste contexto micropolítico (MTC) e no processo de institucionalização da Formação em Serviço, e da Interprofissionalidade. Entendendo que a formação interprofissional seria a prática colaborativa em ato nos serviços de saúde (HENZ et al., 2013) e por isso, a análise de práticas não poderia se restringir a este espaço.

Entendi que a prática-residente, por vezes tendia a fortalecer o instituído uniprofissional, caracterizada por uma independência de cada núcleo profissional com contato nos momentos de interação teóricos. No campo da especificidade, a partir dos relatos dos residentes, o encontro era de maior comodidade e segurança, encontro entre pares, espaços estruturados com discussão de casos, por exemplo. E o encontro comum era caracterizado pelas tensões dos muros de saberes entre eles. Assim, muitas vezes sua prática no MTC reproduzia o espaço da especificidade, cada núcleo profissional compartilhava os saberes especializados, com conteúdo organizado individualmente, método expositivo e reproduziam demandas de educação das unidades de saúde em um espaço comum.

Além disso, o propósito inicial de estudo e discussão sobre políticas de saúde se perdeu entre uma turma e outra. Estes elementos combinados contribuíam para uma cena inicial caracterizada pela pouca participação dos residentes, mas também com relatos de desmotivação, perda de direção, fragilidades no compartilhamento de saberes e fazeres comuns e na colaboração interprofissional. Lemos Mello (2016) em estudo sobre a residência multiprofissional, observou que mesmo quando a estratégia de ensino-aprendizagem envolve um facilitador, são grandes as dificuldades de reflexão crítica dos residentes durante as aulas teóricas e no cotidiano, principalmente porque não tiveram esta aproximação durante a graduação, por isso, eles se sentem como “estranhos no ninho” (LEMOS MELLO, 2016, p. 58) frente a exigência de tomarem o lugar de protagonistas.

Por vezes as práticas dos residentes buscavam se aliar às forças instituintes de mudança e transformação, no entanto, era atravessada por tensões e resistência à autogestão:

“(a tutora/ coordenadora do MTC) traz um pouco da questão de que a gente tem que se autogerenciar né? Então fica assim quando você tem alguém para mediar... agora quando tá todo mundo igual e a gente tem que se autogerenciar nessa questão... tá todo mundo cansado né? todo mundo com uma carga horária extensa... Então pode acabar nessa desmotivação e as vezes... então assim... quando foi falado da sua chegada Luana... que deu esse...esse gás de retomar... mas também por ser alguém de fora.... não que eu não ache que a gente não

tenha capacidade de se autogerir.” (Residente Terapia Ocupacional R1 (B) 10/10/2017).

Diante da encomenda de autogestão, por exemplo, as relações de poder no coletivo devem ser repensadas e repactuadas (entre dominantes e dominados), entre residentes e coordenação. A análise dos efeitos das resistências pode desnaturalizar as práticas instituídas (DÓBIES, 2016). A vivência da autogestão pelo coletivo se constituía como desafio diante da ausência de um facilitador, e de não saberem se estavam alcançando os objetivos uma vez que eles estavam pouco delineados. Nesse sentido, a gestão do espaço comum não era a partir do reconhecimento de seus problemas pela autoanálise, era um meio de sobrevivência diante das regras institucionais. Como efeito de sua resistência intelectual às regras institucionais (MONCEAU, 2002b), os residentes lançavam mão de sua criatividade diante da lógica institucional, e o efeito era o apagamento de seu protagonismo.

O efeito Lapassade (HESS; SAVOYE, 1993) caracteriza uma tendência social de adaptação das regras institucionais a seu favor, um movimento presente no processo de institucionalização da formação em serviço, que incluía a demanda por apoio na pesquisa/pesquisadora para essa manobra de resolução dos problemas. Dessa forma, o residente encontrava meios de gerir sua formação, no entanto ele resistia a perseguir seu objetivo de formação no campo do comum na saúde (CAMPOS, 2000; HENZ et al., 2013). Ao mesmo tempo, a ausência de aprofundamento nos saberes comuns em um espaço destinado a estudos comuns era uma contradição que anunciava a falsificação da profecia inicial, o efeito Mühlmann (HESS, 2007). Isto porque as práticas caminhavam no sentido contrário ao previsto no momento de sua criação, afastando-os da integralidade do cuidado e de seu lugar de protagonistas. E ao mesmo tempo, mantendo a instituição viva, evitando seu desaparecimento.

Diante da justificativa de seu cansaço e necessidade de apoio pedagógico, “encaixar” uma preparação de “aula” em 60 horas semanais, era uma grande pressão. O MTC seria um dos espaços em que eles poderiam se encontrar para discutir para aprender juntos. Porém, também era visto como lugar que exigia protagonismo, comunicação, relação interprofissional e estavam resistentes a ocupar este lugar. Estes aspectos revelaram como a burocratização institucional do Estabelecimento de Ensino (Universidade) provocava no grupo um movimento de criação de mecanismos alternativos para sobreviver (MONCEAU, 2002b).

Inicialmente, a forma que os residentes encontravam de se manterem resistentes, era organizar sua carga horária de estudos comuns a partir do que era possível diante de sua vivência, a cada 15 dias, durante o espaço de tempo necessário para que todos tirassem suas dúvidas, e se não houvessem questões a serem exploradas, os encontros finalizavam

rapidamente. Nas primeiras sessões de análise de prática, participavam em sua maioria os residentes R1, e notei que faltava integração e colaboração entre R1 e R2, na construção deste espaço de formação. A dinâmica da resistência envolveu tanto as implicações organizacionais com seu tempo e agenda, como ideológicas com o projeto comum de saúde e formação em serviço.

A resistência ao protagonismo no MTC revelava o modo de funcionamento institucional nas ausências, nas formas de lidar com o tempo e com os mecanismos de controle, denunciando a traição da profecia inicial da própria Residência multiprofissional: a perda da centralidade do cuidado no usuário em colaboração com outros profissionais de saúde. A criação de suas próprias normas fez parte da resistência aos mecanismos de controle e domínio institucionais (MONCEAU, 2002b), contra o poder instituído pelo protocolo do MTC. As forças tensionavam para o momento integrativo, na interface da sobrevivência (MONCEAU, 1997) previam sua defesa com a recusa ao cumprimento de horários e pactuações, criavam formas de adaptação a fim de manterem-se integrados e protegidos.

Essas tensões eram atualizadas no processo à medida que o trabalho sócio-clínico avançava e quando se analisava o encontro interprofissional. As resistências do coletivo eram explicitadas aos poucos, principalmente em movimentos de resistência à influência do Estado em suas práticas (MONCEAU, 2002b), na qual a autodissolução corria o risco de dominar a institucionalização da formação em serviço. Neste caso, o MTC corria o risco de ser extinto, junto com o desafio do trabalho colaborativo, como será explicitado em outros momentos. Contraditoriamente, a extinção do MTC nos moldes que os residentes o estavam gerindo, também significava abrir espaços de diálogos outros, mais possíveis e que poderiam evitar o desmanche da instituição.

5.3.2 ALGUMAS IMPLICAÇÕES PROFISSIONAIS NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Para resgatar esse protagonismo eu entendia que o coletivo precisava compreender o objetivo de sua prática-residente, o seu papel no cuidado ao usuário e o porquê da existência de um espaço de formação comum. Era preciso resgatar a sua profecia inicial, ou o objetivo pelo qual a instituição foi criada. No entanto, no desenvolvimento da Instituição Formação em Serviço, a organização (curso de residência) criou mecanismos para falsificar a profecia inicial. A Residência resistia à legitimação estatal (MONCEAU, 2002a), àquilo que é imposto pelo Estado como homogêneo enquanto formação em serviço, no caso da Residência, uma formação que prevê 60% da carga horária na AB. Os fundadores apontaram como objetivo principal

promover o entendimento da rede de saúde do município, deslocando a centralidade para a qualificação profissional. Além disso, o próprio Estado mostrava sua contradição com a imposição do cumprimento de uma carga extensa em contraposição ao subfinanciamento.

“Devo dizer que estive muitas vezes sobreimplificada diante das contradições institucionais e não conseguia enxergar - “para que essa residência foi criada”? Para possibilitar o entendimento de Rede de Atenção em Saúde, uma vez que era uma proposta de atuação nos três níveis de atenção? Para possibilitar o exercício do trabalho interprofissional com inserção em equipes na AB? Para qualificar paramédicos que trabalhariam ao lado dos profissionais médicos nas equipes? O quanto havia resistência em relação à proposta Estatal de formação em serviço? E o quanto essa proposta estava capturada pelo instituído do modelo de formação uniprofissional, e por um modelo de atenção à saúde centrado no poder médico, distante de atender as necessidades do usuário e de formação dos profissionais de saúde?” (Diário de pesquisa durante a transcrição das entrevistas - 28 de agosto de 2018).

Monceau (2002b) explica que a Organização na verdade não consegue responder à demanda que o Estado lhe impõe e isso lhe causa um mal-estar. O incômodo diante da tarefa de formação de profissionais de saúde para alcançar a integralidade do cuidado é a causa de muitos conflitos nas equipes, entre os residentes, nas microrrelações de poder. A RMS enquanto política indutora foi pensada nos documentos do Estado para produzir mudanças nas práticas, para que os profissionais de saúde pudessem ampliar suas possibilidades de cuidado ao usuário, aspectos presentes no discurso dos fundadores:

“Lá na equipe também tem o médico, o enfermeiro, o agente comunitário que estão a todo momento fazendo esse exercício e buscando estratégias como o projeto terapêutico singular... as discussões de família ... seja na educação permanente... [] estão fazendo este exercício e nós (tutores e preceptores) junto com eles (equipes) por isso que eu acho que é real... a formação em serviço é real ...a gente criou cenários... Essa formação multiprofissional não está sendo feita só pelos residentes... também pelos profissionais no serviço... a residência está sendo indutora destas mudanças... Antes de ter objetivo de ter profissionais que vão induzir essas mudanças onde eles estão ...eles estão provocando essa possibilidade de trabalhar de forma multiprofissional e interprofissional...” (Entrevista Fundador Docente 5).

A intencionalidade de integração entre diferentes áreas estava presente no discurso dos fundadores e no projeto inicial, que foi escrito para atender às exigências das vagas propostas pelos MS e MEC. Já que somos guiados a partir do que nos “sussurra ao ouvido o próprio Estado” (LOURAU, 2004a, p. 158), a aposta na ESF como cenário de prática multiprofissional e de indução de práticas interprofissionais fazia parte da profecia inicial. Apesar de a proposta de formação multiprofissional estar presente nos documentos do curso de forma muito

fragmentada com isolamento de cada núcleo profissional, a integração foi incentivada no espaço do MTC e nas USF, junto às equipes, também responsáveis pelos processos formativos. Assim, a institucionalização da formação em serviço se dava neste contexto, também pela escrita presente nos documentos do curso, parte do campo de análise, em que a aposta estava alinhada com as exigências federais e ao mesmo tempo, apontava a reivindicação do mandato social (OLIVEIRA, 2016) tanto pelo estabelecimento de ensino, como dos próprios serviços de saúde (de qualificação profissional universitária para o trabalho em saúde).

Resgatar as escolhas pelo curso de residência foi um momento importante para entender como as práticas profissionais são produzidas, o entendimento do papel enquanto residente e para analisar suas implicações profissionais. Para Barbier (1985) a análise de implicação no nível estrutural-profissional, ou seja, a escolha do trabalho e da atividade profissional, pode revelar sobre nós mesmos. A partir de nossa posição no sistema de produção, e das relações de produção, essa análise pode revelar os não-ditos de cada profissão. Ser e estar como residente envolvia tanto a oportunidade de experienciar o serviço de saúde, na expectativa de aprender sobre a “saúde ampliada”, um modelo em direção à integralidade. Mas por outro lado, e muito fortemente, suas implicações se ancoravam na segurança da manutenção do status de estudante, algumas vezes com “supervisão” de docentes, tutores e preceptores.

A análise de suas implicações colocou em questão também o entendimento de que a integralidade tem centralidade da AB, resgatando de certa forma sua profecia inicial de cuidado integral e as dificuldades para alcançá-la:

“Eu acho que as práticas... A prática que (a unidade de saúde da família) possibilita é diferente...uma prática do PTS (Projeto Terapêutico Singular) por exemplo... Consegue começar a fazer a integralidade” (Residente Terapia Ocupacional R2 (A) 06/02/2018).

“(Na atenção básica) A gente consegue articular melhor o cuidado né? é diferente do ambulatório por exemplo no (Hospital)... Você não consegue, é aquela consulta e acabou. Você não pode entrar em contato com outro profissional, planejar alguma coisa ou repensar o fluxo de atendimento.” (Residente Odontologia R1 (C) 06/02/2018).

“[] trabalhar o indivíduo como um integral como um todo esse eu acho que quase nenhum (serviço) (consegue) porque a rotina não deixa [] então eu acho que trabalhar esse aspecto de integralidade eu acho difícil...” (Residente Odontologia R1 (A) 06/02/2018).

A escolha desta residência por sua amplitude de ação em diferentes níveis de atenção à saúde traz consigo a responsabilidade pelo cuidado integral que é entendido muitas vezes como acompanhamento em todos os pontos de atenção:

“é que essa residência tem essa amplitude de temas e de locais, [] a gente atende de tudo ... cada hora tem que saber alguma coisa ...[] a nossa residência é em atenção integral, tem o serviço primário mas eu também vou atender no terciário e eu tenho que saber o que aquele paciente precisa sabe?” (Residente Psicologia R1 (A) 06/02/2018).

Eles escolheram cursar uma residência multiprofissional em parte por suas implicações libidinais do prazer de fazer aquilo que gosta, de se relacionar com pessoas, de cuidar, do trabalho na saúde:

“eu gosto de trabalho manual, da parte prática, eu gosto de trabalhar com pessoas, eu gosto da parte de saúde” (Residente Odontologia R2 06/02/2018).

E por suas implicações organizacionais e políticas com o trabalho em saúde que exige disponibilidade de se relacionar, entender qual o modelo de atenção à saúde é predominante e que é importante se posicionar diante dele: *“entender que tem que mudar o modelo médico centrado”, “a gente tenta mudar mas eu acho que hoje a saúde é muito focada no modelo médico”, “tentar entender que aquela pessoa não teve a mesma formação que a sua”, “tentar se adaptar a todo o momento com as políticas e com as pessoas etc..”*. (Diário de pesquisa restituição final aos residentes - 06 de fevereiro de 2018).

Existia, portanto, um posicionamento que os dividia entre o residente-ESTUDANTE e o residente-profissional de saúde, com destaque para a reivindicação de seu status de estudante. No estudo de Degiovani (2017), em um curso de residência hospitalar, os residentes pautaram suas escolhas na busca por uma formação complementar que envolve tanto seu amadurecimento profissional, como a vivência do trabalho multiprofissional até então pouco vivido, e os anseios referentes à inserção no mercado de trabalho, algo que também permeou as análises deste coletivo.

A análise de suas implicações possibilitou questionamentos sobre “o fazer integralidade sozinhos”, na perspectiva uniprofissional: Seria possível? (Será que irão atender os pacientes em todos os pontos de atenção?)

“eu acredito que não. Eu acho que a gente não vai conseguir ...é preciso no mínimo com umas três pessoas [] para gente realizar a integralidade... Eu acho que essa residência ela tem essa possibilidade, mas mesmo assim a gente não consegue.” (Residente Odontologia R1 (B) 06/02/2018).

Ao discutirem esta expectativa e pensar nos limites de cada um em relação ao cuidado do usuário, revelou seu desejo de onipotência e colocou em questão a relação interprofissional em rede (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018) pouco considerada. O residente percebe a potencialidade do fazer colaborativo e sua impotência diante deste desafio. As

análises de implicações e as resistências, em ocuparem o lugar de profissionais de saúde protagonistas, aos poucos ia abrindo espaço às reflexões sobre a prática colaborativa, a necessidade das mudanças, o esclarecimento de seu papel como residente comprometido com o espaço coletivo e o compartilhamento de responsabilidades diante do usuário.

5.3.3 O NÃO-SABER COMO ANALISADOR DA RESISTÊNCIA À COLABORAÇÃO

A demanda dos residentes por apoio em seu processo de formação se explicitou desde o início das sessões de análise de práticas: *“Ah você vai coordenar o grupo?”* (Diário de pesquisa 01/08/2017). Neste momento pude repactuar como seria a minha participação, ressaltar que não iria atuar como coordenadora do grupo (no sentido de apoiadora pedagógica), mostrei que estava resistente a ocupar este lugar. Causei certo incômodo no grupo, mas combinamos que ficava a critério dos residentes a organização dos encontros (escolha de temas e tempo) e eu ficaria responsável pela facilitação do dispositivo de análise de práticas (ainda em construção).

A sessão inicial de análise de práticas, como parte da pactuação, aconteceu em uma sala que possibilitava a roda e o tema escolhido pelos residentes para discussão foi o NASF. Um residente da Terapia Ocupacional (R1) trouxe a proposta que havia sido discutida em seu módulo teórico específico como uma das competências esperadas dos residentes: o apoio matricial. Com apoio do *power point*, a atividade ocorreu em formato de roda de conversa. Nesta apresentação, o residente compartilhou um pouco de sua vivência durante 5 meses, provocando a discussão sobre esse compromisso de exercitar este papel de apoio matricial nas equipes:

“querendo ou não... nós somos os NASF (das nossas equipes).” (Residente Terapia Ocupacional R1 (A) 01/08/17).

Sugeri que esta apresentação fosse o disparador de nossas discussões e análises de práticas a partir do compartilhamento de experiências na atenção básica ressaltando a valorização do saber de experiência (me inspirando em Jorge Bondía) (BONDÍA, 2002). Percebi que este residente exercitava o papel de líder que compartilhava sua experiência e estimulava os demais a falar, implicado por sua trajetória em um curso de graduação com prática interprofissional. A liderança colaborativa é aquela que possibilita a construção do conhecimento e a relação da teoria com a prática (ORCHARD et al., 2010). Dessa forma, a troca de saberes a partir do diálogo é um elemento desafiador para ao trabalho interprofissional na saúde (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

A discussão sobre o apoio matricial foi importante pois os residentes explicitaram alguns elementos contraditórios que atravessavam o trabalho e aprendizagem colaborativos principalmente relacionados à complexidade do trabalho na atenção básica: a falta de implantação de outras equipes NASF no município que poderiam atuar neste apoio, a possibilidade de “atuar como equipe NASF”; dificuldades para estarem juntos nas equipes, dificuldades de terem momentos EPS sobre apoio matricial diante da baixa adesão da equipe nestas atividades. O dispositivo de AIPP revelou resistências à colaboração, a ocupar o lugar de “pró-ativo” diante das dificuldades de saber mais sobre o outro e as lacunas em relação ao matriciamento.

O não-saber referente aos conteúdos comuns, como o apoio matricial, se constituía como atravessamento que contribuía para o fracasso da profecia e para a manutenção do instituído de formação uniprofissional, uma vez que os residentes não acreditavam que atuavam nesta posição de apoiadores:

“Finge que a gente é o NASF” (Residente Terapia Ocupacional R2 (A) 29/08/2017).

Com o intuito de ampliar a resolutividade dos serviços da AB, a aprendizagem do matriciamento das equipes é preconizada como parte do currículo de cursos de residência e aponta para o exercício da interprofissionalidade (BEKER; FELICIANO; MACHADO, 2016). Mesmo diante da falta de investimento na implantação de equipes NASF no município, que teve credenciamento aprovado em 2017 (BRASIL, 2017c), este programa indica em seus documentos seu compromisso de formação em conformidade com o conceito de NASF (USP, 2012). Ao mesmo tempo, verbalizar este não-saber instigou os residentes a encontrarem outras formas de produzir e aprender conjuntamente:

“eu não estava aqui no último encontro mas repercutiu muito esse encontro...eu ouvi falar muito dele ... muita inquietação principalmente sobre o apoio matricial...” (Residente Fonoaudiologia R1 (A) 29/08/2017).

Estas mudanças apontadas pelos residentes foram no sentido de compartilhamento na prática, de procura pelo outro, de organização do processo de trabalho a partir de exercícios de compartilhamento do poder. A partir do entendimento de que a Interprofissionalidade é uma instituição em processo de institucionalização, a manutenção do instituído de formação competitivo é forte, pois valoriza a individualidade desde a formação inicial, as forças instituintes que estimulam as práticas colaborativas nos serviços de saúde tem como desafio vencer as barreiras profissionais. Uma possibilidade apontada na literatura está no

aprofundamento da dimensão subjetiva das relações interprofissionais, repletas de disputas por status e poder (ELLERY, 2012).

Estes pontos foram disparadores para a autoanálise sobre sua identidade residente na atenção básica e como a equipe entendia seu papel. Para Monceau (2008b), a identidade profissional é uma produção institucional, que para ser melhor entendida, deve-se lançar mão da análise das implicações profissionais, ou, como o residente se posiciona diante das instituições Saúde, Educação, Estado.

A depender da dinâmica da equipe, a prática-residente implicada na Instituição Saúde, estava direcionada pela institucionalização da divisão técnica do trabalho, que tem como norma a fragmentação do cuidado e a dificuldade em compartilhar saberes, em que os atendimentos individuais prevalecem:

“Eu percebo que todo mundo quer que a gente faça atendimento, atendimento, atendimento, atendimento... se você não está fazendo isso é como se não estivesse fazendo nada.” (Residente Odontologia R1 (A) 01/08/2017).

Por outro lado, em alguns casos em que a dimensão dos afetos intersubjetivos (ELLERY, 2012) era fortalecida, esta dinâmica se movimentava para outras direções, do encontro e do apoio interprofissional guiado pelas implicações afetivo-libidinais (MONCEAU, 2012) e do sentimento de vínculo, com outros residentes, com a equipe e com a comunidade:

“Eu tenho aprendido loucamente com as minhas amigas (residentes), muito..ou a gente sai com dúvidas ...a gente atende muito atendimento multi(multiprofissional) e com os ACS (agente comunitário de saúde) para dar condições para as colegas aprenderem bastante e das incumbências do ACS... o que eles fazem na escola... como que eles se organizam, a parte prática já tem toda uma prática que é gerada com vínculo então... eu sinto um pouco falta da aproximação com a enfermagem e a medicina mas a parte multi e com o ACS a gente divide muita coisa...” (Residente Fonoaudiologia R1 (A) 29/08/2017).

Estes movimentos de trabalho foram sendo construídos no processo e guiados pelas diferentes visões sobre o processo saúde-doença-cuidado, os diferentes entendimentos sobre a Residência Multiprofissional, os diversos caminhos possíveis na multiplicidade de ser residente. Andrade, Givigi e Abrahão (2018), a partir da ética de Foucault (2009; 2013), colocam em discussão diferentes posições em relação ao cuidado que estão em disputa, de um lado, o assujeitamento dos indivíduos às práticas estabelecidas, o que neste contexto corresponde ao cuidado instituído a partir do poder e saber com centralidade no médico e nos procedimentos. E por outro lado, estes autores apostam na autonomia e inventividade dos sujeitos na condução de práticas instituintes, ou seja, que não se sujeitam às normas pré-estabelecidas e que possibilitem o encontro entre trabalhadores e usuários (ANDRADE;

GIVIGI; ABRAHÃO, 2018). Estes encontros, no entanto, são atravessados pelas normas do processo de trabalho das equipes.

Todos os anos a equipe recebe um residente bolsista, estudante de pós-graduação, especialista em seu núcleo de saber, com pouca experiência de trabalho em equipe. Como norma da Instituição Formação em Serviço, a responsabilidade das equipes é inclui-los como membros de uma equipe multiprofissional. Rodrigues (2016) nos ajuda a compreender como é para a equipe “agregar” novos sujeitos no cotidiano do trabalho. A autora explica que este é um exercício de recomposição, transformação interna, em que a equipe deve aprender a articular-se neste momento de inserção para lidar com as expectativas de que estes profissionais, que não estão presentes nos serviços, cheguem para suprir a ausência daquela área do dia-a-dia, esquecendo sua missão de formação (RODRIGUES, 2016). Este movimento esteve presente de forma diferente em cada uma das equipes. Mas, ao mesmo tempo, reproduzia a falsificação da profecia inicial.

Os residentes podem atuar em uma ou duas USF a depender da organização e demandas pactuadas entre a equipe e o programa de residência. Nesse contexto, a constante necessidade de construção de novas relações de trabalho dentro de cada equipe é marcada por uma nova composição de equipe (mínima e matricial) e, nesse processo, o residente precisa se descobrir além de seu núcleo profissional, esclarecer sua identidade como profissional na atenção básica:

“[] assim eu também não sabia o que as outras profissões faziam acho que existem os estereótipos...do que a gente imagina o que cada profissão faz. ...Mas na verdade é muito amplo. E quando a gente vai para atenção básica o buraco é mais fundo porque a gente tem que desconstruir um pouco este papel de que ah... Eu sou psicólogo eu sou TO... E pensar como PROFISSIONAL DE SAÚDE.” (Residente Terapia Ocupacional R1 (A) 01/08/2017).

A formação em serviço se constitui no aprender entre si, na vivência da prática na atenção básica. Souza (2014) argumenta que quando as equipes da ESF contam com a participação de profissionais como os que compõem a residência, sua participação é diferente de acordo com a equipe. Pode ser que eles sejam incluídos como equipe de apoio matricial (em atendimentos compartilhados e matriciamento) ou pode ser que sejam vistos como mais um membro da equipe (com sua própria agenda para atendimentos individuais), e explica que “a intenção não é produzir modos corretos ou errados de trabalho, mas apontar que cada equipe forma o seu campo possível” (SOUZA, 2014, p. 40). Esta autora propõe o conceito-ferramenta “campo-equipe” que possibilita entender cada equipe como um campo em constante processo de formação, com seus saberes e práticas instituídas, “mas que produzem a si mesmas como equipe, singular em sua invenção; que abrem e fecham seus processos de (re)produção,

mantendo certa ordem estabelecida e, também, produzindo transversalidades” (SOUZA, 2014, p. 46).

Para os R1, a residência era um novo território e estavam experimentando novos jeitos de fazer neste espaço, e mesmo os R2 estavam descobrindo sua prática-residente, prática enquanto profissional em formação em serviço:

“O importante é estreitar o relacionamento com (a unidade de saúde da família - USF)... a gente tem uma carga horária de 60% (na atenção básica) e às vezes o que eu percebo é que tem ainda...um certo distanciamento das áreas com a USF... Muita gente não sabe...o próprio preceptor às vezes não sabe ...o preceptor não...o tutor não sabe o que a gente faz na USF ...então eu acho que assim... estreitar a relação com o lugar que a gente fica mais tempo... falta essa aproximação.” (Residente Fisioterapia R2 (A) 29/08/17).

O vínculo foi algo muito revisitado nas análises de práticas, a importância deste no entendimento do trabalho da AB, que é feito de uma maneira muito próxima às equipes das USF (SILVA et al., 2015b). Eles iam aprendendo a partir de seu saber de experiência no cotidiano (BONDÍA, 2002), analisando e descobrindo seu lugar neste processo de formação e que produção de saúde estava atrelada à comunicação em rede que envolve todos os atores, como os tutores e preceptores. Para o residente, a USF pode ser mais do que espaço para inserção profissional, seu significado compreende a dimensão dos afetos, do quanto é aceito, acionado, compreendido. De fato, a equipe pode ser vista na interface entre afetos, saberes, desejos e projetos (FORTUNA, 2003).

Durante a pesquisa-intervenção, quando os momentos de análise de práticas foram complementados pelo olhar da observação no campo foi possível “sentir” esse campo possível para cada equipe principalmente diante do desafio de lidar com casos complexos que exigem dos trabalhadores arranjos em equipe que consigam ser resolutivos para atender às necessidades dos usuários. Minha vivência de observação nas equipes me fez ver o quanto cada equipe se movimenta de forma diferente quando há a inserção de residentes multiprofissionais, que a cada ano eles devem se “acostumar” a trabalhar com novos membros na equipe, pensar em estratégias para se conhecerem, aprenderem juntos. Muitas vezes acham que já sabem qual o trabalho de um TO, de um psicólogo, de um dentista, de um farmacêutico, de um fisioterapeuta, de um nutricionista ou de um fonoaudiólogo. E nesta aproximação pesa a descontinuidade e alternância de residentes nas equipes e o tempo limitado para integração:

“quando eu cheguei na unidade de saúde, a TO (residente da terapia ocupacional) tinha passado no concurso.. Então já estava um ano e meio sem TO... E aí entraram 3 agentes (ACS) novas.. Então ninguém sabia. Já não sabem o que é TO.. Sem ter um outro exemplo antes de TO fica difícil... Aí eu fiz uma “educação permanente” sobre o papel da TO na atenção básica. Por que

trocam né novos residentes...novos RI...” (Residente Terapia Ocupacional R2 (A) 01/08/2017)

“Pesquisadora: Como foi essa sua experiência de fazer o que vocês chamam de educação permanente?”

*“Foi bem legal. Então foi uma apresentação de slides explicando o que é a terapia ocupacional e as várias atuações dela na atenção básica. E depois eu vi que surgiu o resultado. **Porque começaram a chegar demandas de pacientes ...usuários mais adequados para o perfil da terapia ocupacional...**”* (Residente Terapia Ocupacional R2 (A) 01/08/2017).

Estes momentos de EPS eram entendidos como uma possibilidade de falar mais sobre o seu trabalho na AB e facilitar o seu reconhecimento dentro da equipe. No entanto, a explicitação do não-saber (não sei quem é o residente, não sei o que eu faço na atenção básica, não sei como fazer matriciamento) foram sendo colocados na roda e foram oportunidades para pensarmos as dificuldades e atravessamentos provocados por este não-saber ao trabalho colaborativo.

Percebi os efeitos da primeira sessão de análise de práticas quando houve reflexão sobre o sentido do espaço teórico e que havia demandas de aprendizagem a partir da prática, que envolviam as implicações profissionais de aposta em um trabalho na AB, havia implicações com o coletivo e preocupação em como fortalecer a equipe. Neste primeiro momento, as resistências estavam muito relacionadas ao sentimento de fracasso do grupo na construção de seu espaço comum, o primeiro movimento foi de culpabilização por este fracasso (MONCEAU, 2002b) e de apoio na pesquisa/pesquisadora, com a demanda por alguém que vem de fora para contribuir. Estas questões foram importantes para que o grupo pudesse se apropriar da dinâmica institucional e ressignificar sua prática e seu lugar de residente.

Com o avançar da análise, as resistências à colaboração se explicitaram. A demanda por um coordenador, junto à falta de avaliação e planejamento de conteúdos comuns, me induziu a sugerir que eles elencassem temas que sentiam que precisavam aprofundar, e tomei o lugar de apoiadora pedagógica, mesmo assim, o grupo teve dificuldade em decidir qual caminho tomar para a escolha do próximo tema. Uma parte queria retomar o assunto do matriciamento, pois identificavam como uma possibilidade futura de trabalho, outros eram contrários e sugeriram outros temas como por exemplo: como motivar a equipe? Ou ficavam quietos, aguardando outra alternativa, um misto de direções e possibilidades que resultou na decisão por um sorteio de quem ficaria responsável por organizar o próximo encontro. No momento da discussão eu apontava os elementos de incerteza e incômodo, questionando-os sobre o trabalho solitário, sobre a escolha de apenas uma pessoa.

Na análise pelas resistências ao trabalho colaborativo (MONCEAU, 1997), observei que diante das estratégias discutidas em grupo, no momento de decisão (que poderia ser compartilhada), o centro das forças tensionou para a assimilação a fim de evitar o desmanche. O momento integrativo ganhava força, a resistência na colaboração era reprimida diante do poder da formação uniprofissional. Houve uma tendência à interface da sobrevivência, de fuga e de decisão pelo sorteio em que os residentes poderiam se integrar, mas protegendo-se pela sorte, evitando as análises.

Nessa atualização de tensões, as forças resistentes de um pequeno grupo tomaram a frente e anunciaram sua decisão em compartilhar um caso da prática, que envolvia matriciamento entre diferentes profissões. Este movimento integrador foi liderado por uma equipe de residentes que se conheciam, tinham a experiência de trabalhar em colaboração nas unidades de saúde e por fim, tinham uma experiência prévia para compartilhar, elementos (confortáveis) que contribuíram para a prática colaborativa neste momento. A força da colaboração vencia provisoriamente.

Este modo de resistir tende a evitar o desmanche institucional e utiliza estratégias de sobrevivência para permanecer integrado e protegido, no entanto, deixam espaço para mais tensões e conflitos. Nessa cena, um grupo queria garantir o encontro daqueles que tentavam a seu modo seguir, falar das experiências da residência, de desabafar das dificuldades do cotidiano, e assim, fortaleciam um momento necessário de cuidado (do grupo), motivado pela inserção do dispositivo de AIPP. Ao mesmo tempo, foi este acúmulo de tensões que permitiu que continuassem existindo enquanto coletivo.

“O mundo do trabalho é uma escola. É lugar de se debruçar sobre objetos das ações, de fazeres, saberes e agenciamento de sujeitos” (MERHY, 2013a, p. 594). Na experiência do segundo encontro, o grupo discutiu sobre a atuação da equipe multiprofissional na resolução de um caso clínico. Este caso foi escolhido da vivência prática de um grupo de residentes em uma das equipes de saúde que se apoiou no referencial do apoio matricial e na problematização, trazendo questões para que o restante do grupo pudesse refletir. A estratégia foi abordar o caso em duas dimensões: uma de apoio técnico-pedagógico, ou, como matricular a equipe; e outro clínico-assistencial, ou, como cada profissão poderia atuar em seu núcleo de saber separadamente.

Explicaram o caso de uma usuária políexosa que utilizava “muito” a rede (nas palavras deles) e que fazia vários “seguimentos” (termo que eles utilizaram para definir os diferentes encaminhamentos a profissionais na rede - geralmente médicos especialistas):

“é uma mulher de 40 anos... católica... natural de (município)... possui ensino médio completo, não trabalha, já trabalhou em empregos mais informais...segurando placa de propaganda de condomínio... núcleo familiar... marido de 39 anos ... trabalha em uma horta não possuem filhos ela possui vários diagnósticos como hipertensão... dislipidemia... alopecia... apneia do sono... bruxismo fibromialgia...e sempre e faz vários seguimentos acompanha com vários Profissionais de Saúde. Como a equipe multi poderia matricular a equipe neste caso complexo?” (Residente Terapia Ocupacional R2 (A) 29/08/17).

“eu começaria do cotidiano dela, para as ocupações, pelos desejos pessoais dela ... [] alertar a equipe o porquê ela (usuário) está preenchendo a rotina com esses seguimentos médicos a ponto de não ter tempo de fazer outras coisas.” (Residente Terapia Ocupacional R1 (A) 29/08/17).

“E pensar o quão esses seguimentos estão sendo resolutivos de tão fragmentados que eles são né? tem pacientes que tem três receitas e não seguem nenhuma, um corta o remédio do outro.” (Residente Odontologia R1 (A) 29/08/17).

Os residentes começaram a pensar, diante da complexidade do caso, como poderiam contribuir, em que momento poderiam matricular a equipe. Quando o residente da Terapia Ocupacional, por exemplo, sugeriu manejar os desejos pessoais e as ocupações, entendi que ele se referia a esta ação como algo de seu núcleo específico, mas será que não poderia também ser realizada conjuntamente com outro membro da equipe a partir de uma escuta qualificada das necessidades desta usuária?

Eles apontaram que existe a dificuldade de distinguir os momentos em que estão fazendo matriciamento, e que há um funcionamento nas equipes em que o Caso é “passado” de um profissional para o outro e a integração para resolução do problema fica frágil. Neste momento eles foram vendo o quanto era possível ou não fazer atendimento compartilhado, definir os diferentes papéis e práticas e trabalhar colaborativamente ou não, descobrindo aos poucos os limites entre suas áreas de atuação:

“[]... a gente pensou também na realização de atividade física no sentido de dar para ela funcionalidade nesse dia a dia. Com essa quantidade de seguimentos a rotina dela gira em torno de cuidar da saúde, de frequentar espaços médicos.” (Residente Fonoaudiologia R1 (A) 07/11/17).

A partir das análises, os residentes expressavam diferentes concepções de matriciamento, enfatizavam que na maioria das vezes ser matriciado ou matriciador era entendido pelos demais profissionais da equipe como sinônimo de “mais serviço” ou mais uma responsabilidade:

“às vezes tem transferência de responsabilidade, em vez de dividir a responsabilidade pela equipe toda.” (Residente Fisioterapia R2 (A) 29/08/17).

A partir de questões levantadas pelo dispositivo da narrativa sobre a importância de observar sua realidade de trabalho, encontrar os nós críticos e ir em busca de soluções para desenredar estes conflitos dentro das equipes, a autoanálise revelou o movimento instituído na maioria das experiências de “passar o caso” com devolutivas do acompanhamento dos pacientes na reunião de equipe. Esta prática reforçava o cuidado fragmentado especializado, uma reprodução do modelo médico flexneriano que fragmenta o cuidado e escolhe pelo encaminhamento para diferentes médicos e especialistas:

“acabou PTS aí então a TO (Terapia Ocupacional) e a ‘Psico’ (Psicologia) vão atender, a gente tem esse problema também. [] e não é: ‘eu tenho um caso para discutir com você’ às vezes tem assim: ‘eu tenho um caso para te passar.’” (Residente Terapia Ocupacional R2 (A) 29/08/17).

“isso é muito comum... (nas outras unidades de saúde) que eu participo é assim ... passa então o caso e [] depois eu tento fazer alguma discussão [] mas...o quanto realmente a pessoa quer ser matriciada? e o quanto eu realmente sei que estou fazendo um matriciamento?” (Residente Terapia Ocupacional R1 (A) 29/08/17).

Como ainda pairavam dúvidas sobre o trabalho do outro, havia indefinição de papéis dos residentes e pouca clareza quanto às suas possibilidades de atuação na AB, a contradição na prática-residente estava em como lidar com o “não-saber”. Para eles, a equipe apostava na transferência do problema para o outro, ao invés de tentar resolver o caso juntos. Ao mesmo tempo, esperavam que alguém de fora fizesse esta tarefa, como o preceptor, o tutor ou algum outro membro da equipe mínima. Viviam sob uma insegurança do fazer comum na AB e se fechavam, mantendo muros entre si, espaço em que tinham maior certeza de seu fazer:

E a certeza é a forma ideal de ser um profissional competente e seguro, pois quanto mais certezas produz, mais combate o medo, a incerteza e a insegurança. Assim, a apropriação de certos saberes profissionais constrói zonas de paz e contentamento para os próprios profissionais (HENZ et al., 2013, p.183).

Na observação de campo, algumas equipes expressaram conflitos internos quanto à corresponsabilidade do cuidado com o paciente/usuário, e por isso, reproduziam a prática de “passar o caso” que se naturalizava. Na equipe Jacarandá por exemplo, as dificuldades em lidar com a resolutividade de forma coletiva se sobressaíam, a equipe se mostrava desmotivada a encontrar caminhos que pareciam que já haviam trilhado, pois já haviam tentado e não tiveram

êxito anteriormente. Matumoto et al. (2011) explicam que as tensões e conflitos do cotidiano nos serviços pressionam as equipes de saúde a produzir-se na manutenção daquilo que já lhe é conhecido, e a esquivar-se de movimentos de invenção de novas práticas.

A equipe de referência acaba desistindo de se aventurar no melhor entendimento do fluxo de informações e pacientes dentro de uma rede mais ampla, se afastando de sua profecia inicial de cuidado integral. Este cenário contribui para evidencição do não-saber, que exige um acompanhamento do processo de trabalho da equipe. A falta de espaços reflexivos resulta na incompreensão do que significa este não-saber. Residentes e demais profissionais das equipes não enfrentam este não-saber, e, resistem a aprender a trabalhar com o novo e a trabalhar conjuntamente.

Na discussão sobre as questões da narrativa, uma das residentes complementou:

“Eu particularmente ... eu acho que as lacunas (de conhecimento) não estão só entre a gente... mas na própria coordenação...” (Residente Fonoaudiologia R1 (B) 07/11/17).

Esta reflexão foi importante para remarcar que todos estão aprendendo nesse processo, tanto os residentes como os docentes, tutores e preceptores. Os fundadores assinalam que a formação em serviço é um desafio, e que docentes e demais profissionais da equipe também estão aprendendo como se soltar das amarras do instituído uniprofissional, a conhecer um pouco da área do outro, os limites de cada um. Além disso, estes atores têm que se aprofundar no campo da AB, descobrir as competências de cada profissão neste contexto de trabalho, afinal a maior parte das profissões tem pouca permeabilidade ou experiência nas USF, e o instituído uniprofissional, muito presente na formação inicial, afasta-os do foco da integralidade, favorecendo a especialização, que é refletida na prática das equipes e na prática-residente:

“eu acho que a gente está reproduzido um pouco modelo médico porque isso de ter 1.000 especialidades então ... não é ortopedista ... é o ortopedista da mãodo dedo mindinho ...é o médico de cabeça e pescoço [] Então na verdade a gente acaba reproduzindo essas coisas ...[] mas às vezes ele (usuário) não precisaria, tem coisas que talvez desse para ser manejado lá (na USF) mas é todo um sistema de saúde, de FORMAÇÃO em saúde...” (Residente Terapia Ocupacional R1 (A) 29/08/17).

Além do instituído da especialização, outros elementos se entrecruzam nestes cenários de prática na AB, uma grande expectativa da equipe por atendimento individual especializado (modelo instituído frente ao novo profissional especialista); a dificuldade dos residentes terem voz ativa na equipe e diante dos demais atores do programa de residência (reflexos de relações instituídas hierárquicas e de não se reconhecerem como membros da equipe); a sobrecarga de alguns profissionais da equipe que o impedem de estarem em coletivo. O fazer dos ACS é, por

exemplo, atravessado pelas tarefas burocráticas e preenchimento de papéis, e sistemas de informação como o e-SUS. Eu compreendia cada vez mais que em cada equipe a dinâmica é singular, pois dependia do sentido que faziam as políticas públicas, a construção em rede e a formação em serviço.

A impotência que os residentes sentiam diante da responsabilidade pela própria formação revelava os efeitos em suas práticas no campo. Esta dinâmica tem relação com o funcionamento institucional que se rende à responsabilização (*accountability*), um pressuposto do paradigma da Nova Gestão Pública (NGP) ou gerencialismo, uma alternativa da administração pública executiva que procura reverter a burocratização do sistema público, com propostas de desempenho mais efetivos (BEHN, 1998). Esta perspectiva reverbera nas práticas dos profissionais de saúde uma vez que determina que os atores que estão na ponta, na AB, por exemplo, estão mais próximos aos problemas e são responsáveis por sua resolução. Na teoria da *accountability* democrática, a abordagem do desempenho frente aos problemas públicos isenta de certa forma a responsabilidade do Estado e responsabiliza em grande parte o servidor público (BEHN, 1998). Assim, na busca por melhores resultados, o ator público (profissional de saúde, residente, docente), sob o discurso da inovação e do empoderamento, é encorajado a tomar as decisões, enquanto o Estado se camufla na resposta aos problemas.

Monceau, em entrevista a Passos et al. (2008, p. 312), explica esta tendência:

As profissões estão se individuando no tempo, em uma sociedade política que não é qualquer uma, mas naquela na qual o poder neoliberal triunfou. Essas profissões vão se apoiar muito sobre o modelo das profissões liberais, nas quais os indivíduos são tidos como autônomos e responsáveis. Ele deve, livremente, ser o sujeito da sua profissão e deve fazê-lo de forma inteligente, porque deve mobilizar o saber universitário que está à sua disposição.

Nesta perspectiva, o individualismo presente em suas práticas, por vezes, os impedem de expor seus não-saberes e a colocá-los em análise em coletivo, e por isso, os encontros de AIPP também foram permeados por muito silêncio. A contradição está na impotência na tomada de decisões e na paralisação dos residentes diante de sua responsabilidade frente a busca por preencher as “lacunas do conhecimento”. Estes obstáculos pedagógicos foram sendo ressignificados enquanto produções institucionais (MONCEAU, 2008b).

A autoanálise sobre os efeitos desta responsabilização e culpabilização foi revelador de não-ditos, de que há outras pessoas que também não sabem (que há lacunas no conhecimento também entre os tutores e preceptores e que os residentes não são os únicos responsáveis pelo seu processo ensino-aprendizagem). Assim, sentiram que era preciso acionar outros atores para

fortalecer esta formação em serviço. Os movimentos de autoanálise coletiva possibilitaram um movimento de desculpabilização (MONCEAU, 2002b) pelo fracasso diante do seu não-saber, pois, ao identificarem suas dificuldades, as contradições institucionais e os pontos de bloqueio, o coletivo de residentes se sentiu aliviado da culpa e se propôs a encontrar as soluções, assumindo a complexidade presente na formação, este foi um dos resultados do dispositivo da AIPP.

5.3.4 A LISTA DE PRESENÇA COMO ANALISADOR DA RESISTÊNCIA À COLABORAÇÃO

O que é questionado é o modo pelo qual o saber circula e funciona, suas relações com o poder.
Em resumo, o *régime du savoir* (FOUCAULT, 2009, p. 235).

Nesse processo de reconhecimento de seu não-saber e dos desafios de sua formação comum, o grupo conseguiu moderadamente democratizar o saber e o poder, exercitar a autogestão e manejar decisões incitados pelas questões disparadoras da narrativa, mas ainda não haviam se apropriado de seu poder, de sua força resistente:

“Então para este coletivo, qual o objetivo deste espaço? [] O grupo já teve acesso ao projeto político pedagógico deste programa? qual o sentido da autogestão? O que significa ser responsável pelo próprio processo de ensino-aprendizagem? Que ferramentas este grupo precisa para se fortalecer enquanto coletivo?” (Narrativa do encontro de 12/09/2017).

Posições diferentes foram sendo colocadas em relação à validade deste espaço como um espaço de formação:

“na verdade as decisões seriam tomadas hoje, o direcionamento eu acho que é responder às perguntas que você fez ...talvez seja responder às nossas perguntas também... para quê que é esse espaço aqui ...para que a gente quer esse espaço? ou a gente não quer espaço? a gente só tá aqui porque tem que cumprir a carga horária? são coisas que a gente tinha entendido que a gente ia pensar hoje juntos.” (Residente Fonoaudiologia R1 (B) 10/10/17).

O posicionamento dos residentes quanto a seus objetivos passava por suas implicações profissionais, normas institucionais e interferências de diferentes ordens. No contexto da pedagogia institucional, Lourau (2014) alerta que o coletivo de estudantes possui “pais” (por vezes autoritários e, por vezes, protetores) que são suas referências, são as instituições que os envolvem. O autor explica que a autogestão do coletivo deve estar em processo permanente de análise, em que os papéis devem ser a todo momento revistos, a fim de impedir que se

institucionalize a autogestão por demanda do professor e se instaure a autogestão enquanto anarquia instituinte (LOURAU, 2014).

A organização (curso de residência) era atravessada por novas normas burocráticas do estabelecimento (Universidade), e que se refletiam na prática de seus agentes (docentes e residentes). Um exemplo são as exigências de alimentação do sistema de informação do curso, uma imposição Estatal para a certificação final aos residentes. A certificação das 5.760 horas trabalhadas instituídas pelo MS e MEC exigia a assinatura de listas de presença para controle de frequência dos residentes em todas as atividades, inclusive no espaço de formação comum.

Carvalho (2018) explica que por contabilizar um número muito maior de horas de formação do que um curso de especialização, a validação do certificado de conclusão enquanto Residência foi legitimada pela Resolução do CNRMS nº 7, de 13 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014). Para reconhecê-la como formação em serviço, o processo de trabalho-aprendizagem deve atender a alguns critérios de avaliação e regulação como:

Cadastro atualizado no sistema de informações da Residência no Ministério da Educação, credenciamento da instituição proponente, autorização de funcionamento, visita de avaliação in loco, reconhecimento, supervisão e renovação do reconhecimento (CARVALHO, 2018, p. 45).

Uma importante forma de controle e legitimação estatal e ao mesmo tempo de reconhecimento do lugar do residente no processo de institucionalização da formação em serviço.

Dessa forma, a lista de presença no MTC atuou como analisador das práticas e provocou efeitos na participação daqueles “ausentes” resistentes. Em entrevista a pesquisadores brasileiros, Monceau destaca que no trabalho sócio-clínico é importante ficar atento ao não-querer: “uma questão crucial para mim é saber o que querem aqueles que não querem. Aqueles que resistem a novas transformações, a um discurso, onde eles querem ir?” (PASSOS et al. 2008, p. 316).

Na análise pelas resistências (MONCEAU, 1997) à lista de presença no espaço de formação comum, os residentes puderam expressar os motivos de suas presenças, ausências, silêncios, descontentamentos. A partir dessa verbalização, foi possível revisitar seu papel, eles conseguiram reconhecer problemas de comunicação e de participação ativa nos espaços comuns:

“é porque a maioria de nós... Pelo menos eu vou falar a maioria não mas... a grande parte dos R2 ... estamos aqui por obrigação ... não é porque é um espaço

*...eu entendo o gás que os R1 tiveram com você aqui sabe? eles quiseram mostrar para gente esse espaço que é melhor né? e eu entendo também a resistência por parte nossa de estar aqui sabe? [] isso...não é de hoje, é do ano passado, e agora, tá acabando...porque a gente só quer que acabe...[] então se não tivesse você então eu não estaria aqui porque para mim não foi produtivo até agora e eu não consigo enxergar uma certa produtividade nos próximos 3... 4 meses ...para mim, porque eu estou cansado, esgotado e **estou resistente**... então assimeu tô vindo porque eu tenho que ter meu nome nessa lista... eu acredito que a maioria falando dos R2.” (Residente Farmácia R2 (A) 10/10/17).*

A lista de presença colocava em xeque a obtenção do certificado, a legitimação profissional pelo Estado, e sua resistência ao domínio estatal (MONCEAU, 2002b). Além disso, sua resistência revelou sobre as relações de poder entre os atores do programa. Ao mesmo tempo, provocou movimentos de diálogo com a coordenação, movimento instituinte para se fazer ouvir, excitar o compartilhamento do poder de fala entre residentes e demais atores nos espaços de gestão do processo de trabalho-aprendizagem, abrindo espaços para diferentes graus de transversalidade (GUATTARI, 1985).

Na pedagogia Freinet, o método revolucionário colocado em prática foi exatamente o professor dar voz aos alunos (GAUTHIER; SOBRAL, 1998). Na Residência, alguns membros insistiam que era preciso falar, era preciso tecer redes de diálogo com os responsáveis e coordenadores:

“o óbvio precisa ser dito [] enquanto eu não falo que não está bom para mim... as pessoas nunca vão adivinhar ... a coordenação nunca vai adivinhar.” (Residente Nutrição R1 (A) 07/11/2017).

Neste caso, o encontro residentes-coordenação representou o início da abertura de canais de comunicação e de melhor entendimento do papel de cada um no processo ensino-aprendizagem e o fortalecimento de seu espaço de formação comum em um movimento de re-responsabilização (MONCEAU, 2002a) pela análise de novas demandas e reformulação de novos caminhos.

Baremlitt (2002) explica que as demandas dos coletivos são moduladas, eles não demandam o que realmente acham que é o necessário, uma vez que essa necessidade lhes é imposta, eles demandam aquilo que os experts dizem que é necessário. Naquele momento, as propostas de mudanças possíveis foram negociadas em formato de aulas teóricas, seja expositiva ou de discussão de caso, por pessoas convidadas. Explicitaram que seu protagonismo estava na sugestão de temas e de convidados, modulados pelas demandas impostas pelo mercado de trabalho:

“a gente teve aula de saúde pública no passado ..algumas aulas foram super interessantes... vocês não acham que a gente faz uma residência 60% da área

de saúde pública... de Saúde da Família... não acham que a gente devia ter aula de saúde pública para concurso público?” (Residente Odontologia R2 (B) 10/10/2017).

Os residentes R2 relataram suas tentativas de se auto-organizar e se “autogerir” e como esse objetivo se dissolveu ao longo do tempo, então de que gestão estavam falando? Onocko Campos (2003) defende uma gestão com objetivo de aumentar os graus de autonomia, de instigar criatividade e de produzir desalienação, que possamos questionar a gestão da reprodução e da produtividade e poder apostar em uma gestão de decisões coletivas, de projetos comuns.

Nesse sentido, as forças resistentes tensionavam ao momento integrativo, na interface da sobrevivência oscilavam entre a defesa de sua integridade física, mental e coletiva. Para Onocko Campos (2003) o grupo precisa de suporte para ter um projeto e estruturar sua intersubjetividade, a circulação de afetos. Por outro lado, as forças resistentes tensionavam para a integração pelo recuo, pela manutenção de uma zona de incertezas que os deixavam de certa forma protegidos e acabavam por alimentar a autodissolução do coletivo protagonista (MONCEAU, 1997). A criação de novas regras para o MTC, sem um projeto comum não os fortalecia enquanto coletivo, viviam a captura do instituinte-organizante (BAREMBLITT, 2002), ou seja, o recrudescimento de forças de suas atividades críticas, inventivas e transformadoras.

Está presente no processo de institucionalização da formação em serviço um mecanismo pelo qual os residentes (como atores das práticas) esquecem sua missão inicial e priorizam crescentemente suas próprias necessidades de sustentabilidade. A profecia ou missão inicial da Residência era gradualmente esquecida em favor das necessidades de funcionamento do habitual, ir à Universidade e “assistir às aulas dos professores”, sem participação ativa nessa construção. Enquanto isso, as forças instituintes presentes eram resgatadas por alguns atores que conseguiram analisar suas implicações com o lugar de formação, e revelar a reprodução da dinâmica institucional de resistência à colaboração:

“Eu lembro muito aquilo que o (Residente Odontologia R1 (B)) falou: ‘quando eu entrei na residência eu esperava que fosse ter aulas’... quem já formou na (Universidade) já sabia o que esperar... Pelo menos aqui na (Faculdade) a gente já sabe o que esperar dessa residência porque a gente já conhecia o histórico a gente já conhecia outras residentes... Então quem vem de fora vem com expectativa mesmo principalmente da parte teórica... Então eu acho que a gente tem que conhecer o que que esse módulo precisa ter e equilibrar com o que a gente pode oferecer para que ele melhore para que a gente tenha voz. [] eu acho que quando a gente fala aula vai ser sempre uma pessoa lá na frente

apresentando uma sequência de slides unidirecional em uma hierarquia de cima para baixo... Raramente vêm pessoas que fazem roda como a (convidada para dar aula) por exemplo... pessoas que propõem dinâmicas diferentes, aprendizagem reflexiva ou coisas do tipo...” (Residente Nutrição R1(A) 06/02/2018).

A análise pela resistência à colaboração questionou o método de ensino instituído da Universidade, essencialmente tradicionais, caracterizado pela transmissão de conhecimentos, hierarquização dentro da sala de aula, entre aquele que sabe e aquele que não sabe. Denominada por Freire (1996) de educação bancária, este método realçava parte da frustração da turma com o formato que entendiam como “aula”. Ainda, em uma Universidade em que o ensino de graduação não é prioritário quando comparado à produção científica (BIANCHETTI; VALLE, 2014; GATTO JÚNIOR, 2018), este cenário revela aspectos da política institucional, que pouco incentiva a formação docente e a implementação de novos métodos de ensino na formação de profissionais de saúde, críticos e reflexivos, aptos a atenderem as necessidades dos usuários, como proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001). Monceau (2018) indica que a adoção de um processo de análise coletiva, pode contribuir para a compreensão destes efeitos e ações e da dinâmica institucional de modo que eles podem ser contornados, pode ser possível encontrar novos caminhos à medida que se reconhecem no processo. No entanto, evidenciava-se a reprodução do sistema de ensino na prática-residente fragmentada, individualizada e mercadológica.

Se pensarmos nas mudanças à medida que o trabalho de análise avançava, reconheço que houve neste grupo uma ampliação de sua visão sobre os problemas e o movimento de responsabilização, como indica Monceau (2002b), se refletiu na transformação de práticas, e em tomar o risco e tentar novos caminhos. No entanto, a participação dos residentes não ativou seu movimento de autogestão, houve um movimento contrário, de apagamento de seu protagonismo. Um exemplo deste movimento ocorreu na escolha em convidar um professor para discutir as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a), tema efervescente no momento e que dizia respeito ao cotidiano de sua prática. No entanto, no movimento de não-envolvimento com o planejamento das atividades, os residentes não fizeram uma leitura prévia da PNAB, foram despreparados para a discussão, atravessados pelo instituído da “aula” expositiva, em um movimento de fuga da co-responsabilização e de espera pela transmissão do conhecimento.

Na tentativa de ampliar a transversalidade (GUATTARI, 1985) e abrir espaço para que o coletivo assumisse seu papel corresponsável, o próprio professor lançou questionamentos sobre o posicionamento dos residentes enquanto profissionais de saúde na AB, sobre suas

implicações políticas, com o trabalho na saúde, que tem em seu cerne atender as necessidades dos usuários, e não a dos profissionais. Ceccim e Carvalho (2005) defendem a formação de profissionais de saúde orientada a uma mudança de paradigma, de assistência às doenças para o cuidado humano, pela integração ensino-trabalho, que envolve tanto a interface com os princípios do SUS como com a formação de protagonistas e cidadãos. Percebi que era preciso despertar para esta resistência ao que é político, afinal, todos somos políticos.

Minha preocupação, e desejo depositado na pesquisa, se centrava na tomada de controle por parte dos residentes, de ocupação deste espaço como seu, de não perder a vontade de fazer junto, de não “passar o caso” para o coordenador (fazendo aqui uma alusão ao instituído nas equipes de passar o caso do usuário de um para o outro), se isentando da responsabilidade com a integralidade no cuidado, reproduzindo o trabalho parcelado, uniprofissional. A dimensão de participação, de política, de direito à voz, era capturada pelo instituído do controle, os residentes entendiam que ter direito à opinião e a decisão compartilhada pela escolha dos professores convidados era suficiente para tomar as rédeas de seu processo de formação.

Na sexta sessão de análise de práticas, e de autoanálise, escritas no diário, distanciamentos, percebi a autorregulação do grupo, aos poucos fui observando que a defensiva, era uma autoproteção, resistência! Ao quê? Os passos curtos e cautelosos diziam muito sobre as relações de poder instituídas que os freava e ao mesmo tempo os permitia ver e dizer sobre sua “potência – impotência”:

*“eu fiquei pensando porque me vieram duas palavras na minha cabeça a **impotência e a potência** ... porque no começo das reuniões... estava todo mundo muito unido... E aí depois eu senti que deu uma enfraquecida Acho que pelo cansaço também né? E aí teve esse espaço para discussão, para conversa, para troca de experiência né? ...do objetivo do porquê que estamos nos reunindo aqui... porque às vezes vai ficando automático e a gente se perde um pouco nos propósitos né? eu senti que houve essa perda mesmo do Propósito... esse desânimo ...e aí foi quando você (Luana) iniciou né? ajudou a gente organizar o pensamento, acolheu as nossas angústias e a gente foi construindo junto esse pensamento mesmo de como se...como tornar... a ter corpo mesmo isso né? O quê que a gente queria desse espaço e se organizar e pensar em conjunto... foi legal ver né? essa construção né? essa troca de experiência e construir junto com o novo e conseguir se movimentar tem um objetivo comum a gente se organizou e agora né? a gente conseguiu dar uma forma, uma forma abrangesse as demandas de todos aqui né?”* (Residente Terapia Ocupacional R1 (B) 05/12/17).

O resultado de uma autoanálise coletiva os faziam perceber o movimento de fragmentação, o quanto era preciso fazer junto e o ato de colaborar tomava algum sentido. Me concentrava em manter o grupo atento para a resistência, para a roda que se perdia em aulas

enfileiradas, para a discussão sobre o processo de trabalho nas equipes, para lembrar a profecia da colaboração.

“A vivência e a reflexão sobre as práticas são as que podem produzir incômodos e disposição para se produzir alternativas” (MERHY, 2013a, p. 590). Alguns exemplos de atuação na comunidade que potencializam o trabalho colaborativo foram os grupos de promoção de saúde planejados de acordo com a realidade de cada território. O que observei em todas as unidades é que os grupos de promoção e educação em saúde são momentos muito importantes para integração principalmente entre residentes e ACS, já que na maioria das vezes médicos e equipe de enfermagem não participavam devido a outras demandas como atendimento individual e acolhimento. Houve algumas exceções em que a enfermeira e a dentista organizavam a sua agenda de modo a participar de pelo menos 1 ou 2 grupos.

Destaco a observação que fiz na equipe Castanheira, responsável por um grupo de promoção de saúde com as crianças que acontecia na quadra da comunidade em um território de alta vulnerabilidade social. As atividades consistiam de brincadeiras, jogos, contar histórias, momentos de acolhimento, escuta, negociação e aprendizagem. A equipe Castanheira reconhece uma forte relação construída com a comunidade e como reflexo deste trabalho em equipe, as residentes (todas mulheres) buscavam estratégias em prol do cuidado integral de forma articulada e com muita segurança. No entanto, havia uma cobrança interna para a manutenção deste status, o que muitas vezes resultava em sofrimento emocional da equipe, um misto de cansaço e motivação.

Características do trabalho desta equipe refletem no trabalho das residentes. A equipe entendia a necessidade de momentos de negociação na reunião de equipe, mantinha boa comunicação inclusive com uso de aplicativos de mensagens e matriciamento informal no momento do café, momento considerado importante na organização do processo de trabalho. Seu movimento instituinte estava em sua autocrítica e no sentimento de corresponsabilidade com a saúde da comunidade, contrabalanceados por um sentimento de muita cobrança e vontade de ser reconhecido pelo trabalho realizado. Como ocorre em muitas equipes, a enfermeira era a profissional de referência para os residentes na falta do tutor de campo.

Apesar de se sentirem desacompanhados por um tutor de campo, as residentes da equipe Castanheira (Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Nutrição) reproduziam a dinâmica da equipe nas atividades cheias de proatividade, criatividade e forte integração e compromisso com a comunidade. Com os ACS, elas trabalhavam juntas no planejamento e execução das atividades, troca de informações e manejo de grupo. Os residentes conseguiam se aproximar das ACS de uma forma diferente do que de outros profissionais, uma

vez que o trabalho dos ACS tem foco no acompanhamento de famílias, esse trânsito entreprofissional (HENZ et al., 2013) era mais possível. No entanto, havia ainda uma hierarquia e divisão técnica do trabalho já que o planejamento da atividade geralmente ficava sob responsabilidade dos residentes e, o momento do registro da atividade, dos ACS.

Assim, na insistência resistente em manter o funcionamento habitual da equipe, o residente se mostra preocupado em tomar a frente na gestão dos grupos de promoção de saúde:

“a gente sempre lutou com isso por exemplo alguns dos grupos quem está na ponta é a (ACS1) e a (ACS 2)... que vai sair... Então na verdade é a gente e não tem ninguém da equipe mínima mas a equipe mínima precisava assumir o grupo.” (Residente Fonoaudiologia R1 (A) 12/09/17).

Dessa forma, permanecem em resistência na criação de muros interprofissionais, no entanto, há ainda limites a serem analisados, como por exemplo, o fato de o residente ocupar “confortavelmente” a liderança dos grupos, pois ao mesmo tempo, encontra um lugar significativo, que o aproxima do usuário.

Com as crianças, havia a preocupação de criar um ambiente de aprendizagem, de diálogo, com divisão de tarefas e responsabilidades. Elas demonstravam um certo apego ao grupo de crianças, reprodução de um lado materno cuidadoso, que identifiquei como protetor das crianças consideradas em vulnerabilidade. Momentos da descoberta de um trabalho comum, entreprofissional (HENZ et al., 2013). Um movimento que marca a forte implicação das residentes com as crianças, ocorreu posteriormente ao momento de observação, quando, a fim de garantir a manutenção do grupo, as residentes relataram um movimento intersetorial na busca pela cobertura do espaço recreativo que envolveu esforços da equipe, especialmente das residentes e de líderes da comunidade, com a criação de um trabalho colaborativo em rede (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

Represento na Figura 5 abaixo como a Instituição Formação em Serviço é atravessada pelas implicações profissionais dos residentes e que por vezes tendem à produção de vida, aos encontros e à criação de ambientes em que há troca de saberes com a comunidade. Em outros, seus atores caem no instituído e se aproximam à reprodução de saberes de forma hierarquizada e prescritiva. Eles caminham entre a potência e impotência como foi mencionado por um dos residentes.

Figura 5 – A formação em serviço entre a Produção e a Reprodução

Fonte: elaborado pela autora com uso da ferramenta *lucidchart* - Lucid Software (2019).

Para discutir esta perspectiva mais subjetiva do que nos leva a trilhar caminhos diferentes, tomo como referência o trabalho de Figueiredo (2018), que disserta sobre os coletivos como territórios de afetos. A autora, com base na noção de ética de Espinosa, escreve sua tese a partir de como os afetos de alegria e de tristeza levam nosso corpo a dançar em diferentes ritmos (FIGUEIREDO, 2018). Os afetos tristes, des-pontencializados, produzem pouca vida, ensinam pouco ou nada, pois provocam em nós um “endurecimento na capacidade de produzir aberturas ao sensível” (FIGUEIREDO, 2018, p. 110).

Na tristeza somos tomados pelo desejo da falta, melancolia, servidão, medo e ficamos impotentes para pensar e agir em grupalidade (FIGUEIREDO, 2018), então me encontro menos com o outro, não estou aberto à interação e à troca. Por outro lado, em um corpo alegre o desejo não é a falta, o desejo é de potência, e somos envolvidos por sentimentos como liberdade, amizade, amor e caminhamos para o encontro (FIGUEIREDO, 2018), desta forma, construímos projetos comuns e produzimos vida em coletividade, estamos abertos ao encontro com o outro. O desafio está na criação de ferramentas para inverter os fluxos dos afetos (FIGUEIREDO, 2018).

Despertar para nossas resistências em criar ou não encontros é importante neste processo coletivo que é a produção de saúde enquanto produção de vida. Reconhecer como produzimos o cuidado ao usuário seria o primeiro passo para que possamos transitar entre afetos tristes e alegres. E no processo da pesquisa-intervenção, eu também fui tomada por estas contradições, afetos e resistências.

Retomando o espaço de formação comum, diante da nova organização com professores convidados sugeriram mudanças na minha participação na pesquisa, pactuamos uma redução

no tempo de análise de práticas para os 15 minutos iniciais de cada aula e eu desligava o gravador no momento da aula, por respeito às questões éticas. Nas pesquisas participativas, uma vez que movimentos de autoanálise desestabilizam os objetivos iniciais da pesquisa, produz-se o contrário, há efeitos inevitáveis de transformação, neste caso, o movimento foi o de desmanche do momento da análise de práticas. Para Rurka (2017, p.107) esta fase já é esperada, “é o sentido da pesquisa”.

Na minha resistência à finalização da pesquisa, decidi ampliar o dispositivo com a discussão de um texto sobre o conceito de co-gestão e o compartilhamento de poder (CAMPOS, 2000). Pesquisei um artigo que abordasse o assunto e enviei um e-mail sugerindo a leitura prévia para discussão relacionando o vivido no MTC bem como no trabalho nas USF. Eu também resistia aos mecanismos de controle, também vivi o efeito Lapassade (HESS; SAVOYE, 1993), tentava burlar a ordem estabelecida e criar formas de continuidade da pesquisa, e que teve como efeito: *“Resistência! Eles não queriam mais um horário para leitura de textos, estavam resistentes, não estava fazendo sentido esta forma de análise, senti que o grupo se dissolvia.... Mas, ele alcançou seu objetivo? Este foi o penúltimo encontro, significava também um processo de despedida”* (Diário de pesquisa – após Grupo de reflexão -16/01/2018).

5.4 Resistências no processo de trabalho-aprendizagem

5.4.1 A INTERFERÊNCIA INTERPROFISSIONAL COMO ANALISADOR DAS RELAÇÕES DE SABER-PODER

Para alguns residentes, as relações interpessoais pesam no momento de decidir as atividades conjuntas, as possibilidades de encontro nas unidades de saúde dependem tanto da grade horária de cada residente e da presença de alguns profissionais nas equipes que possuem diferentes composições. Assim, mesmo que haja a disponibilidade daquele profissional para trabalhar junto, e a tentativa dos tutores em manejarem horários comuns, algumas vezes este desencontro nas equipes é tido como elemento que atravessa o trabalho colaborativo. Analisar as implicações organizacionais e o tempo que dedicamos a certas tarefas é importante também para compreender estes entraves ao encontro.

As relações de saber e poder foram reveladas a partir do encontro interprofissional. As interferências institucionais (MONCEAU, 2013a) entre diferentes profissões - que denomino de interferências interprofissionais - estavam presentes no momento em que as instituições

(intrínsecas às diferentes profissões) se chocaram, se cruzaram e disputaram entre si, tensionando resistências.

Neste sentido, a análise das implicações estrutural-profissionais (BARBIER, 1985) contribuiu para enunciar as posições dos residentes no sistema de produção, e nas relações de produção, colocando em questão a autonomia dos profissionais, o diálogo e a comunicação interprofissional. Nessas interferências, as implicações organizacionais e ideológicas provocavam resistências a um modelo mais integrado de trabalho.

Esta dinâmica se refletia no fortalecimento de um modelo de atenção que muitas vezes priorizava atendimentos em série, individuais, em detrimento de visitas domiciliares ou atendimentos compartilhados, e na resistência do residente ao trabalho colaborativo:

“a dificuldade em implementar essa ideia (de atendimento compartilhado) na verdade é de como a gente se organiza para o médico conseguir ficar comigo no mesmo horário por conta da agenda dele.” (Residente Fonoaudiologia R1 (A) 29/08/2017)

“eu não consigo (fazer visitas domiciliares) pela questão do meu horário não bater com horário de visita que elas (auxiliares de enfermagem) estão disponíveis...” (Residente Fonoaudiologia R1 (A) 06/02/2018).

Estas relações de organização de agenda (analisador tempo) regem o trabalho em equipe em um modelo de gestão do trabalho com base na produção de saúde enquanto máquina quantitativa. A fim de garantir o acesso a todos os usuários que demandam por atendimento na unidade, isso ocorre principalmente nos territórios de muita vulnerabilidade social, como é o caso do contexto estudado. Ainda, estas práticas têm efeitos na saúde do trabalhador que se queixa de sobretrabalho. Os profissionais de saúde são guiados tanto pela dinâmica do trabalho como pelo contexto em que vivem, de forma que colaborar com o outro não depende só de um esforço para que o paciente seja melhor entendido, colaborar é resultado de um processo de relações humanas, em que o profissional também tem que querer estar junto com o outro (D'AMOUR et al., 2005).

Um elemento importante é a aproximação ou afastamento dos residentes multiprofissionais dos profissionais médicos (tanto médicos da unidade como médicos residentes). Os (des)encontros da classe multiprofissional e da classe médica passa menos pela agenda e mais pela disponibilidade e/ou resistência a estarem juntos.

Alguns médicos estão mais abertos ao diálogo, mesmo que seja nos momentos informais na cozinha para discussão de casos:

“no café, fazemos tipo um Balint” (Residente Psicologia R1 (A)).

O Residente se referiu ao grupo *Balint* de análise de práticas, entre outros momentos de matriciamento entre residentes multiprofissionais e médicos. Estes movimentos de aproximação interprofissional questiona o poder médico e abre espaço para o reconhecimento dos microespaços como a cozinha como possíveis para a colaboração, caminhos da EPS em movimento (MERHY, 2013b).

Diante da justificativa da falta de tempo para atender junto, justificada pela alta demanda e complexidade de casos na AB, algumas equipes tentaram instituir uma agenda integrada para atendimentos compartilhados entre residentes multi e médicos. Porém, atividades como essa eram alvo de boicote de ambos os lados, sempre havia algo que era prioridade na agenda, mais uma vez o efeito Lapassade tensionava para a criação de mecanismos de controle institucionais (HESS; SAVOYE, 1993; MONCEAU, 2002b) e a dinâmica institucional, resistente à colaboração, mantinha o instituído do cuidado fragmentado.

Este encontro era estimulado quando os médicos sentiam necessidade e acionavam os residentes para algum atendimento compartilhado, o que reforçava a disputa entre poder médico e paramédico, reproduzia o modelo médico-centrado. Paramédico, do grego, *pará* (próximo de) + médico, significa: “que ou aquele que atua em determinadas áreas auxiliares da medicina, sem ser médico.” (MICHAELIS, 2019).

Na França as profissões paramédicas (em francês *paramédicaux (pl)*) são não-médicas mas que atuam junto aos médicos. Quando estive na França para o estágio doutoral pude visitar alguns contextos de formação em saúde e percebi que os poderes de diagnóstico e terapêutica são bem delimitados entre médicos e profissionais paramédicos. Em uma situação de simulação de urgência e emergência por exemplo, o médico é o líder instituído para pensar as ações necessárias, pedir exames (radiografias) e determinar intervenções, os paramédicos (por exemplo, enfermeiros e fisioterapeutas) podem opinar, mas a decisão não é compartilhada. Há uma legitimação por parte do Estado, tanto por meio de leis e do diploma de Estado, uma certificação de formação universitária, enquanto que algumas profissões paramédicas iniciaram seu processo de universitarização há menos tempo (como a enfermagem e a fisioterapia) (FRANCE, 2018).

O posicionamento paramédico a que me refiro é o de um profissional de saúde que mantém um modelo médico centrado e que pauta suas ações a partir do poder médico. Mas

sempre havia resistências e brechas para colaboração. Algo que me chamou a atenção em algumas situações foi a resistência feminina em enfrentar esta dinâmica, em que interferência institucional de gênero, neste caso, a relação interprofissional entre as mulheres residentes abria essa brecha para colaboração. As mulheres eram a maioria e percebi estarem mais à vontade para trabalharem juntas, com ocasiões em que houve maior compartilhamento de saberes entre residentes mulheres.

Na unidade Jacarandá, presenciei um atendimento conjunto entre a Fonoaudióloga, a Fisioterapeuta e a Médica-residente (que fez a primeira graduação em fisioterapia). A usuária, jovem adolescente, estava em acompanhamento e tratamento de uma paralisia facial, e estava contente com a melhora de seu quadro pois “já conseguia sorrir sem ficar com o rosto torto”. Em seu exercício de prática colaborativa, além de uma conversa horizontal sobre o tratamento, houve interação sobre qual seria a melhor decisão na resolução e cuidado com a jovem, que tinha vergonha de sorrir. A escrita de informações, observações e saberes no prontuário foi utilizada como ferramenta para o matriciamento. Este encontro potente me instigou a pensar, e se a médica não tivesse cursado a graduação de fisioterapia? Será que a relação de poder seria outra?

De qualquer forma, me marcou o encontro do feminino como resistência a favor do cuidado colaborativo. Na combinação mulher-médica-residente e mulher-multi-residente o compartilhar fluiu, houve parceria, houve diluição do saber-poder. A mulher-médica abriu espaço, uma brecha, que permitiu a interprofissionalidade diante da possibilidade de captura pelo poder médico instituído. Estes movimentos em favor da prática interprofissional estavam relacionadas às implicações profissionais de cada um dos envolvidos (MONCEAU, 2008): do quanto estavam dispostos a trabalhar juntos (D’AMOUR; OANDASAN, 2005), do grau de vínculo com o paciente e vínculo interprofissional com as parceiras de trabalho (implicação libidinal), da possibilidade de horário comum na agenda para tal (implicação organizacional). E também do quanto estavam interessadas na resolução do caso ou se acreditavam que esta prática colaborativa iria ser resolutiva para o sucesso da resolução do caso (implicação ideológica com o cuidado integral). Em complementaridade, era importante reestabelecer a estética prejudicada, despertando outras implicações de caráter afetivo-libidinais entre as mulheres, com objetivo comum de proteger a aparência da jovem.

Podemos pensar que para o trabalho interprofissional há certas implicações profissionais (Organizacionais, Ideológicas e Libidinais) (MONCEAU, 2008a), que são

ativadas quando os atores encontram um projeto comum para investir suas energias (ELLERY, 2012), de forma que a análise de implicações pode apontar os caminhos da interprofissionalidade.

A construção deste projeto comum em equipe passa pelo entendimento destas interferências interprofissionais. A vivência da restituição na Unidade Andiroba me ajudou no entendimento de que a equipe também está em processo de aprendizagem e que lidar com pessoas novas no trabalho é de certa forma desgastante devido ao tempo de cada profissional no estabelecimento de vínculo. A equipe fica resistente diante da construção de seu projeto comum quando é atravessada pela descontinuidade dos residentes e tem que enfrentar em uma construção-desconstrução periódica:

“A equipe tem que ser forte, se adaptar, ter energia emocional para trabalhar com os problemas da comunidade e ao mesmo tempo, com a alternância de profissionais, pessoas novas, que não se conhecem e tem que aprender a trabalhar juntos.” (Diário de pesquisa - restituição Equipe Andiroba - 23 de janeiro de 2018). E acreditam que estão sempre trabalhando em colaboração: *“Durante a restituição às equipes perguntei quando a equipe Andiroba identificava que estava trabalhando colaborativamente. Em que momentos e espaços? E eles responderam: “o tempo todo”, apontaram o momento do grupo, do acolhimento, do atendimento, “até na hora do cafezinho.”* (Diário de pesquisa – restituição Equipe Andiroba - 26 de janeiro de 2018).

Assim, por vezes a equipe de residentes se mostrava fragmentada e pouco integrada às equipes, e por vezes encontrava projetos comuns que alimentavam sua implicação com o trabalho e a formação interprofissional. A partir do encontro das subjetividades ali, iam tecendo formas de estarem juntos. A criação da reunião de “matriciamento” da equipe Sapucaia ilustra estas experiências de integração rodeadas de interferências institucionais e de resistências entre o poder médico e não-médico:

Nesta equipe, a médica era a principal profissional de referência, atuava no papel de preceptora dos residentes multiprofissionais, acolhia suas demandas no cotidiano. A proposta que vivenciei envolvia profissionais da medicina, incluindo os residentes médicos, graduandos em medicina e residentes da “multi” (como eles costumavam se chamar). O espaço acolhia demandas do atendimento médico especificamente, outras atividades de formação comum a outros membros da equipe, eles abordavam nos momentos denominados de EPS na reunião de equipe. Observei um encontro em que a residente fisioterapeuta explicava sobre as articulações,

com foco no órgão “ombro”, utilizava imagens, linguagem técnica e a memorização de uma série de sete ou oito exercícios (e seus nomes).

Havia uma interferência entre o poder médico em demandar por temas a ele pertinentes e o poder-saber da fisioterapeuta, à disposição com seu saber especializado, atuando em sua prática-residente paramédica, exercia seu poder de formação, mantinha-se integrada e atendia à demanda médica assim que requisitada.

Quais seriam as possibilidades de atuar naquela posição de “paramédica”, alguém orientada à atender à demanda médica ou a necessidade do usuário? Não havia trocas, o compartilhamento era unidirecional, havia relações de poder bem estabelecidas, e resistências. Neste caso, os residentes habitavam um território de negociação com os médicos, e assim, se sentiam parte de um projeto comum, o cuidado médico-centrado. Esta posição de resistência no momento integrativo (MONCEAU, 1997) tensionava as forças para o desaparecimento da resistência diante do poder médico, e forças na interface da integração conflituosa, “na qual se livram os bons alunos” (MONCEAU, 1997, p. 55).

Sua resistência nesta posição paramédica ou de matriciamento paramédico alimentava o acúmulo de tensões, conflitos, em uma manobra para evitar o desmanche institucional, assim, o residente preservava a formação em serviço ao lado dos médicos (mas não integrados a eles) às custas do desaparecimento de sua resistência, cediam ao poder médico, negavam a integralidade. A adesão de mais residentes multi era essencial para a continuidade deste espaço: *“Que temas a psicologia poderia matricular? Que demandas teriam para a TO? Teriam que encontrar algo no campo da especificidade para matriciamento dos médicos e tiveram dificuldade de identificar algo dentre tantos temas de interesse de todos da equipe.”* (Diário de pesquisa observação equipe Sapucaia setembro de 2017).

A resistência a mudanças em seu processo de trabalho, uma tarefa desafiadora, reafirma a reprodução do modelo médico-centrado e a residência multiprofissional mais uma vez se paralisa diante de sua profecia inicial. O residente multiprofissional passa a atuar como um residente paramédico, pois reproduz o instituído de centralidade no poder médico, corroborando com a intencionalidade corporativista prevista na Lei do ato médico (BRASIL, 2013). Diante de sua estratégia de matriciamento, o residente encontra espaço para sobrevivência, em um espaço protegido pelo poder e corporativismo médico. Aciole (2006) publicou uma análise sobre o então projeto de Lei do ato médico e nos explica que, quando trata-se da prática na atenção primária e terciária, abre-se uma brecha para o cuidado de outros profissionais. A

própria lei reconhece ações multidisciplinares no campo da recuperação e reabilitação, a fim de garantir a integridade funcional ao paciente. No entanto, o autor afirma que esta permissão dos médicos é limitada, uma vez que cuidar do diagnóstico e tratamento das doenças deve ser estritamente um poder do médico, e não dos “outros” profissionais, independente do serviço (ACIOLE, 2006).

A depender do tipo de relação que se estabelece dentro das equipes, ela pode se constituir como atravessamento ao trabalho interprofissional, isto é, atuar a favor do instituído uniprofissional, mesmo não parecendo, mesmo disfarçado de reunião de matriciamento “paramédico”.

E muitas vezes o residente é visto como:

“um eterno estagiário” (Residente Psicologia R2 (A)).

Esta residente relatou pouca autonomia, a comparação com o residente que a antecedeu e a cobrança da equipe por atendimento. Há interferências institucionais na dimensão do Cuidado que refletem no fortalecimento de um modelo de atenção procedimento-centrado e, em um modelo de formação tecnicista que afasta o residente de seu objetivo final, a integralidade do cuidado, acompanhado de uma demanda do mercado de trabalho pela formação de especialistas.

As interferências institucionais de diferentes ordens revelam a manutenção das relações de poder hierarquizadas entre os membros da equipe, favorecendo a formação uniprofissional e colocando em questão a formação multiprofissional que é proposta pelo Estado. Os residentes por vezes se recusam a aderir a estes valores institucionais e resistem ao processo de legitimação estatal (MONCEAU, 2002b). Não podemos deixar de discutir os desafios da formação em serviço frente ao baixo investimento em recursos humanos e materiais, a precarização do trabalho dos profissionais de saúde reflete a desvalorização desta política. A posição dual do residente entre ensino e serviço indica tanto uma potência de produção de vida a partir da realidade, como uma vulnerabilidade diante da captura pela máquina de trabalho. Silva (2017) mostra que as contradições estão impregnadas na trajetória histórica das RMS e a própria legislação trai sua profecia inicial ao definir condições de trabalho precárias, com a exigência de 60 horas semanais, o que desestabiliza a potência da proposta inicial de formação.

Na direção de sua potencialidade na produção de vida, as relações interprofissionais na residência colocam algumas profissões no centro do cuidado interprofissional, e dizem respeito ao quanto estas profissões identificam nos encontros aquilo que lhes é comum, e como “conseguem” trabalhar coletivamente, evidenciando o desenvolvimento de competências interprofissionais (CECCIM, 2018). Os residentes apontam que a depender do encontro, seja nas USF ou no hospital, alguns profissionais tem maior permeabilidade nos diferentes espaços para interagir com diferentes profissões. Neste contexto, a Terapia Ocupacional (TO) foi a profissão de maior permeabilidade. Medina (2016) aponta que a interdisciplinaridade está implícita no discurso e nas práticas dos TOs. Para a autora, há um compromisso ético-político entre os profissionais TOs latino-americanos com as questões relacionadas ao atendimento das necessidades de saúde e em especial com a emancipação dos usuários dos serviços. Por isso, o profissional da TO nas RMS tem se posicionado cada vez mais como mediador do cuidado em saúde por meio da inserção em contextos educativos, na organização do trabalho na perspectiva da interprofissionalidade e no desenvolvimento de habilidades interprofissionais com foco no cuidado integral (MEDINA, 2016).

Historicamente seu laço é forte com a fisioterapia, inclusive com mesmo conselho profissional, com a qual atua principalmente em atendimentos com foco na reabilitação e tratamento de doenças crônicas. Nesta pesquisa, a TO demonstrou forte ligação com a Psicologia, e a Odontologia (na AB) e com a Fonoaudiologia (na atenção secundária). Com participação na maioria dos grupos de promoção de saúde, devido às demandas de “trabalho com grupos”, e apesar de sobreimplicada com a permeabilidade de sua profissão, esta foi uma profissão que contagiou as demais a trabalharem juntas:

“é porque a TO lida com a ocupação humana e a ocupação humana é tudo! então a gente se envolve em todos os aspectos...” (Residente Terapia Ocupacional R2 (A) 06/02/2018).

Em duas unidades, as residentes da TO (R2) se destacavam na gestão da maior parte dos grupos. Entendi que o vínculo com a equipe e a comunidade eram facilitadores para que elas ocupassem este papel, além de se esforçarem em ter uma agenda compatível.

Outras profissões consideraram suas relações mais pontuais por exemplo, o trio Psico-Fono-TO na resolução de casos de disfunção de fala por exemplo, ou as duplas Farmácia-Enfermagem ou Farmácia-Medicina, ligadas à pós-consulta com necessidade de orientação farmacêutica, uso de medicamentos para diabetes ou hipertensão. As atividades de promoção

de saúde são aquelas que envolvem mais residentes em interação, momentos em que eu observei a Odontologia encontrar com a TO no grupo de danças circulares, ou quando a Farmácia, a Fisioterapia e a Nutrição se reuniram para planejar o grupo para pacientes diabéticos e hipertensos. O cuidado às doenças crônicas, parece ser um elemento transversal que convida a estas interações de maneira mais frequente, porém há momentos em que os profissionais são capturados por outras demandas do cotidiano, cada profissional atende o usuário em momentos diferentes e o caso é compartilhado em reunião de equipe ou pela anotação no prontuário.

Penido e Romagnoli (2018) lembram que devemos despertar para a clínica da autonomia quando pensamos ações de promoção de saúde. Para as autoras, a partir de atividades que provoquem para a transversalidade, podemos potencializar os graus de autonomia, legitimar as políticas de saúde e repensar a forma com que nos comunicamos, uns com os outros, propondo o borramento de fronteiras entre saberes, e desestabilizando as relações de poder no trabalho e com os usuários.

As implicações organizacionais vão além da agenda, as condições de trabalho, a planta dos imóveis, e disposições dos móveis e locais preferidos de trabalho revelam sobre essas inter-relações, sobre suas implicações estrutural-profissionais (BARBIER, 1985): *“Qual o tempo e lugar para trabalhar em equipe? Vejo que a equipe médica e de enfermagem trabalha mais junto, quero dizer que os espaços onde eles transitam dentro da unidade favorecem que estejam mais juntos: consultórios, sala inter-consulta, corredor de acesso aos consultórios. Os residentes da multi ficam em um espaço separado, do lado de fora e dizem que estão ali por que está quente, o calor atrapalha. E não há espaço para todos em uma sala só, eles têm que se dividir, uns ficam dentro (equipe médica e enfermagem) e outros ficam fora (equipe multi). Dizem que quando precisam também podem dividir o espaço de dentro, mas que também trabalham bem assim (de fora). Sei da impossibilidade de planejar o espaço nas unidades já que são casas residenciais alugadas e que não há possibilidade de abrir caminhos/quebrar as paredes, porém reflito sobre como o espaço interfere e demarca algumas relações no trabalho, as paredes nos dizem sobre as relações entre eles”* (Diário de pesquisa observação Equipe Andiroba setembro de 2017).

As implicações na organização do espaço de trabalho revelam uma comodidade de estarem fora porque podem se esconder, não serem vistos ou solicitados para estarem em alguns espaços (como atendimentos compartilhados ou visitas). Em todas as equipes, eles sentem a necessidade de encontrar um território multi, uma sala multi, um consultório multi. Por um lado, a ocupação destes espaços “conquistados” revela como as diferentes profissões ocupam

diferentes posições no processo de trabalho e cuidado ao usuário. Por outro, os residentes demonstram as dificuldades em serem inventivos diante do trabalho burocrático dentro dos muros da unidade e não resistem, abrem a agenda para demandas como o preenchimento dos prontuários pós-consulta individual ou para fazer a pesquisa do TCR. Ainda, são nestes espaços que borbulham trocas, que são pensadas conjuntamente as atividades coletivas, os grupos ou visitas.

O modo de fazer a gestão do trabalho em equipe envolve aspectos das relações de saber-poder e de como o residente se vê neste contexto. Na equipe Seringueira participei de uma reunião em que a enfermeira propôs a discussão de um caso de saúde mental, que envolvia adesão ao tratamento, autocuidado e hábitos de vida diária. Estavam presentes residentes multiprofissionais da Farmácia, TO e Nutrição, e inicialmente pensei que todos poderiam contribuir no caso e fiquei nesta expectativa. Apenas o R2 da Farmácia, que já conhecia o caso se colocou com sugestões de encaminhamento, havia alguns aspectos que necessitavam de cuidado, mas houve silêncio. Tive a oportunidade de conversar com o residente TO sobre seu silêncio diante do caso, ele relatou que havia identificado muitas condutas que envolvia seu núcleo de saber, no entanto, não se colocou, não falou nada diante da equipe. E por quê? Se sentia desmotivado por trabalhar nesta equipe, não se esforçava para o trabalho em equipe, pois não se sentia valorizado, ou incluído. E isso poderia ter reflexos no cuidado ao usuário, seu silêncio colaborava para a falsificação da profecia. Por outro lado, o fato de o discurso e práticas do TO ser diverso e interdisciplinar pode tornar difícil o seu reconhecimento pela equipe (MEDINA, 2016)

Monceau (2018, p. 2) chama a atenção que este movimento de “isolamento se transforma facilmente em uma clausura dentro da qual as relações de poder entre profissionais tornam-se cada vez mais difíceis”. Este autor afirma que a instituição se reflete nas práticas, no modo como lidamos com nossa formação, com nosso trabalho, e no quanto permitimos a circulação da palavra (MONCEAU, 2018). Como podemos vislumbrar uma transição no modelo de formação em serviço em que a colaboração seja o motor desta máquina? Em que as relações de poder possam ser repensadas?

5.4.2 A TUTORIA DE CAMPO COMO ANALISADOR DAS RELAÇÕES DE SABER-PODER

As Diretrizes dos programas de Residência Multiprofissional criada pela Comissão Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2012) preveem o acompanhamento do processo trabalho-aprendizagem no cotidiano dos serviços com dois atores, o tutor de campo e o preceptor. O tutor de campo é responsável pela orientação e discussão teórica, teórico-prática e prática tanto do residente como do preceptor no âmbito do campo de conhecimento - neste caso, atenção integral à saúde - integrando os diferentes núcleos profissionais, inclusive a residência médica, com reuniões periódicas e planejamento de ações para qualificação dos serviços (BRASIL, 2012). Já o preceptor de campo deve acompanhar diretamente as atividades nos cenários de prática. Na atuação na atenção básica, em que há discussões comuns acerca do processo de trabalho na ESF, o preceptor pode ser de área profissional diferente dos residentes (BRASIL, 2012).

Nesta pesquisa-intervenção, entendo a tutoria de campo como ferramenta para realizar o acompanhamento no cotidiano do trabalho, e, muitas vezes, a ausência dela, revelou as fragilidades no processo trabalho-aprendizagem dos residentes. Por isso, o “fazer” da tutoria de campo se constituiu como analisador das práticas. Nessa discussão, escolhi olhar o acompanhamento a partir da leitura de Laurence Cornu (2015, p. 11), em que acompanhar é estar em companhia, é “cuidar daqueles que aprendem a cuidar de um objeto comum”. Aquele que acompanha é alguém que constrói uma relação de reciprocidade, que caminha junto enquanto conversa, escuta, traz questionamentos (CORNU, 2015).

Nas sessões de análise de práticas, tentei traduzir aquilo que incomodava os residentes, instigando-os a explorar esta questão: “*o diálogo entre residentes e preceptores do serviço e tutores de campo poderia ser fortalecido*” (Narrativa 29/08/2017). A construção desta pesquisa junto aos residentes e outros atores do programa mostrou que são muitos os entendimentos, sentidos e atravessamentos para o acompanhamento na formação em serviço e a presença de um acompanhador foi uma demanda explicitada pelos residentes. Para eles, a ausência de tutoria de campo se explicava, entre outras questões, pela falta de tempo na agenda:

“...às vezes eles tentam acompanhar mas... muitas vezes eles não têm dedicação exclusiva [] Cada um trabalha em um horário específico, com uma carga (horária).” (Residente Odontologia R1 (A) 29/08/2017).

Esses arranjos de acompanhamento são diferentes para cada cenário de prática pelos quais transitam os residentes. Na atenção primária, o programa de residência se organiza a fim de garantir que um docente - tutor de um núcleo específico - seja nomeado para a função de tutor de campo em uma das unidades de saúde. Na ausência do tutor de campo, a discussão de questões comuns de aprendizagem do eixo transversal do programa, atenção integral à saúde e

o cuidado às doenças crônicas, pode ser desempenhado por diferentes profissionais dentro da equipe mínima, e muitas vezes é a enfermeira que cumpre este papel.

Em relação à preceptoria, com algumas exceções, há pouca disponibilidade de profissionais da mesma área profissional contratados na AB para atuarem nesse papel. Uma exceção é o caso dos odontólogos, que contam com profissionais contratados nas unidades em que os residentes são alocados, além de contarem com docentes odontólogos que fazem a tutoria em campo. De forma geral, o acompanhamento das atividades específicas é feito no período da tutoria de núcleo, ou de área, longe do campo, geralmente no espaço da Universidade.

A análise das práticas dos residentes revelou as resistências do tutor em estar no campo e atuar no apoio à equipe. A partir da análise destas resistências foi possível esclarecer alguns movimentos da dinâmica institucional, suas contradições e desafios. Ainda, esta dinâmica de presenças e ausências de tutores e preceptores no campo envolve múltiplos fatores e fragilizam a formação na perspectiva da interprofissionalidade em suas diferentes dimensões (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Em uma dimensão macro, este distanciamento do tutor/preceptor do campo é reflexo de poucos investimentos governamentais que reproduzem um modelo de formação integrado muito frágil nos serviços da AB, como representado na Figura 6 abaixo. A preceptoria não é uma função valorizada com incentivos financeiros neste município, uma ampla realidade nas RMS. No entanto, corroborando o poder médico nesta dimensão macro, há bolsa-formação para os médicos participantes do curso de especialização em preceptoria para os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, parte do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2016b).

Em uma dimensão meso, é resultado de disputas intra-institucionais dentro da Universidade que tem limitações em relação a estas contratações e grande competição em relação a outras atividades prioritárias, como a produção científica, algo que exploraremos mais adiante. E em uma dimensão micro, há diferentes implicações de cada um dos envolvidos: com a proposta da ESF, com o entendimento de tutoria, de compartilhamento de saberes, de direcionamento em relação ao processo de trabalho em equipe, de disponibilidade de tempo e organização de sua agenda para irem até às unidades (FIGURA 6).

Figura 6 - Resistência à colaboração na Formação em Serviço na atenção básica e as interferências institucionais

Fonte: elaborado pela autora com uso da ferramenta *lucidchart* - Lucid Software (2019).

Com apoio na AI, especialmente nos conceitos de instituição (LOURAU, 2014) e resistência (MONCEAU, 1997), e na conjunção destes com as dimensões propostas por D'amour e Oandasan (2005) para a implementação da Educação e Trabalho Interprofissional, a Figura 6 representa as interferências institucionais presentes no movimento de resistência à colaboração na Residência multiprofissional. Além dos aspectos relacionados ao gerencialismo e ao Estado, que foram abordados no capítulo anterior sobre as Resistências na Formação Comum, complementam este panorama as implicações profissionais de seus atores na Instituição PESQUISA presentes no processo de trabalho-aprendizagem.

Em relação às práticas (uniprofissional, multiprofissional ou interprofissional), a resistência tende à assimilação, a fim de evitar a extinção, o desmanche, no entanto, nessa direção, o poder da fragmentação vence e a resistência é reprimida, o que acumula tensões e conflitos (MONCEAU, 1997). Na interface da sobrevivência, os residentes tomam o caminho conhecido e seguro da prática uniprofissional. Outros habitam novos territórios e na interface da integração conflituosa, com práticas ainda fragmentadas, mas que indicam certa interdependência do poder vigente (na posição de paramédicos, por exemplo). No entanto, são tímidos aqueles que se aventuram na intransigência, que portam um caráter mais ofensivo em suas práticas e que enfrentam o poder instituído, são ainda poucos aqueles que se sentem empoderados a ponto de constituir um novo poder contrainstitucional a partir da colaboração.

A presença da tutoria de campo pode nos indicar alguns elementos importantes para pensarmos o quanto as equipes têm caminhado ou não na direção do fortalecimento do trabalho e da formação interprofissional. Na equipe Jacarandá, a tutora de campo, da área da odontologia, estava presente periodicamente, e, diferente das demais equipes, a enfermeira não ocupava um papel central de apoio aos residentes, mas havia suporte de liderança de outros atores como a coordenadora - representante da Universidade no serviço. Na observação de alguns espaços de trabalho como a reunião de equipe semanal, notei que os residentes da multi R1 pouco se colocavam, ficavam mais silenciosos e pareciam ainda pouco integrados à equipe, enquanto os R2 se posicionavam mais seguramente. A observação da circulação da palavra neste espaço revelava sobre as relações de poder entre residentes e demais profissionais da equipe e indicava resistências em diferentes direções. Tanto pela dificuldade de inclusão dos residentes como membros da equipe, profissionais de passagem por dois anos, como pelo peso sobre a equipe da função formação (além da assistência).

Diante desta dinâmica, fui observando as interações entre os profissionais no momento seguinte, a tutoria de campo. Esta ocorria na sala dos residentes multiprofissionais, um anexo no fundo da casa que abriga esta equipe. Era uma sala pequena, com um computador e um armário para organizar pertences e material lúdico para as atividades de promoção de saúde. Um encontro estava previsto na agenda (da tutora e dos residentes) para discutir o processo de avaliação da residência, de autoavaliação do residente e uma avaliação da equipe sobre o processo de trabalho do residente naquele ano. Além disso, foi um momento de retomar a autoavaliação (muito positiva) que a equipe fez referente ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ).

Sentados em roda, os residentes (Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia e Odontologia) refletiram sobre a avaliação do PMAQ, motivo de incômodo para a equipe que se avalia sempre muito positivamente. Os residentes puderam olhar para aquilo que os incomodou, chamou atenção e aquilo que poderia melhorar e fizeram questionamentos sobre o processo de trabalho-aprendizagem na equipe. Discutiram suas dificuldades com o e-SUS, a confiabilidade dos dados, erros de digitação que podem atrapalhar o planejamento das ações em equipe e sobre a importância da alimentação correta dos sistemas de informação em saúde. Ainda que a estrutura física fosse um elemento analisador das relações distantes na equipe, representada pela sala nos fundos, notei que houve cuidado em prever um momento e um espaço reservado para a devolutiva aos residentes sobre a avaliação que foi feita pela equipe, momento de fala e escuta.

Percebi que quando os tutores de campo são docentes que mantêm aproximação aos cenários de prática na AB e do campo da Saúde Coletiva, esta função se potencializa. Sua experiência de supervisão de estágios de estudantes de graduação, sua aposta no fortalecimento da AB, o conhecimento sobre as problemáticas do território e a organização de uma agenda periódica para estar junto da equipe potencializaram o movimento de atuação no acompanhamento dos residentes, na atenção ao trabalho em equipe colaborativo.

Na Figura 6 podemos identificar o momento deste encontro tutora-residentes revelou interseções de resistência (MONCEAU, 1997) em que as forças centrífugas se identificaram com o momento integrativo, de assimilação, de adaptação, para evitar o desmanche da residência (Instituição Formação em Serviço). No entanto, este movimento tende ao desaparecimento da resistência, e se reconhece o poder médico-centrado. No tensionamento para a interface da integração conflituosa, ofensivamente mantiveram o encontro multiprofissional na contradependência do poder médico e a tutoria de campo atuou como analisador das interferências interprofissionais, revelando a homogeneização dos residentes multi frente aos residentes médicos e a distância entre residentes multi e médicos. Assim, o movimento transdutivo que atualiza a existência do grupo, sua potencialidade enquanto grupo multiprofissional, é desestabilizado pelo poder médico.

Em outras vivências, a ausência de tutoria de campo revelou também a distância de muitas profissões da residência ao contexto de trabalho na AB, já que no momento de sua criação, prevalecia a hegemonia do poder do hospital. No entanto, algumas profissões ensaiavam esta aproximação como a TO, que atuava na supervisão de estudantes de graduação; a Fonoaudiologia e a Fisioterapia, com tutores de campo que atuavam em uma ou duas equipes. Porém a presença destas profissões nos serviços da AB ainda era modulada por demandas específicas e pontuais, quando os residentes as acionavam para atendimentos de algum caso específico.

Outras áreas se mostraram mais resistentes a estarem na AB como a Nutrição, a Farmácia e a Psicologia, pois mantinham fortes implicações e raízes com a atenção secundária e terciária, e assim, e se rendiam mais facilmente à influência do modelo hospitalocêntrico presente desde o momento da criação, resistências que se estendiam às práticas colaborativas. Os fundadores apostaram na criação de um programa multiprofissional, em que as USFs seriam o local de encontro entre os profissionais, no entanto, a política produtivista da Universidade

atravessa a construção nessa perspectiva, no apoio à reprodução da falsificação da profecia inicial:

“Você tem que trabalhar na atenção básica no fortalecimento da atenção ... fazer com que isso se fortaleça e tem que sair dessa ideia de médico-centrado para poder fazer uma diversificação de cuidadores de diferentes áreas... Por isso que ela tem que ter multiprofissionalidade [] O que peca é... a Universidade não deixa espaço para o docente construir.... Então nós não temos como docentes uma janela em que você vai discutir a construção multi e interdisciplinar da residência... Porque as cabeças de cada uma das áreas não param para pensar juntos e construir alguma coisa junto onde você tem que quebrar barreiras e isso sempre é uma questão de conflito.” (Entrevista Fundador Docente 1).

Além das implicações organizacionais dos tutores atuarem a favor do instituído, alguns residentes analisaram fatores importantes que podem contribuir para a manutenção desta distância da realidade na AB. Por exemplo, os reflexos da Instituição ensino e PESQUISA (FIGURA 6), o acúmulo de funções dos docentes, os vínculos empregatícios e diferentes modalidades de contratação, pela Universidade, pelas fundações gestoras dos recursos etc. Atravessamentos que alimentam um modelo de formação dentro dos muros da Universidade, na forma de supervisão à distância e não de acompanhamento recíproco (CORNÚ, 2015), o que reforça a resistência à colaboração, a ir para o campo e vivenciar a complexidade da AB, o cotidiano do SUS.

Ainda, a política de desinvestimentos do poder público na saúde, em especial na AB reforça esta dinâmica institucional em relação à não contratação de preceptores para as áreas específicas. O governo Federal credenciou o município estudado a receber financiamento para 8 NASFs pela Portaria nº 1.742 de 12 de julho de 2017 (BRASIL, 2017c), porém apenas um deles havia sido efetivamente implantado em um dos Distritos de Saúde até o momento da conclusão da pesquisa (RIBEIRÃO PRETO, 2019). Esta realidade reflete diretamente nas demandas de trabalho dos residentes.

Nas entrevistas com os fundadores, foi possível compreender que o quadro reduzido de docentes-tutores, contribui para que os campos de atuação dos residentes na AB fiquem desassistidos. Há, portanto, acúmulo de atividades de docência na graduação, pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) e *lato sensu* (especializações incluindo a residência), sendo que a participação em um ou outro é balizado pelos ganhos acadêmicos, com priorização para a produção científica, produção de *papers*, dentre outras atividades que são contabilizadas positivamente na vida acadêmica atual. O produtivismo acadêmico, como já é conhecido no

contexto universitário, é caracterizado pelo predomínio do quantitativo em detrimento do qualitativo, um processo que tem se acelerado na produção científica nas universidades com reflexos na qualidade da formação (BIANCHETTI; VALLE, 2014).

O fundador Docente 1 destacou que este modelo produtivista atua para a desvalorização da formação em serviço na Universidade pública, incluindo o fato de a residência ser considerada uma atividade de extensão. O instituído institucional incentiva os docentes a valorizarem muito mais a PESQUISA e o ensino, por último ficam as atividades de extensão, inclusive os recursos financeiros para viabilizá-los. Assim, o tempo “reservado” para o acompanhamento do residente no campo na AB fica prejudicado. A força de oposição é maior, há supervalorização do tempo para PESQUISA, com grande influência do modelo econômico neoliberal e incentivo ao produtivismo acadêmico dentro da Universidade (GATTO JÚNIOR, 2018). Me coloco também como parte deste processo, reconheço que também reservo boa parte do meu tempo para a produção científica inclusive como fiz para a produção desta tese, encomenda social para transformação e conhecimento da realidade.

Olhar para o cotidiano das equipes foi importante para perceber o quanto o movimento do produtivismo acadêmico rouba as forças instituintes de seus atores e é refletido no trabalho das equipes de saúde. Durante uma das restituições da observação de campo a uma das equipes foi destacado que a ausência do tutor no campo se reflete na sobrecarga da equipe na tarefa de mediação da chegada de novos residentes, de acolhimento da diferença. Estas equipes de saúde tem um duplo papel, de assistência à comunidade e de formação, de acolhimento aos universitários (graduandos, residentes, pesquisadores, etc). Fortuna (2003), em pesquisa neste contexto de unidades-escola, explica que parte do tripé universitário ensino-pesquisa-assistência perde sua força, e “o estabelecimento vira bípede: ensino e pesquisa por vezes se sobrepõem à assistência” (FORTUNA, 2003, p.145), esta metamorfose revela mais do que a fragilidade na assistência, mas as disputas universitárias dentro das equipes que contribuem para a falsificação de sua profecia inicial, em que o cuidado ao usuário fica em segundo plano.

“É preciso problematizar a questão de que o complexo mundo do trabalho não é um lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa” (MERHY, 2013a, p. 593). A formação em serviço, especialmente na AB, fica sob grande responsabilidade das USF, suas implicações e seus projetos de cuidado em equipe contribuem para diferentes realidades vividas pelos residentes, resulta em uma diversidade de práticas. Para algumas unidades, o residente pode ser mais um profissional a disposição, parte do cardápio de

ofertas de serviços daquela unidade (MERHY, 2014). Para outras, a inserção das RMS na ESF potencializa a produção de tecnologias, principalmente tecnologias-leves (SILVA et al., 2015b), pois instiga a uma (re)aproximação com o território a cada início de ano quando chegam novos residentes, a revisitar suas práticas e a explorar novas possibilidades de cuidado com diferentes olhares. Neste caminho de análise, elucidar as potências e fragilidades dessas equipes e suas contradições, revela muito sobre as próprias práticas dos residentes.

Essa metamorfose das equipes à serviço da Universidade provoca fases de transição entre a rigidez, a resiliência e a plasticidade. Rígida em um primeiro momento, a equipe se paralisa diante da chegada de novos profissionais, e a ausência de um tutor de campo para mediar essa fase de transição foi uma questão forte levantada pelos residentes:

“E também para fazer uma relação com a equipe mínima que às vezes tem coisas que você não consegue ... não tem a liberdade de discutir com a equipe mínima. Esse preceptor (tutor de campo) teria essa função... adequar alguma coisa que tá errado...falta isso... e às vezes a gente tem que ter a cara e a coragem...” (Residente Terapia Ocupacional R2 (A) 29/08/2017).

“[] ...mas eu sinto que sempre falta por exemplo um preceptor para ajudar a gente com dicas gerenciamento de agenda... de manejo da dinâmica dentro da equipe né? para discutir assuntos multiprofissionais assim...” (Residente Fonoaudiologia R1 (A) 29/08/2017).

“(Um preceptor) faz falta porque às vezes você quer fazer alguma coisa que realmente não cabe a você e as vezes eu me sinto assim....será que isso é minha função ou não é?.....E aí você precisa perguntar para alguém que te ajude e também que se responsabilize por você...” (Residente Odontologia R1 (A) 29/08/2017).

Os residentes se sentiam de certa forma inseguros quanto a sua atuação na AB e demandavam por apoio das equipes, que diante de sua função formação, tentavam sobreviver diante da adversidade. Aquelas resilientes (equipe Seringueira, Castanheira e Ipê) revelavam estratégias para transformação das práticas, a construção de espaços formais de integração com a enfermeira; o uso de ferramentas para melhorar a comunicação intra-equipe, por exemplo, redes sociais e aplicativos de mensagens; e valorização de matriciamentos em momentos informais como na cozinha, no corredor, no cafezinho. A possibilidade de refletir sobre a própria prática, de exercitar sua autocrítica, contribui para aumentar os graus de transversalidade (GUATTARI, 1985) na equipe e o grupo se autoriza a repensar estratégias, consegue se desvencilhar por alguns momentos da rigidez do instituído e instaura novas formas

de agir que atualizam a função dos espaços comuns, do fazer acompanhamento, da formação em serviço.

E ainda, algumas equipes mostraram plasticidade como a equipe Ipê, principalmente para o exercício no manejo de conflitos, negociação, cuidado da equipe, aproximação à cogestão e às práticas interprofissionais colaborativas. Quando o acompanhamento esteve mais presente, a parceria da tutoria de campo e da preceptoria incorporaram as tensões do meio, atualizaram o encontro a favor de movimentos de reflexividade sobre a prática e de autoanálise.

Isto resgata de certo modo a profecia inicial e amplia a noção de interprofissionalidade para pensarmos a complexidade da relação interprofissionais e seu reflexo na relação usuário-trabalhadores. Se o objetivo fim for ampliado para o trabalhador de saúde, este poderá se sentir mais confortável no trabalho em equipe quando dividir as responsabilidades e ações de cuidado com os demais colegas, diminuindo seu sofrimento (*burnout*), e terá melhores condições de atender a necessidade de saúde e cuidado do usuário. Nessa perspectiva, com a prática interprofissional, vislumbra-se mudanças no sistema de saúde, para além da redução de custos, dá-se atenção ao sofrimento dos profissionais e a satisfação dos usuários (SILVA, 2018).

Equipes implicadas com a função preceptoria e tutoria de campo, como relatarei adiante, expressam-se como campos-equipe que potencializam seu papel formador (SOUZA, 2014), se constituem ao mesmo tempo como campo de aprendizagem e de prática pois lançam mão de ferramentas que disparam processos de subjetivação e de reflexão, que colocam os residentes em uma postura de ação enquanto trabalhadores de um sistema de saúde amplo e complexo. Assim, abre a possibilidade para que no encontro da instituição Saúde com a instituição Cuidado centrado no usuário, essa interferência resulte na instituição Formação em serviço como produção de vida (Figura 5).

Os residentes da equipe Ipê estavam participando do processo de construção de um espaço de discussão coletivo que foi pensado conjuntamente pela enfermeira da unidade, profissional de referência como preceptora no apoio à gestão do processo de trabalho, e pela tutora de campo da área da Fonoaudiologia, com experiência profissional na AB. Apesar de estar “mais próxima” dos residentes no dia-a-dia, a enfermeira não era membro efetivo do programa e notei que ela se sentia sobrecarregada ao assumir este papel, pois tinha apropriação dos temas da saúde coletiva mas não conseguia suprir as demandas da especificidade. Este encontro multiprofissional entre residentes (Terapia Ocupacional, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia) não incluía os profissionais médicos e seria uma forma de fomentar

a corresponsabilidade na formação entre residente multi e tutor/preceptor dentro da equipe Ipê, algo instituinte.

Encontrar espaço comum na agenda de todos foi um trabalho árduo, me contaram que sempre havia outros compromissos como férias, congressos e outras atividades acadêmicas que interferem na periodicidade dos encontros e especialmente, na presença da tutora de campo. Os encontros eram planejados em conjunto com dinâmicas que envolviam os desafios do trabalho em equipe e do território. Eles elegeram temas de interesse como 1- organização do processo de trabalho dos residentes e organização de agendas e horários para que se encontrem na unidade; 2- comunicação e 3 – autoconhecimento. Inicialmente haviam programado 3 encontros e eu participei do segundo deles.

A atividade ocorreu na sala de reuniões, espaço coletivo, comum. Primeiro houve uma discussão sobre os elementos da comunicação, tipos de comunicador (agressivo, passivo e assertivo): Como se aproximar de um perfil mais assertivo? Ser propositivo, lembrar pactos, falar de suas expectativas, sintonizar o tom de voz e as palavras. A proposta seguinte foi preencher um teste para avaliar as dimensões da comunicação verbal e depois, experimentar papéis para análise de suas reações frente a situações vividas no cotidiano do trabalho, a fim de aprimorar as habilidades de comunicação. A vivência desta dinâmica possibilitou reflexão, já que os residentes tiveram dificuldade em se expressar em momentos de tensão com outro profissional, e a autoanálise abriu caminho para pensar em mudanças de atitudes em relação à comunicação interprofissional, reconhecendo o quanto é importante o autoconhecimento para o enfrentamento de conflitos presentes no trabalho.

Entendo que este acompanhamento, na perspectiva da EPS, problematizou questões do cotidiano, repensou as práticas articulando-as com o objetivo da equipe, do coletivo, de sustentação do SUS, do trabalho em equipe que atenda às necessidades dos usuários. Compreendi que a equipe precisa confiar em um tutor que seja consistente, que entenda seu papel e o sentido de seu trabalho para a equipe, que compreenda a realidade do território-processo.

A experiência potencializou a equipe em sua interface formadora, indutora de mudança e transformação da realidade. Em equipe, eles exercitaram aspectos importantes para a prática colaborativa interprofissional como a comunicação interprofissional, o entendimento da dinâmica de funcionamento em equipe e a aprendizagem da resolução de conflitos

interprofissionais. Um processo transdutivo de atualização de um espaço potencial, mesmo que temporário, um movimento instituinte que caminhava em direção contrária ao imposto pela instituição, que a todo modo nos obriga a potencializar nossas referências, reproduzir o que já é instituído, a fim de garantir nossa sobrevivência (LOURAU, 2004b).

De modo geral, o modo com que os residentes são acompanhados tem efeitos em suas práticas, que por vezes caminha na direção da cristalização do instituído, e a prática-residente se desvia de sua profecia inicial de integração e se dedica predominantemente à prática uniprofissional: com reflexos na dificuldade no manejo de conflitos dentro da equipe, no “cansaço” dos residentes, no “sofrimento” das equipes com a descontinuidade e com o enfrentamento do novo, na insegurança para fazer matriciamento. Por outras vezes, a integração entre os residentes multiprofissionais se potencializa, a parceria entre eles demanda uma comunicação honesta e é a partir do compartilhamento do saber-poder, empoderamento de cada profissional e respeito e reconhecimento de um pelo outro, que há a redução dos graus de competição (D’AMOUR et al., 2005).

Defendo que a atuação de um preceptor em parceria com o tutor de campo no cotidiano/em momentos de inserção dos residentes, poderia questionar os lugares e posicionamentos uniprofissionais na prática dos serviços, estes saberes e poderes de uns e de outros. A contraposição de uma formação em serviço que se faz no cotidiano, a partir da experiência. Pagani e Andrade (2012) defendem a preceptoria de território, perspectiva que toma o preceptor não como alguém inserido na equipe, mas um profissional que vem mediar esse processo de formação. À semelhança do apoiador institucional apresentado por Becker, Feliciano e Machado (2016), na posição de educador, dos residentes e da equipe, o preceptor de território atua a partir de um modelo de gestão participativa em que “cuida” do residente e da equipe, contribui na problematização da formação em serviço (PAGANI; ANDRADE, 2012).

A partir desta perspectiva, os residentes podem aprender ao se aproximar de processos de gestão democráticos, de cogestão com base no compartilhamento de conhecimentos e de poder (CAMPOS, 2000). Porém, a realidade que vivemos hoje nas universidades públicas brasileiras nos coloca à prova a questão da garantia de (re)democratização da educação. A busca por transformação da realidade deve ser um dos princípios do trabalho do tutor, também docente em saúde e é com esta perspectiva que devemos pensar e refletir sobre a realidade de forte

produtivismo acadêmico a que somos submetidos (BIANCHETTI; VALLE, 2014), e acerca da transformação do sentido da Instituição Universidade pública (CHAUÍ, 2003).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ensaio nesta sessão algumas reflexões finais acerca das análises feitas ao longo da pesquisa, limites e possibilidades que se abriram a partir desta pesquisa-intervenção. O arcabouço teórico-metodológico da Sócio-clínica foi ferramenta relevante no caminho percorrido, principalmente pela construção do conhecimento junto aos participantes, em especial ao coletivo de residentes, pela variedade de dispositivos adotados e sistematização dos registros dos dados obtidos ao longo do tempo. A análise das implicações da pesquisadora também foi ponto-base para a escrita da tese, bem como para as escolhas apresentadas nas considerações a seguir.

Em primeiro lugar, a institucionalização da formação em serviço na AB está em curso tendo as RMS como motor instituinte de provocação ao instituído da formação uniprofissional, o desafio se coloca na prática colaborativa em ato nos serviços de saúde. No percurso desta pesquisa Sócio-clínica, foram escolhidos e construídos/fabricados dispositivos coletivos nos quais a reflexividade tivesse um papel especial na explicitação das implicações profissionais dos residentes e sua posição nas instituições. Com aporte no referencial teórico-metodológico da AI, produzimos uma pesquisa participativa (pesquisa-com) a partir de movimentos de autoanálise, que produziram efeitos e revelaram Resistências.

O processo de institucionalização do curso de RMS carrega consigo as forças instituintes de transformação com o objetivo principal de promover o entendimento da rede de atenção à saúde municipal. Na escrita de seu projeto pedagógico, o curso prevê espaços para a integração interprofissional. No entanto, seus agentes são capturados pelo instituído da formação uniprofissional e sua dinâmica institucional é expressada nas normas e práticas burocráticas das organizações e estabelecimentos. O efeito Lapassade se revelou no âmbito da formação interprofissional teórica comum, quando os residentes se mostraram resistentes aos mecanismos de controle e domínio institucionais. Ao desviarem-se das normas instituídas, criaram suas próprias normas a partir do instituído, do cuidado fragmentado e da formação uniprofissional. Estes movimentos de resistência ao protagonismo e à colaboração foram indícios da falsificação de sua profecia inicial, ou efeito Mühlmann, e captura pela prática uniprofissional, desde o momento de sua criação.

Por outro lado, dentre os efeitos pós-pesquisa, destaco a reestruturação do Módulo Teórico Comum com discussão de conteúdos comuns e interesses coletivos, mediados por docentes ou tutores, além da ampliação dos espaços de estudos comuns em colaboração com a

Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, desde a integração dos novos residentes, até a organização de um cronograma comum de atividades teórico-práticas.

A análise pelas resistências, entre outros analisadores, expôs a dinâmica institucional e permitiu ao coletivo entender um pouco mais como as práticas se produzem e então ressignificá-las. O efeito Goody e o efeito Mühlmann apontaram para a falsificação da profecia inicial do curso. Dessa forma, para continuar existindo, a instituição reprime a resistência, seus agentes tendem a se integrar ao poder médico hospitalocêntrico, movimento presente desde a sua criação, a fim de sobreviver e evitar a autodissolução da Instituição formação em serviço. Neste cenário de forças em disputa, o residente frente a suas escolhas e análise de suas implicações profissionais se vê entre a reprodução do instituído e a abertura de brechas para a colaboração nos serviços de saúde.

Diante da análise de suas implicações (afetivas, ideológicas e organizacionais), os residentes oscilavam entre resistentes à colaboração pela captura pelo modelo médico-centrado instituído e a resistência a este poder instituído com a criação do trabalho colaborativo nas USFs, momentos em que o usuário ganhava destaque no cuidado, principalmente nos grupos de promoção de saúde construídos coletivamente.

O analisador não-saber revelou a reprodução do cuidado fragmentado e do modelo médico-centrado, em que o profissional de saúde (especialmente o médico) toma o centro da roda e o usuário fica em segundo plano. Nesse sentido, a instituição formação em serviço produzia seu contrário. A possibilidade de discutir a reprodução da lógica da especialidade médica na RMS abriu novos caminhos que os aproximaram a repensar a integralidade e estratégias de como alcançá-la: o resgate da centralidade do cuidado na AB, a construção de redes e das ferramentas de trabalho como o matriciamento e o PTS.

Em alguns momentos se aventuravam na prática multiprofissional na qual se colocavam em um terreno de tensões na tentativa de construir espaços possíveis ao trabalho colaborativo, porém na contra-dependência do poder vigente. Ao mesmo tempo, análise das implicações profissionais provocou o compartilhamento de saberes e poderes. A depender do encontro residentes-equipe ou residentes-tutor-preceptor, os usuários tomavam um lugar de destaque no cuidado.

A partir da reflexividade, os residentes ressignificaram suas práticas tomando posicionamentos e compartilhando espaços decisórios no processo formativo. Para alguns, estes momentos de cogestão e de reconhecimento do funcionamento de seus espaços de formação comuns se constituíram como brechas para questionar seu papel enquanto profissional de saúde, aliviar as tensões e retomar seu objetivo central de produção de vida.

As Resistências no Processo de Trabalho-Aprendizagem revelaram sobre as relações de saber-poder. As disputas com o poder médico tiveram como efeito o posicionamento dos residentes enquanto paramédicos, profissionais à disposição do profissional médico quando requisitados. Em complementaridade, a dinâmica institucional da Formação em Serviço, representada pela presença ou ausência da tutoria de campo, revelou que a prática dos residentes é atravessada pelas normativas do Estado, por princípios gerencialistas e pelo produtivismo acadêmico presentes na Universidade.

A fragilidade da formação na RMS na perspectiva da interprofissionalidade é atravessada em uma dimensão macro pelo subfinanciamento do SUS e das políticas públicas de fortalecimento da AB, inclusive do papel de tutores e preceptores. Em uma dimensão meso, é fruto das disputas com as atividades de PESQUISA dentro das IES, que são alvo do produtivismo acadêmico. Neste cenário, os cursos de RMS se configuram enquanto atividades de extensão, por isso, perdem investimentos de tempo e dinheiro, que são destinados majoritariamente às atividades de pesquisa. E em uma dimensão micro, a fragilidade foi revelada pelas resistências às relações interprofissionais, diante das disputas de poder que colocam o usuário em segundo plano enquanto os profissionais de saúde, especialmente os médicos se mantêm no centro da roda.

As resistências na prática-residente (uniprofissional, multiprofissional ou interprofissional) apontaram, em sua maioria, para movimentos integrativos, em que a assimilação ao poder médico-centrado era vista como possível e necessária, a fim de evitar o desmanche da instituição formação em serviço. No entanto, esse direcionamento perpetua tensões e conflitos que devem ser colocados em análise quando se intenciona alcançar a colaboração e a integralidade no cuidado em saúde. Para o enfrentamento do poder instituído, são ainda poucos aqueles que se sentem empoderados a ponto de constituir um novo poder contrainstitucional a partir da colaboração.

Dentre as ações que potencializam as práticas colaborativas estão a garantia de espaços formais de integração e análise de práticas, mediados por um tutor ou preceptor. Quando o acompanhamento do processo trabalho-aprendizagem esteve presente, na parceria entre tutor e preceptor, foi possível colocar em questão as tensões e viver movimentos de reflexividade sobre a prática. Dessa maneira, ao enfrentarem as questões do saber-poder acompanhados por um processo reflexivo, ou por movimentos de análise de suas implicações profissionais, os residentes puderam escolher os caminhos que colocaram o usuário no centro do cuidado.

Os limites desta pesquisa se assentam na produção de dados em um espaço e tempo delimitados e que não permitiu a vivência dos efeitos pós-pesquisa-intervenção, que continuam

em permanência. Na escrita desta tese é possível perceber alguns limites na descrição e aprofundamento das cenas, e de outros movimentos de análise, efeitos de minha sobreimplicação com o objeto e contexto investigados.

Os momentos de distanciamento que vivi durante a estágio doutoral e após a finalização da produção dos dados me colocaram em uma posição de uma visão outra sobre a realidade de formação no Brasil, os desafios e atravessamentos presentes nesta pesquisa e no cotidiano do trabalho em saúde. Ainda, durante a escrita da tese ficou claro o quanto eu resisti a finalizá-la. Acreditava que a reflexividade tinha que ser mantida nas turmas seguintes. Por isso, sempre que possível eu procurava por informações sobre o funcionamento do MTC com os residentes no intuito de acompanhar os efeitos no pós-pesquisa e as mudanças presentes no processo formativo.

A dinâmica de funcionamento revelada na RMS, por meio do que emergiu do cenário deste estudo, coloca em questão a necessária análise das implicações profissionais e análise pelas resistências a fim de criar brechas nas barreiras e muros que se erguem na formação em serviço na AB e que impedem as relações interprofissionais.

REFERÊNCIAS

- ABIB, L. T. “Caminhando contra o vento...”: **a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde**. 2012. 55 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Nota Abrasco sobre a saída dos médicos cubanos do Mais Médicos**. 2019. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/nota-abrasco-sobre-a-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos-para-o-barsil/38190>>. Acesso em 20 de jul 2019.
- ACIOLE, G. G. A Lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, p. 47-54, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a08>>. Acesso em 14 mar 2019.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 59, p. 905-916, Dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- AGRELI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. 261 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 30-50, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2019.
- ALTOÉ, S. (Org). René Lourau: **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 22, n. 64, p. 67-76, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2019.
- ARAGON, L. E. P. Indivíduo, nos indivíduos e indivíduos em nós: a transindividualidade do conhecer. **Filosofia e Educação**, v. 6, n. 3, p. 187-208, 2014. doi: 10.20396/rfe.v6i3.1756.
- ARAUJO NETO, J. D. et al. Healthcare professionals of an intensive care unit: perception of restrictive factors of the multiprofessional work. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 43-50, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4043/pdf_1>. Acesso em: 09 abr. 2019.
- ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: O olhar de residentes e preceptores. **Interface: Comunicação Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017. doi:10.1590/1807-57622016.0295.

- ARRUDA, G. M. M. S. et al. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 187-214, 2016. Acesso em 30 set 2017. doi: 10.18569/tempus.v11i1.2179.
- ARRUDA, G. M. M. S. et al. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface: Comunicação Saúde, Educação**, Brasília, v. 22, p. 1309-1323, 2018. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2019.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Perfil. Ribeirão Preto. Renda. **Índice de Gini**. 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ribeirao-preto_sp>. Acesso em 22 abr. 2019.
- BARBIER, R. O conceito de “Implicação” na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas. In: _____. **Pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 105-128.
- BAREMBLITT, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: **teoria e prática**. 5a ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.
- BARR, H. **Ensuring quality in interprofessional education**. CAIPE Bulletin. 2003; v. 22. p. 2-3.
- BARR, H. et al. Effective interprofessional education: arguments, assumption and evidence. **Learning in Health and Social Care**, v. 5, n. 3, 2005. doi:10.1002/9780470776445.
- BARR, H.; LOW, H. **Introducing Interprofessional Education**. Center for The Advancement of Interprofessional Education - CAIPE, jul. 2013. Disponível em: <<https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/barr-h-low-h-2013-introducing-interprofessional-education-13th-november-2016>>. Acesso em: 08 dez. 2018.
- BARR, H. Interprofessional Education. **The Genesis of a Global Movement**. jun 2015. Disponível em: <<https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>>. Acesso em 08 dez 2018.
- BATISTA, N. A educação interprofissional na formação em saúde. In: CAPOZOLLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs). Clínica comum: **Itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 59-68.
- BEAUD, S.; WEBER, F. **Guide de l'enquête de terrain**, 4end ed. Editora: La Découverte, 2010. 360 p.
- BEKER, K. K.; FELICIANO, A. B.; MACHADO, M. L. T. Atuação como apoiadores em saúde: reflexões sobre a formação na residência multiprofissional. **Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 151-169, 2016. doi: 10.18569/tempus.v10i4.2057.
- BIANCHETTI, L.; VALLE I. R. Produtivismo acadêmico e decorrências às condições de vida/trabalho de pesquisadores brasileiros e europeus. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v.22, n. 82, p. 89-110, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v22n82/a05v22n82.pdf>>. Acesso em: 24 abr 2019.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20-28, 2002. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 287 de 08 de outubro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em: 05 out. 2017.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES 1133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão em Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: **a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 20 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. Lei nº 11.129, 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**, Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007a. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

_____. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de Janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e de Residências em Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Projeto Pedagógico**. Programa de Residência Multiprofissional ou em área Profissional da Saúde. Processo de autorização do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde, 2009b. (Documento disponibilizado pela coordenação do Programa)

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. **Diário Oficial da União, Brasília**, 2010b. Disponível em: <<https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/resenf/LEGISLACAO/RESOLUCAO%20MEC%2002%20de%202010%20-%20Estabelece%20critérios%20para%20COREMU.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

_____. Edital de Convocação Nº 17, de 4 de novembro de 2011. Seleção de Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=9504-editaldeconvocacao-17-residenciamultiprofissional-1&category_slug=dezembro-2011-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 11 abr. 2019.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Poder Executivo, Secretaria de educação superior comissão nacional de residência multiprofissional em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. 15 fev. 2017.

_____. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12842.htm>. Acesso em: 15 fev. 2017.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência

em Área Profissional da Saúde. **Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior**. 2014. Disponível em: <<https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRMS-07-2014-11-13.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Institui o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 11 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 139, de 18 de março de 2016. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsa-formação para os médicos-residentes participantes do curso de formação de preceptores para os Programas de Residência na modalidade de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/21.03.16_I.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_relatoria_eip_bra_2017_po.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.742 de 12 de julho de 2017. Credencia Municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1742_13_07_2017.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRONZATTO, L. **Catarse**. 30 de dezembro de 2013. Disponível em: <<http://outroscantostortos.blogspot.com/2013/>>. Acesso em 11 mai 2019.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G. **Relatório dos núcleos de saúde da família do centro de saúde Escola**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.

CAMARA, A. M. C. S.; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. L. M. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface: Comunicação Saúde, Educação**, v. 19, supl. 1, p. 817-829, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500817&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: mar. 2019.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface: Comunicação Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 5-8, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2018.

- CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: **o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000. Disponível em: <https://www.gastaowagner.com.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=23&id=74&Itemid=1000000000000>. Acesso em: 07 nov. 2018.
- CAPOZOLLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs). Clínica comum: **Itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, 309 p.
- CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, É. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 85-112, 2011. Suplemento 1. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2017.
- CARVALHO, M. A. P. Certificação. In: CECCIM, R. B. et al. (Orgs). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 45-49. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>>. Acesso em: 25 abr. 2019.
- CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/800/695>>. Acesso em: 08 dez. 2018.
- CECCIM, R.B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p.373-383, 2002. doi:10.1590/S1413-81232002000200016.
- CECCIM, R. B., CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005, p. 69-92.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004. doi:10.1590/S0103-73312004000100004.
- CECCIM, R. B. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.
- _____. Prefácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. R.; PASINI, V. L. (Orgs). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.17-22. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa8ca532.pdf>>. Acesso em: 15 de ago. 2017.
- _____. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface: Comunicação Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739-1749, 2018. Suplemento 2. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2019.

CECCIM, R. B. et al. (Orgs). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 45-49. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. **Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow**. Higher Education Academy, Learning and Teaching Support Network for Health Sciences and Practice, Occasional Paper 1. BARR, H. (Org). United Kingdom: CAIPE, 2002. Disponível em: <<https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>>. Acesso em 08 dez 2018.

CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. **Interprofessional Education Guidelines**. BARR, H. et al. (Orgs), 2017. Disponível em: <<https://www.caipe.org/resources/caipe-publications>>. Acesso em 08 dez 2018.

CETINA, K. K. **Epistemic Cultures: How the sciences make knowledge**. Cambridge: Harvard University Press, 1999. 352 p.

CHAUÍ, M. **A universidade pública sob nova perspectiva**. Conferência de Abertura da 26ª. Reunião Anual da ANPED. Poços de Caldas, MG, 2003. Disponível em: <www.anped.org.br>. Acesso em: 15 jan. 2019.

COLLINET, S.; PASSOS, I. F. Éthique procédurale, entre petits arrangements et transgression: comparaison Brésil-France. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 256-263, set./dez. 2015. doi:10.1590/1984-0292/1405.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **CNS defende a Regulamentação DA EC nº 29**. 2019. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/webec29/index.html>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

CORREIO, N. G. M.; CORREIO, D. A. M. A formação multiprofissional em saúde sob a ótica do residente. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v. 10, n. 2, p. 593-598, abr./jun. 2018. doi:10.9789/2175-5361.2018.v10i2.593-598.

CORNU, L. Accompagner: entrer en compagnie. **Éducation Permanente**. v. 4, n. 205, 2015.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface: Comunicação Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2019

_____. **Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde**. 2017. Disponível em:

<https://mercosur.observatoriorh.org/sites/mercosur.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/2018/6_sires/sires_mviana.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

COSTA, M. V. et al. **Educação interprofissional em saúde**. Natal: Secretaria de Educação à Distância (SEDIS), UFRN, 2018. 85 p. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>>. Acesso em 09 jan. 2019.

- CUNHA, A. A. G.; DORNA, L. B. H.; RODRIGUES, H. B. C. Uma contribuição à história da Análise Institucional no Brasil através de depoimentos orais: o Setor de Psicologia Social da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) nas décadas de 1960 e 1970. **Mnemosine**, v. 2, n. 1, p. 2-11, 2006. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/viewFile/79/pdf_65>. Acesso em: 05 jan. 2017
- DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações?. **Interface: Comunicação Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 759-776, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2019.
- DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface: Comunicação Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 213-226, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2017.
- DAMAS, F. **As práticas profissionais dos farmacêuticos nos serviços de atenção básica do sistema único de saúde de Campinas/ SP**. 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
- D'AMOUR, D. et al. A model and tipology of collaboration between professionals in health care organizations. **BMC Health Services Research**, v. 8, p. 188, 2008. doi: 10.1186/1472-6963-8-188.
- _____. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, p. 116-131, 2005. Suplemento 1. doi: 10.1080/13561820500082529.
- D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, v. 1, p. 8-20, 2005. Suplemento 1. doi: 10.1080/13561820500081604.
- DA ROS, M. A. et al. Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. **Cadernos Recursos Humanos em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 109-17, 2006.
- DEGIOVANI, M. V. **A residência multiprofissional no hospital São Paulo (HU Unifesp): percepção dos residentes sobre o processo de ensino em saúde e atuação em equipe interprofissional**. 2017. 87 f. Dissertação (Mestrado profissional) - Centro de Desenvolvimento do Ensino superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017.
- DEVINCENZI, M. U. et al. A Experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde em Santos, São Paulo. In: FERLA, A. A. et al. (Org). **Residências e a Educação e Ensino da Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 80-88.
- DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação de pessoal para o Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2019.

DÓBIES, D. V. **Práticas profissionais e resistências na construção do cuidado em rede em saúde mental em uma microrregião de Campinas/SP**. 2016. 251 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

DÓBIES, D. V.; L'ABBATE, S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da análise institucional. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 120-133, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0120.pdf>>. Acesso em: 20 de mar. 2019.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 19, n. 55, p. 1221-12, 2015. doi:10.1590/1807-57622014.0653.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: **condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional**. 2012. 256 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

_____. Interprofissionalidade. In: CECCIM, R. B. et al. (Orgs). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 146-50. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Maio 2019.

FABLET, D. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles: une visée avant tout formative. **Connexions**, v. 2, n. 82, p. 105-117, 2004. Disponível em: <<http://www.cairn.info/revue-connexions-2004-2-page-105.htm>>. Acesso em: 22 out. 2017.

FARIAS, D. N. et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 May 2019.

FAUQUERT, B.; DRIELSMA, P.; PRÉVOST, M. Pluri-, multi-, inter-, trans- ou in-disciplinarité? **Santé conjugée**, n. 74, mar. 2016. Disponível em: <<https://www.maisonmedicale.org/Pluri-multi-inter-trans-ou-in-disciplinarite.html>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

FERREIRA, S. R. Residência Integrada em Saúde: **uma modalidade de ensino em serviço**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1421-1428, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a15v14s1.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 6, n. 10, p. 37-49, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2019.

FEUERWERKER, L. C. M. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Micropolítica e saúde: **produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 174 p.

FIGUEIREDO, E. B. L. **Um corpo, multidões em corpos: encontros coletivos como territórios de afetos, conhecimentos e cuidado em saúde**. 2018. 216 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção de vida**. 2003. 197 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FORTUNA, C. M. et al. The institutional socio-clinic as a theoretical and methodological framework for nursing and health research. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. e2950017, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400606&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 27a ed. São Paulo: Graal, 2013.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. Michel Foucault: **uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 231-249.

FRANCE. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. **L'universitarisation des formations en santé**. 2018. Disponível em: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_ formations_sante_universarisation.pdf>. Acesso em 25 set. 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148 p.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. Disponível em: <https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/4626403/Ed_HealthProfCommisionp5_40.PDF?sequence=1>. Acesso em: 05 fev. 2019.

GALISON, P. Trading with the enemy In: GORMAN, M. E. (Ed). Trading Zones and Interactional Expertise: creating new kinds of collaboration. **Science, Technology and Society**, Cambridge, p.25-52, 2010.

GATTO JÚNIOR, J. R. **O professor-enfermeiro e a docência: entre teorias pedagógicas e o gerencialismo**. 2018. 400 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

GAUTHIER, J.; SOBRAL, V. A análise institucional e Esquizoanálise: uma abordagem política na pesquisa. In: GAUTHIER, J. et al. (Orgs). **Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro:Guanabara, 1998. p. 88-121.

GIERYN, T. F. Cultural Boundaries of Science: **Credibility on the Line**. Chicago: University of Chicago Press, 1999. 412 p.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 3 [Acesso em 7 Junho 2019] , e00012219. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>>. Epub 25 Mar 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.

GUATTARI, F. A Transversalidade. In: GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 2a ed. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 88-105.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; DI LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 875-883, dez. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2019.

GUILLIER, D. L'analyse des implications dans les pratiques socianalytiques: celles de l'analyste ou/et celles de son client ?. **L'Homme et La Société**, v. 1, n. 147, p. 35-53, 2003a. Disponível em: <<http://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2003-1-page-35.htm>>. Acesso em: 22 out. 2017.

_____. Un dispositif d'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles. In: BLANCHARD-LAVILLE, C.; FABLET, D. (Org). **Travail social et analyse des pratiques professionnelles. Dispositifs et pratiques de formation**. Paris, França: L'Harmattan, 2003b, p.21- 46.

_____. Comentando as noções de implicação e transdução de René Lourau. Transcrição e Tradução Maria Lívia do Nascimento de Nascimento. **Revista do Departamento de Psicologia -UFF**, v. 16, n. 2, p. 11-16, jul./dez. 2004.

HAUBRICH, P. L. G. et al. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**. v.1, n.1, p. 47-56, 2015. doi:10.18310/2446-48132015v1n1.304g21.

HEALTH PROFESSIONS ACCREDITORS COLLABORATIVE. **Guidance on developing quality interprofessional education for the health professions**. Chicago, IL: Health Professions Accreditors Collaborative, 2019. Disponível em: <<https://s3-us-west->

2.amazonaws.com/nexusipe-resource-exchange/HPACGuidance(02-01-19).pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

HENZ, A. O. et al. Trabalho Entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: CAPOZOLLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs). Clínica comum: **Itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 163-189.

HESS, R.; SAVOYE, A. Os efeitos. Tradução de Heliana de Barros Conde Rodrigues. In: _____. **L'analyse institutionnelle**. 2a ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1993. p. 72-83.

HESS, R. Momento do diário e diário de momentos. In: SOUZA, E.C.; ABRAHÃO, M. H. M. B. (Orgs). Tempos, narrativas e ficções: **a invenção de si**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2006. p. 89-103.

_____. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. **Mnemosine**, v. 3, n. 2, p. 148-163, 2007. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/viewFile/120/pdf_109>. Acesso em: 09 set. 2018.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Relatório de atividades 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload%5CRelat%C3%B3rio%20de%20Atividades_%202010.pdf>. Acesso em 12 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico. Caracterização do território. **População Ribeirão Preto**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. Economia. **PIB per capita**. 2016. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. 2019. Disponível em: <<https://www.socioambiental.org/pt-br/tags/guarani>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. Core competencies for interprofessional collaborative practice: **2016 Update**. Washington, D.C: Interprofessional Education Collaborative, 2016. Disponível em: <https://aamc-meded.global.ssl.fastly.net/production/media/filer_public/70/9f/709fedd7-3c53-492c-b9f0-b13715d11cb6/core_competencies_for_collaborative_practice.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a19v08n1.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017.

L'ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num Hospital Universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, H. B. C.; ALTOÉ, S. (Orgs.). Saúde e Loucura: **Análise Institucional**, v. 8. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 79-99.

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

<http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/247/pdf_232>. Acesso em: 27 set. 2017.

L'ABBATE, S. Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C; PEZZATO, L. M. (Orgs). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 31-88.

_____. A trajetória da Saúde Coletiva no Brasil: análise das suas dimensões políticas e educativas em articulação com a Análise Institucional. **Mnemosine**, v.14, n. 2, p. 236-262, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41691/pdf_386>. Acesso em: 27 set. 2017.

LAPASSADE, G.; LOURAU, R. **Chaves da Sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972. 204 p.

LAPASSADE, G. **El analizador y el analista**. Barcelona: GEDISA, 1979. 246 p.

LEIS, H. R. Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas. **Sobre o conceito de interdisciplinaridade**. Florianópolis, n. 73, p. 1-23, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/viewFile/2176/4455>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

LEMOES MELLO, A. **Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente**. 2016. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, RS, 2016.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 9, n. 17, p. 369-379, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2019.

LINS, A. M.; CECÍLIO, L. C. O. O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 2, n. 3, p. 87-106, 1998. doi:10.1590/S1414-32831998000200007.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1273-1291, 2012. doi:10.1590/S0103-73312012000400002.

LOURAU, R. A Análise Institucional no Estado. In: ALTOÉ, S. (Org.) René Lourau: **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004a, p. 154-175.

_____. **A análise institucional**. Tradução de Mariano Ferreira. 3a ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 327 p.

_____. Implication et surimplication. **La Revue du Mauss**, n.10, p.110-119, 1990.

_____. Implicação-transdução. In: ALTOÉ, S. (Org.) René Lourau: **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004b, p.212-223.

_____. René Lourau na UERJ. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

_____. Uma apresentação da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (Org) René Lourau: **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004c, p. 128-139.

_____. Objeto e Método da Análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org) René Lourau: **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004d, p.66-86.

_____. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, S. (Org) René Lourau: **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004e, p.246-258.

_____. Uma técnica de análise de implicações. In: ALTOÉ, S. (Org) René Lourau: **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004f, p.259-283.

LUCID SOFTWARE. Lucidchart. **The only scalable diagramming solution for enterprises**. Lucid Software Inc. Estados Unidos, 2019. Disponível em: <<https://www.lucidchart.com/pages/enterprise>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2019.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2019.

MEDINA, A. G. **Terapia ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde**. 2016. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

MELO, F. A. B. **Análise de implicação profissional: um dispositivo disparador de processos de educação permanente em saúde**. 2017. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

MEMORIAL DA DEMOCRACIA. **Diretas Já**. 2019. Disponível em: <<http://memorialdademocracia.com.br/card/diretas-ja>>. Acesso em: 30 maio 2019.

MENESES, J. R. et al. Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. In: CECCIM, R. B. et al. (Orgs). Formação de Formadores para Residências em Saúde: **corpo docente-assistencial em experiência viva**. Porto Alegre: Rede Unida, 2018, 212 p. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/formacao-de-formadores-para-residencias-em-saude-corpo-docente-assistencial-em-experiencia-viva-pdf>>. Acesso em: 30 maio 2019.

MERHY, E. E. A organização não existe, a organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C; PEZZATO, L. M. (Orgs). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**, São Paulo: Hucitec, 2013a, p. 579-596.

_____. Educação permanente em saúde em movimento: **uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde**. Porto Alegre, 2013b. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/ep-uma-politica-de-reconhecimento-e-cooperacao-construindo-encontros-no-cotidiano-das-praticas-de-saude>>. Acesso em: 30 fev. 2019.

_____. Todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e a produção do cuidado. In: MERHY, E. E. Saúde: **cartografia do trabalho vivo**. 4a ed. São Paulo: Hucitec, 2014. Apêndice 3, p. 149-178.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Melhoramentos. 2019. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=OWQE>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: **pesquisa qualitativa em saúde**. 14a ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA NETO, M. V.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 586-593, ago. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400586&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2017.

MONCEAU, G. Le concept de résistance en éducation. **Pratiques de Formation**. Analyses, n.33, p. 47-57, 1997.

_____. Innovation, institution, résistance. In: Berthet, C. (Ed). Ministère de la Jeunesse, de l'éducation Nationale et de la Recherche. Direction de l'enseignement scolaire. **Innovation, levier de changement dans l'institution éducative**. Centre National de Documentation pédagogique, 2002a, p.125-139. Disponível em: <http://www.ac-nice.fr/pasi/old/innovations/archives/ancien-site/publications/innovation_levier_changement.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2017.

_____. Le concept de résistance. **De la Pédagogie institutionnelle à l'intervention socianalytique**. Association Echanges. Savoirs et Partages en Sciences de l'Education. Université de Limoges, Le Gai Savoir n. 5, p. 9-26, 2002b.

_____. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 467-482, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a10v31n3.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

_____. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008a. doi:10.1590/S1984-02922008000100007.

_____. Como as instituições permeiam as práticas profissionais: Socioclínica institucional e formação de professores. In: PIMENTA, S. G.; FRANCO, M. A. S. (Orgs). Pesquisa em Educação: **possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação**, v. 1, Loyola: São Paulo, 2008b.

_____. Analyser ses implications dans l'institution scientifique: une voie alternative. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 13-30, 2010. Disponível em: <<http://www.revipsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a03.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

_____. L'analyse institutionnelle des pratiques: **une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France**. Paris: L'Harmattan, 2012. 212 p.

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

_____. Institutionnalisation de la réflexivité et obstacles à l'analyse d'implications. In: BÉZIAT, J. (Dir). **Analyse de pratiques et réflexivité: regards sur la formation, la recherche et l'intervention socio-éducative**. Paris: L'Harmattan, 2013b, p. 21-32.

_____. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. Traduzido por Roberta Carvalho Romagnoli, Lívia Eliana Machado de Castro Britto e Cecília Silva Salomão, originalmente publicado em: MONCEAU, G. (2012). *Techniques socio-cliniques pour l'analyse institutionnelle des pratiques*. In: MONCEAU, G. (Org.). *L'analyse institutionnelle des pratiques: une socio-clinique des tourments institutionnels*. Paris: L'Harmattan. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 197-217 abr. 2015.

MONCEAU, G. (Org). Les effets des recherches de type socio-clinique: questionnement pour la "Recherche avec". In: _____. *Enquêter ou intervenir. Effets de la recherche socio-clinique*. Paris: Champ social, 2017. p. 9-18.

_____. Análise coletiva: para combater os efeitos de institucionalização na educação e no trabalho na saúde. In: CECCIM, R. B. et al. (Orgs). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 1-5. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude>>. Acesso em: 25 set. 2018.

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, 2015. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008.

MORIN, E. Sur l'interdisciplinarité. **Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires**, n. 2, 1994. Disponível em: <<http://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php>>. Acesso em: 25 set. 2018.

OLIVEIRA, C. L. **Basaglia e a prática reabilitativa no Centro de Convivência**. 2016. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 187-206, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200187&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 122-149.

ORCHARD, C. et al. The Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A national interprofessional competency framework**. Vancouver: CIHC, 2010. Disponível em: <https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Genebra: OMS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2018.

_____. Global Conference on Primary Health Care. **Declaration on primary health care**. Astana, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. Health Professions Networks. Nursing and Midwifery. Human Resources for Health. **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=F3F73D3C614EAB0849BE7651214EF99E?sequence=1>. Acesso em: 30 out. 2018.

_____. Interprofessional Collaborative Practice in Primary Health Care: **Nursing and Midwifery Perspectives Six Case Studies**. Human Resources for Health Observer, n.13. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/hrh/resources/IPE_SixCaseStudies.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Educação interprofissional na atenção à saúde: **melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal**. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia, 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS, 2017. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34370/OPASHSS17024_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 fev. 2019.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 94-106, maio 2012. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2019.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2019.

PARREIRA, C. M. S. F. et al. Educación Interprofesional en Brasil. In: NUIN, J. J. B.; FRANCISCO, E. I. (Ed). **Manual de Educación Interprofesional Sanitaria**. Elsevier, 2018. p.115-137.

PASINI, V. L. **Residência Multiprofissional de Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS**. 2010. 155 f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PASSOS, E. et al. (Entrevistadores). Entrevista com Gilles Monceau. Rio de Janeiro, 24 de abril de 2006. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 309-318, jan./jun. 2008. doi:10.1590/S1984-02922008000100027.

PEDUZZI, M.; AGRELLI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1525-

1534, 2018. Suplemento 2. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2019.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977>. Acesso em: 18 fev. 2019.

PENIDO, C.; ROMAGNOLI R. Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. **Psicologia e Sociedade**, v. 30, p. e173615, 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v30/1807-0310-psoc-30-e173615.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PINTO, J. M. R. The financing of education in the Federal Constitution of 1988: 30 years of social mobilization. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 39, n. 145, p. 846-869, Dec. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302018000400846&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Apr. 2019.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1535-1547, 2018. Suplemento 2. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601535&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2019.

REDE UNIDA. **Nossa História**. 2019. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia>>. Acesso em 26 abr. 2019.

REEVES, S. et al. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: BARR, H. (Ed.). **Interprofessional teamwork for health and social care**. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.

REEVES, S. **Developing and delivering practice-based interprofessional education**. Munich: VDM Publications, 2008. 244 p.

_____. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p: 185-196, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/pt_1807-5762-icse-20-56-0185.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p.1-3, jan. 2018. doi:10.1080/13561820.2017.1400150.

RIBEIRÃO PRETO. (Município). Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Assessoria Técnico Legislativa. Decreto Municipal nº 72, de 3 de maio de 1995. Homologa o novo regimento interno das comissões locais de saúde. **Diário Oficial do Município**, Ribeirão Preto, 1995. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/J321/pesquisa.xhtml?lei=8995>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/i16indplano.php>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

RODRIGUES, M. A. Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 27, n. 1, p.15-24, abr. 1993. doi:10.1590/0080-6234199302700100015.

RODRIGUES, H. B. C. À beira da brecha: uma história da análise institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p.195-256.

RODRIGUES, F. T. Residências Multiprofissionais em Saúde: formação ou trabalho? **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v.15, n. 1, p. 71-82, jan./jun. 2016. doi:10.20396/sss.v15i1.8647309.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mar. 2016.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, v. 21, n. 2, jul. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/avaliacao/article/view/2610>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista Epos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2019.

SAMSON, D. Escrita e trabalho de institucionalização: o efeito Goody. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 131-146.

_____. Les technologies de l'implication: une dérive productiviste dans la présentation de soi. **Education permanente**, n. 162, p. 51-64, 2005.

_____. Posture d'encadrement et théories de l'implication. Cours de Méthodologie. Master 1 e 2. **Unité d'Enseignement Expertise technique et encadrement d'équipe et La posture d'encadrement et d'expert**. Université de Cergy Pontoise, France, 2018.

SANTANA, F. R. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na formação profissional do enfermeiro: pesquisa socioclínica no Brasil e na França**. 2016. 341 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SAVOYE, A. Du passé, faisons l'analyse. Le traitement de l'histoire. In: HESS, R.; SAVOYE, A. **Perspectives de L'analyse institutionnelle**. Paris: Éditions Librairie des Méridiens Klincksieck, 1988, p. 153-164.

_____. Analyse institutionnelle et recherches socio-historiques: quelle compatibilité? **L'Homme et la Société**, Paris, França, v. 1, n. 147, p. 133-150, 2003.

_____. Análise institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. **Mnemosine**, v. 3, n. 2, p. 181-193, 2007. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/viewFile/41329/pdf_110>. Acesso em: 23 fev. 2019.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2019.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Decreto nº 26.920, de 18 de março de 1987**. 1987. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1987/decreto-26920-18.03.1987.html>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SILVA, F. C. F. et al. A formação enquanto estratégia de mudança na saúde mental coletiva. **Boletim da Saúde**, v. 21, p. 51-58, jan./jun. 2007.

SILVA, H. H. Análise institucional de intervenções realizadas em duas escolas municipais de Contagem, Minas Gerais: **a ordem escolar e os limites à implantação de círculos de estudos**. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de São João Del-Rei, 2013.

SILVA, J. A. M. et al. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo**, v. 49, p. 16-24, dez. 2015a. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2017.

SILVA, M. M. S. et al. A produção de tecnologias enquanto efetividade da residência multiprofissional em saúde da família. In: DIAS, M. S. A. et al. (Orgs) **Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015b. 385 p.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Katálisis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018. doi:10.1590/1982-02592018v21n1p200.

SÓL, N. A. A. A medicina geral comunitária no Brasil: **uma análise institucional sócio histórica de sua trajetória enfocando programas específicos**. 2011. 221 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

SOUZA, A. C. **Pontilhando Aprendizagens: função preceptoria e práticas cuidadoras nos campos-equipes**. 2014. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

UEBEL, A. C.; ROCHA, C. M.; MELLO, V. R. C. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo – CSEM. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1234/resgate-da-memoria-historica-da-residencia-integrada-em-saude-coletiva-do-centro-de-saude-escola-murialdo-?-csem>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Proposta de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde**. Edital de convocação nº 17 de 04 de novembro de 2011. Ribeirão Preto, 2012.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Processo Seletivo para preenchimento das vagas dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades Uni e Multiprofissional para o período letivo 2018-2020 2019. 2017. Disponível em: < https://www.fuvest.br/wp-content/uploads/Informe-Resid%C3%A2ncias-01_2018.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2019. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/a-faculdade/historia/>>. Acesso em 06 jun. 2019.

VALEAU, P. **Gérer l'implication dans le respect des differences: Des associations aux autres organisations**. HDR (Habilitation à Diriger des Recherches), spécialité Gestion, présentée à l'Université de Lille 1, 2004. Disponível em: <http://patrick.valeau.com/Gerer_l_implication/Gerer_l_implication_dans_le_respect_des_differences.htm>. Acesso em: 09 abr. 2019.

APÊNDICE A1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Residentes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TÍTULO DO ESTUDO: A formação interprofissional e as práticas colaborativas na Residência Multiprofissional

PESQUISADORAS: Pós-graduanda Luana Pinho de Mesquita e Prof^a Dr^a Silvia Matumoto.

O QUE É ESTE DOCUMENTO? Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo que será realizado no município de Ribeirão Preto. Este documento é chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e explica a finalidade de sua participação, caso você aceite o convite. Fala dos possíveis riscos e benefícios, caso você aceite participar, além dos seus direitos como participante da pesquisa. Após analisar todas as informações e assim que forem esclarecidas todas as suas dúvidas, você terá o conhecimento necessário para tomar a decisão sobre sua participação ou não no estudo. Não tenha pressa para decidir. Se for preciso, leve para a casa e leia este documento novamente.

POR QUE REALIZAR ESTE ESTUDO? As necessidades de saúde da população brasileira exigem um processo de formação dos trabalhadores da saúde para o alcance da integralidade no cuidado. Para isso, o trabalho em equipe com interação entre diferentes profissões da área da saúde deve ser um compromisso dos programas de residências em saúde para fortalecer o trabalho no Sistema Único de Saúde. Assim, a responsabilização pelo cuidar do outro com práticas conjuntas e com uma visão ampla para os determinantes de saúde pode ser alcançada com espaços de reflexão e análise crítica de seu cotidiano de trabalho.

O QUE ESTE ESTUDO QUER SABER? Este estudo busca analisar o processo de formação interprofissional e as práticas colaborativas de residentes em um Programa de Residência Multiprofissional no município de Ribeirão Preto - São Paulo.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO DURANTE O ESTUDO?

A pesquisadora junto com vocês residentes realizarão um grupo de reflexão em local escolhido e agendado previamente, de forma a não interromper as atividades pré-programadas do coletivo, mantendo-se sigilo e privacidade. Estes encontros serão gravados para posterior transcrição. Neste momento você terá a oportunidade de refletir sobre sua interação e trabalho conjunto com os demais profissionais de saúde. Também poderá elencar desafios e expectativas em relação ao trabalho interprofissional e compartilhar práticas realizadas nos espaços de formação nas unidades de saúde e com a comunidade. Durante o diálogo, poderei fazer algumas anotações em meu diário de campo. O tempo estimado para nosso encontro é de 50 minutos a 1 hora. Lembramos que a sua identidade será guardada em segredo, não será revelada qualquer informação a seu respeito ou que possa identificá-lo publicamente.

HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

Você poderá se sentir desconfortável ou constrangido ao refletir sobre sua formação e sobre suas práticas pois poderá ser possível analisar sua trajetória de formação e as condições institucionais para seu trabalho e formação interprofissional, além das expectativas em relação à formação em serviço e junto à equipe/turma multiprofissional. Neste momento, você ficará à vontade para interromper as atividades do grupo no momento que achar necessário ou manifestar para a pesquisadora alguma forma para redução/resolução do constrangimento ou mesmo solicitando à pesquisadora o reagendamento do encontro, mantendo sempre o respeito à sua liberdade de participação. Ou poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA MIM SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO? É possível que este estudo não lhe traga benefícios diretos, oportunidade de reflexão sobre a sua

prática como profissional de saúde em formação, pode trazer reconhecimento de seu trabalho e subsídio para a construção e fortalecimento de sua identidade profissional, além da possibilidade de compartilhar saberes e papéis que subsidiam práticas colaborativas no SUS. Além disso, pode haver o reconhecimento de limites e desafios no contexto atual da formação em serviço. Não haverá pagamento por participação na pesquisa, mas acreditamos que os resultados desse estudo possam contribuir com o fortalecimento da formação de profissionais de saúde para o SUS possibilitando uma atenção à saúde de qualidade à população. Pretendemos divulgar o conteúdo desta pesquisa em congressos e publicações em revistas científicas, deixando sua identidade em sigilo.

QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE EU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO? Sua participação é voluntária, e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo, e desistir a qualquer momento. Se isso acontecer, suas informações serão excluídas deste estudo e não serão mais utilizadas.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS SE EU QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO?

Receber as informações do estudo de forma clara, esclarecer suas dúvidas, você terá o tempo que for necessário para decidir participar ou não do estudo, e também a liberdade para desistir e se retirar do estudo a qualquer momento e não responder perguntas que o incomodem ou lhe cause qualquer constrangimento. Ter assistência a tudo o que for necessário se ocorrer danos decorrentes do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso. Se isto acontecer, você tem direito a reclamar indenização, por parte dos pesquisadores e das Instituições envolvidas, além de ser ressarcido pelos gastos por causa da sua participação na pesquisa, como: transporte e alimentação, se houver. Ter respeitado o seu anonimato (confidencialidade) e sua vida privada (privacidade). Receber uma via deste documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE OS MEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM EU FALO?

Fale com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Este Comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e autorizam ele acontecer ou não. O contato pode ser feito através do telefone (16) 3315-9197, ou pessoalmente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto. O horário de atendimento é de 2ª a 6ª feira, nos dias úteis, das 10h00 às 12h00 e das 14:00 às 16:00h. **ASPECTOS ÉTICOS:** Este estudo segue a Resolução CNS 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e será realizado somente após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM EU FALO? Fale diretamente com as pesquisadoras responsáveis: LUANA PINHO DE MESQUITA e-mail: luanamesquita@gmail.com, telefone (16) 98202 2929 ou SILVIA MATUMOTO telefone (16) 3315-3476, e-mail: smatumoto@eerp.usp.br ou pessoalmente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Eu entendi o estudo, assim como li o Termo de Consentimento. Declaro que tive o tempo necessário para decidir sobre a minha participação na pesquisa e assim autorizo a minha participação no estudo. Ao assinar este Termo de Consentimento, não abro mão de nenhum dos meus direitos. Este documento será assinado por mim e pelo pesquisador, sendo todas as páginas rubricadas por nós dois. Uma via ficará comigo, e outra com o pesquisador.

Nome do participante ou representante

Data

Assinatura

Luana Pinho de Mesquita -
Pesquisadora

Data

Assinatura

Silvia Matumoto -
Pesquisadora

Data

Assinatura

APÊNDICE A2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Fundadores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TÍTULO DO ESTUDO: A formação interprofissional e as práticas colaborativas na Residência Multiprofissional

PESQUISADORAS: Pós-graduanda Luana Pinho de Mesquita e Prof^a Dr^a Silvia Matumoto.

O QUE É ESTE DOCUMENTO? Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo que será realizado no município de Ribeirão Preto. Este documento é chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e explica a finalidade de sua participação, caso você aceite o convite. Fala dos possíveis riscos e benefícios, caso você aceite participar, além dos seus direitos como participante da pesquisa. Após analisar todas as informações e assim que forem esclarecidas todas as suas dúvidas, você terá o conhecimento necessário para tomar a decisão sobre sua participação ou não no estudo. Não tenha pressa para decidir. Se for preciso, leve para a casa e leia este documento novamente.

POR QUE REALIZAR ESTE ESTUDO? As necessidades de saúde da população brasileira exigem um processo de formação dos trabalhadores da saúde para o alcance da integralidade no cuidado. Para isso, o trabalho em equipe com interação entre trabalhadores de diferentes profissões da área da saúde deve ser um compromisso dos programas de residências em saúde para fortalecer o trabalho no Sistema Único de Saúde. Assim, conhecer os aspectos teóricos e sociais no momento da fundação do curso são importantes para a descrição e análise do contexto histórico nos quais seus atores estão inseridos, bem como de seus limites e desafios.

O QUE ESTE ESTUDO QUER SABER? Este estudo busca analisar o processo de formação interprofissional e as práticas colaborativas de residentes em um Programa de Residência Multiprofissional no município de Ribeirão Preto - São Paulo.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO DURANTE O ESTUDO?

Você está sendo convidado para uma entrevista. Se você concordar, a pesquisadora agendará uma entrevista em local e horário escolhido previamente, mantendo-se sigilo e privacidade. Esta entrevista será gravada para posterior transcrição. Neste momento você terá a oportunidade de refletir sobre a fundação do Programa de Residência e aspectos históricos, teóricos e sociais do momento de sua fundação e sobre o trabalho interprofissional em saúde. Também poderá elencar desafios e expectativas em relação ao trabalho interprofissional e a integração ensino-serviço. Durante o diálogo, poderei fazer algumas anotações em meu diário de campo. O tempo estimado para nosso encontro é de aproximadamente 40 minutos. Lembramos que a sua identidade será guardada em segredo, não será revelada qualquer informação a seu respeito ou que possa identifica-lo publicamente.

HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

Você poderá se sentir desconfortável ou constrangido ao refletir sobre as condições institucionais e seu envolvimento com a fundação do Programa e com a formação interprofissional, além das expectativas em relação à formação em serviço. Neste momento, você ficará à vontade para interromper a entrevista ou manifestar para a pesquisadora alguma forma para redução/resolução do constrangimento ou mesmo solicitando à pesquisadora o reagendamento da mesma, mantendo sempre o respeito à sua liberdade de participação. Ou poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA MIM SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO? É possível que este estudo não lhe traga benefícios diretos, mas pode dar-lhe a oportunidade de

reflexão sobre aspectos relacionados à fundação do programa, sobre seu trabalho e contribuições para a construção e fortalecimento da formação em serviço, além da possibilidade de compartilhar os objetivos iniciais do Programa e suas expectativas em relação à formação interprofissional em serviço. Além disso, pode haver o reconhecimento de limites e desafios deste contexto. Não haverá pagamento por participação na pesquisa, mas acreditamos que os resultados desse estudo possam contribuir com o fortalecimento da formação de profissionais de saúde para o SUS possibilitando uma atenção à saúde de qualidade à população. Pretendemos divulgar o conteúdo desta pesquisa em congressos e publicações em revistas científicas, deixando sua identidade em sigilo.

QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE EU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO? Sua participação é voluntária, e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo, e desistir a qualquer momento. Se isso acontecer, suas informações serão excluídas deste estudo e não serão mais utilizadas.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS SE EU QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO?

Receber as informações do estudo de forma clara, esclarecer suas dúvidas, você terá o tempo que for necessário para decidir participar ou não do estudo, e também a liberdade para desistir e se retirar do estudo a qualquer momento e não responder perguntas que o incomodem ou lhe cause qualquer constrangimento. Ter assistência a tudo o que for necessário se ocorrer danos decorrentes do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso. Se isto acontecer, você tem direito a reclamar indenização, por parte dos pesquisadores e das Instituições envolvidas, além de ser ressarcido pelos gastos por causa da sua participação na pesquisa, como: transporte e alimentação, se houver. Ter respeitado o seu anonimato (confidencialidade) e sua vida privada (privacidade). Receber uma via deste documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE OS MEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM EU FALO?

Fale com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Este Comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e autorizam ele acontecer ou não. O contato pode ser feito através do telefone (16) 3315-9197, ou pessoalmente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto. O horário de atendimento é de 2ª a 6ª feira, nos dias úteis, das 10h00 às 12h00 e das 14h00 às 16h00. **ASPECTOS ÉTICOS:** Este estudo segue a Resolução CNS 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e será realizado somente após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP. **SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM EU FALO?**

Fale diretamente com as pesquisadoras responsáveis: LUANA PINHO DE MESQUITA e-mail: luanamesquita@gmail.com, telefone (16) 98202 2929 ou SILVIA MATUMOTO telefone (16) 3315-3476, e-mail: smatumoto@eerp.usp.br ou pessoalmente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Você terá o tempo necessário para decidir sobre a sua participação na pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento, você não abre mão de nenhum dos seus direitos. Este documento será assinado por você e pelas pesquisadoras, sendo todas as páginas rubricadas por todos. Uma via ficará com você, e outra com as pesquisadoras.

Eu declaro que li o Termo de Consentimento e autorizo a minha participação no estudo.

Nome do participante ou representante

Data

Assinatura

Luana Pinho de Mesquita -
Pesquisadora

Data

Assinatura

Silvia Matumoto –
Pesquisadora

Data

Assinatura

APÊNDICE B

Quadro suporte para Análise documental - Instrumento de Avaliação da qualidade da Educação Interprofissional

Os objetivos apontam para a interprofissionalidade?		Os objetivos apontam para uma atuação “de maneira interdisciplinar, através de uma formação em serviço técnico-científica, humanística e ética” (BRASIL, 2009, p.8). No entanto, o programa ainda não atende os objetivos para ser declarado como interprofissional. A formação por vezes segue o modelo instituído uniprofissional, especializado, caracterizado pela fragmentação das práticas. Por outro lado, há momentos instituintes de práticas colaborativas nos cenários de prática, a depender do encontro equipe de residentes-equipe.
A colaboração é uma finalidade?	O PPP não trata nos exatos termos sobre a colaboração como uma finalidade, e não se refere ao caráter interprofissional ou ao exercício de práticas colaborativas.	-Orientação para a prática humanizada, com atuação em equipe matricial, respeito aos saberes populares e com enfoque nas doenças crônicas (USP, 2012) -Necessidade de revisitar o PPP na perspectiva das práticas colaborativas.

	<p>Propõe que o trabalho seja interdisciplinar, com consideração ao usuário e sua autonomia no cuidado.</p>	
<p>Com patibilidade de metas e a prática colaborativa</p>	<p>Meta 1: Trabalhar em alinhamento com o Plano de Metas da Saúde 2010-2013, no Distrito Sanitário Oeste de Ribeirão Preto e com o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 e com a CIES - DRS XIII</p> <p>Meta 2: Articular ações com o Plano de estratégias de enfrentamento das DCNT;</p> <p>Meta 3: formação dentro de uma visão de equipe matricial em conformidade com o conceito de NASF (USP, 2012)</p>	<p>- Necessidade de detalhamento das metas ao modelo de atenção do município com direcionamento para as práticas colaborativas</p> <p>- Necessidade de investimento para ampliação na participação de alguns atores na AB.</p>

<p>A</p> <p>dimensão</p> <p>interprofissi</p> <p>onal é</p> <p>incorporada</p> <p>ao processo</p> <p>ensino-</p> <p>aprendizage</p> <p>m?</p>	<p>Esta dimensão relaciona-se ao</p> <p>desenvolvimento de competências que</p> <p>potencializem a colaboração interprofissional e nos</p> <p>documentos esta dimensão interprofissional não foi</p> <p>explicitada.</p>	<p>Há espaços que favorecem a dimensão interprofissional como o</p> <p>Módulo Teórico Comum e as práticas nas USF entre outros cenários,</p> <p>mas com pouco apoio no processo ensino-aprendizagem. A</p> <p>incorporação desta dimensão é a concretização do trabalho</p> <p>colaborativo/ trabalho-com.</p> <p>Não há consenso entre os atores-chave sobre o entendimento da</p> <p>formação interprofissional.</p>
<p>O</p> <p>Programa</p> <p>informa seu</p> <p>referencial</p> <p>teórico?</p>	<p>Não há referência teórica à educação</p> <p>interprofissional, não explicita sua perspectiva</p> <p>teórica.</p>	<p>A gênese teórica se constitui com apoio nas portarias</p> <p>interministeriais lançadas pelo MS e Mec – SGTES – que dão suporte</p> <p>para a criação das RMS. A escrita dos documentos se baseou no</p> <p>processo de Regionalização (2010) e na Política Nacional da Atenção</p> <p>Básica (2011).</p>

Fonte: Barr (2003) - traduzido por Miranda Neto, Leonello e Oliveira (2015).

APÊNDICE C

Modelo de dispositivo de narrativa trabalhada com o coletivo de residentes em

29/08/2017

Primeiro, o grupo de residentes encontra neste espaço, chamado de módulo teórico comum, um espaço de escuta, notei que o grupo conseguiu manter um ambiente que respeitou a escuta da experiência do outro, que trouxe proposições e saídas para os problemas levantados, que busca entender e conhecer mais sobre o seu papel como residente. Vejo-os não apenas como grupo mas sim como coletivo de residentes. Essa postura colaborativa e comunicativa é importante quando pensamos no processo de aprendizagem em coletivos.

Acredito que o encontro, que foi considerado produtivo não só por mim mas também pelo grupo, proporcionou a vivência de um novo ambiente, um novo lugar como residente em formação. O encontro foi produtivo porque? Acredito que tenha sido pois o ambiente de aprendizagem favoreceu um momento em roda em que puderam se olhar, escutar o outro, ouvir outras perspectivas de ser residentes diferentes, e quando digo diferentes digo de diferentes profissões, em diferentes equipes e por isso em diferentes contextos de trabalho e por isso diferentes. Algo comum é a vontade de mudança, de trazer possibilidades de fazer algo novo, abertos às experimentações propostas e com vontade de levantar estratégias e formas de trabalho em que seja possível trabalhar juntos.

Outros desejos neste coletivo parecem ser o de que sejam incluídos como parte da equipe, aceitos com suas particularidades e singularidades, e que se sintam cada vez mais como profissionais de saúde que podem fazer mais do que aquilo que muitos imaginam, desejo de quebrar estereótipos do ser e do fazer de cada uma das profissões.

Vivenciei como pesquisadora um coletivo vivo que porta potencialidades e também fragilidades ou pontos a melhorar. Que consegue observar sua realidade de trabalho, encontrar os nós

críticos e está em busca de soluções para desenredar estes conflitos dentro das equipes. Se colocar no lugar do outro (seja de outro residente ou profissional da equipe) foi um exercício importante e continuará sendo nesse processo.

É importante pensar porque a equipe é aquela que nunca quer, que não discute o caso, porque não convida para a roda? Porque não entende o papel do residente? Ela não entende o que o residente faz ou deveria fazer? Será que ela está desmotivada demais para pensar na reflexão de sua prática?

Surgiram dúvidas: como responsabilizar-se pelo cuidado do usuário de forma coletiva, entre os residentes e a própria equipe? Como dar continuidade ao trabalho iniciado? Como incluir o residente no planejamento das ações da equipe, sem sobrecarregá-lo? Como fazer matriciamento? Ou criar espaços para fazer matriciamento nas equipes?

Finalmente, para provocar reflexões na equipe sobre o trabalho colaborativo notei que falta apoio e suporte para encarar o manejo destes conflitos na equipe, faltam ferramentas que não são dadas ou ensinadas nos livros mas sim construídas ao longo deste processo junto com a equipe, com os preceptores e tutores. Assim, acredito que neste processo de formação, o diálogo entre residentes e preceptores do serviço e tutores de núcleo poderia ser fortalecido.

APÊNDICE D

Roteiro de observação dos profissionais residentes nos serviços da atenção básica

Data da Observação: _____ Unidade de saúde: _____

- Identificação do(s) profissional(is) e atividade

Profissão dos residentes: _____

Tipo de atendimento (Visita domiciliar, Grupo de educação em saúde/promoção de saúde, Consulta ou atendimento conjunto, Reunião de equipe):

Quantos profissionais/pessoas participam da atividade: _____

Aspectos da relação interprofissional

- Comunicação e Interação entre profissionais
- Troca de saberes e experiências
- Conhecimento ou interesse sobre a atuação do outro
- Decisão compartilhada
- Recursos e estratégias para o cuidado interprofissional
- Forma de registro da atividade (individual/conjunta)

APÊNDICE E

Roteiro para entrevista semi-estruturada

Data: _____

Identificação (função/posição do entrevistado no Programa de Residência)

Questões norteadoras

1. Você pode contar um pouco como foi o processo de criação do Programa (primeira proposta do Programa de Residência Integral em Saúde, processo de pedido e apreciação da proposta, escrita do documento, bases teóricas, autores e referências pedagógicas e de saúde)
2. Como se deu a sua inserção e participação nessa construção?
3. Você poderia contar um pouco sobre o contexto institucional/social nesse momento de criação do programa?
4. Fale um pouco sobre o que você viveu ao colocar em prática a proposta depois de aprovada. (Quais as perspectivas e objetivos que se cumpriram ou não?)
5. O que mudou desde a origem do programa? Como você avalia isto?
6. Quais as perspectivas/objetivos atuais em relação ao programa?
7. O que você entende por trabalho interprofissional?
8. Que perspectivas em relação ao trabalho interprofissional existiam à época de criação do Programa?
9. Como ela vem se constituindo ao longo do tempo (em quais espaços, com quem, quais ações favorecem essa perspectiva de trabalho)
10. Quem dentre os fundadores você considera importante incluir para participar como entrevista? (questão incluída posteriormente no processo da produção de dados)

APÊNDICE F

Modelo de restituição com a equipe de residentes de uma das unidades de saúde da família

Pesquisa: A formação interprofissional e as práticas colaborativas na Residência Multiprofissional

Pesquisadora: Luana Mesquita – EERP/USP

Restituição Equipe Ipê - Janeiro de 2018.

Participam nesta USF residentes Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia.

Quais as atividades realizadas?

Grupos de promoção de saúde (emagrecimento e casa terapêutica), atendimentos compartilhados, VDs, reunião de equipe, de discussão de casos, de construção de Projeto terapêutico singular, e reunião entre residentes multi e preceptora e enfermeira. Participação em eventos científicos

Como se deu a comunicação?

A comunicação se dá de forma fluida ou tensa a depender do espaço de disputa entre diferentes profissionais. Ex: em atendimentos compartilhados há muita disputa entre saberes e poderes profissionais e então a comunicação é tensa. Se é um grupo e há reconhecimento dos saberes e troca de informações a comunicação se dá de forma mais fluida, há mais horizontalidade nas relações.

Durante o atendimento compartilhado, pode vezes a atividade/ação é compartilhada entre profissionais, por vezes não. Quando compartilhada há troca de informações, discussão do caso, interação e divisão de tarefas e do registro. Nos momentos de grupos de educação em saúde há planejamento conjunto, execução em duplas ou trios e registro pouco realizado pelos residentes (pasta de grupos?), fica sob responsabilidade da ACS para fins de alimentação da plataforma e-SUS. Os usuários são muito participativos e sempre integrados aos profissionais da equipe.

Os residentes participam ativamente da reunião de equipe, principalmente quando a enfermeira esteve ausente (líder) tentando tomar lugar de organizador de pautas, ou na função da escrita da ata, dão sugestões para organizar as pautas (porta-vozes). Quanto à participação em eventos, na maioria das vezes, a apresentação de caráter acadêmico fica sob responsabilidade dos residentes.

Notei que há a tentativa de zelar pela comunicação entre equipes vizinhas no território, principalmente em relação ao trabalho com a comunidade.

A comunicação da reunião multiprofissional é formativa, é um espaço em que é possível o acompanhamento longitudinal do residente durante a sua formação em serviço. Potencialidade para movimentar e implementar mudanças. Nota-se que a enfermeira da unidade também desempenha papel de preceptora/mentora pois auxilia os residentes na organização do processo de trabalho no cotidiano dos serviços e na reflexão sobre a própria prática, pois apesar de estar “mais próxima” dos residentes no dia-a-dia não é oficialmente membro da residência

Quais as principais dificuldades?

Pouco domínio de saberes comuns o que leva à insegurança na liderança de tarefas em equipe. Relataram pouco domínio teórico para a condução do PTS por exemplo. Penso que para tomarem a frente de outras atividades/espacos que exijam saberes comuns esta dinâmica de insegurança deve se repetir.

Encontrar horário comum na agenda para os encontros periódicos, por exemplo para reunião entre residentes multi e preceptora e enfermeira ou atendimentos compartilhados.

Hierarquia entre profissionais médicos e não-médicos. Para a equipe há uma diferença entre residente médico e demais profissionais (residentes também porém não-médicos), não só pela especificidade das competências mas nas demandas, condutas e exigências. Seria possível discutir o papel do residente para a equipe?

Inserção do residente em atividades de gestão do cuidado ampliado ex acolhimento?

O que poderia potencializar o trabalho colaborativo?

Esclarecer qual o papel do residente na atenção básica, quais as suas atribuições e potencialidades ampliando o grau de comunicação dentro da equipe para que possam atuar em outras dimensões além do cuidado (ex: gestão) e incentivar o papel formador da equipe

Aproximar profissionais diferentes (médico e não-médico) e a solidariedade em equipe: Trocar informações, perguntar e dar sugestões entre si, utilizar os espaços de troca e possibilidade de agenda multi/atendimentos compartilhados. Boa tentativa com a agenda compartilhada entre residentes.

Admitir que todos tem saberes e eles podem ser compartilhados - o que eu sei poderia ajudar no trabalho conjunto? Poderia contribuir para o cuidado com o usuário?

Continuidade com o acompanhamento compartilhado entre preceptor e profissional de referência da unidade (enfermeira). Incluir residente médico neste espaço?

Problematizar com a equipe a questão da divisão de saberes e poderes e valorizar os saberes/singularidades de cada um e suas responsabilidades como residente e como profissionais de saúde

APÊNDICE G

Resultado dispositivo “combinação entre frase e objeto” na restituição final com o coletivo de residentes no módulo teórico comum

Dinâmica com objetos durante a restituição em 06 de fevereiro de 2018. Objetivo: sortear uma frase da história do grupo, escolher um objeto relacionado ao tema e correlacionar ambos à sua vivência.	
OBJETO	FRASE
Bolsinha cheia de moedas	“O meu é uma bolsinha muito pesada como se fosse uma pedra e a frase ‘Eu particularmente eu acho que as lacunas de conhecimento não estão só entre a gente mas na própria coordenação’... Então eu acho que esse objeto pesado representa Essas lacunas que atrapalham a nossa residência ou o serviço. ” Residente Terapia Ocupacional R2 (A)
Porta filme fotográfico	“Eu posso falar? ..é ...é um potinho preto sim sem nada porque assim no meu não tinha escrito nada” (frase em branco representando o silêncio) Grupo: risos “Não tem nada... Mas eu acho que deu muito certo assim porque eu não sou de falar muito mas assim aqui dentro... pode estar cheio de coisas aqui dentro e a gente não tá enxergando Então pode estar passando mil coisas na minha cabeça e eu não falei né? ” Residente Nutrição R1 (B)
Concha do mar	“a minha também, por coincidência a minha também...eu peguei essa concha porque me lembrou a aquela concha que a gente bota para ouvir assim.. e aí eu me remeto que as vezes eu prefiro ouvir do que falar... Eu gosto mais de ouvir do que falar ” Residente Terapia Ocupacional R1(C)
Calculadora	“Eu acho que entra nisso e a frase é: ‘a gente gostaria de estar aqui? não, não gostaria’ Seria Exatamente isso... a gente não via o porquê ...a gente não tava enxergando não tava somando nada ...aí eu peguei uma calculadora porque não estava agregando muito no espaço de tempo que a gente tinha tanta coisa, numa residência que a gente viu que tem tanta coisa para a gente aprender e a gente perdia tempo... ” Residente Odontologia R2 (A)
Enfeite	“a pessoa (que disse a frase) ... ela gostava do espaço ... ela falava: ‘a gente tem compartilhado coisas a gente tem compartilhado e criado uma troca bem interessante ... eu estou aprendendo muito com ela estou achando que ela esteja aprendendo muito comigo’... E a gente vê que existem várias visões do espaço.. No tempo... eu lembro quem disse isso foi bem no começo... foi uma das mudanças que estava acontecendo... E eu não me sentia igual a essa pessoa então assim... eu via que ele estava se aproveitando muito mais do que a gente tava ...a gente tava em um momento muito diferente de aproveitamento desse espaço.. ” Residente Odontologia R1 (B)
Bisnaga	“(barulho com uma bisnaga de ketchup)..tá bom... Vocês entenderam né? mas é difícil mesmo ... ‘a gente trabalha... às vezes chega meio cansado com fome’... então é um desestímulo que a gente tinha.. ” Residente Odontologia R1(C) “Mas a gente continua cansado e com fome” Residente odontologia R1(A)
? (objeto não identificado pelo residente)	“a frase que eu peguei tem muito a ver com a nossa prática profissional como a gente é visto no serviço a frase é ‘eu percebo que todo o mundo quer que a gente faça atendimento atendimento atendimento atendimento... se você não está fazendo isso É como se você não estivesse fazendo nada’ ... então eu vejo que assim...as vezes, por exemplo alguns eventos como o (evento científico das experiências de saúde do município) dá visões diferenciadas de modelos diferentes []...É diferente para gente... a gente é

	recompensado né com isso como nosso trabalho” Residente Farmácia R1 (B)
Bulbo da Lâmpada	“coloca assim: ‘então eu percebo que é assim ... o matriciamento agora está mais latente na gente esse conceito de coletivo do que é ...agora a gente está pensando melhor nessa questão de apoio matricial e equipe... era um assunto importante só que não era tão discutido’ aí eu peguei um balão para dar um sentido de que a lâmpada ela tem uma finalidade coletiva, ela está aqui para todo mundo mas a gente não pensa muito no porquê da lâmpada, ela só é e cumpre a função dela mas às vezes a gente quando ela falha a gente vai olhar para outras coisas para discutir agora uma solução, pegar a vela... então eu acho para a gente ficar um pouco disso por matriciamento é óbvio pelo objetivo dessa residência mas como o óbvio precisa ser dito a gente não discute não é claro na prática o que que é para gente... ” Residente Fonoaudiologia R1(A)
Xícara de café	“seguindo na mesma linha do matriciamento Eu peguei uma xícara de café... ‘porque a gente não tem aquele matriciamento oficial né mas a gente conversa entre si e acaba trocando saberes e experiências mas de uma forma bem informal assim as vezes no WhatsApp’ ... e aí eu lembrei muito que muitas vezes o que acontece ali no momento do cafezinho eu tô querendo fazer um Break tipo dar uma pausa e aí vem alguém ali querendo discutir um caso às vezes como se fosse só uma coisa informal mesmo assim ah eu tenho que te passar ou conversar sobre um paciente como se fosse uma conversa de bar... assim não tira um espaço (específico) para isso. ” Residente Psicologia R1 (A)
Objeto X	“sobre essa questão do matriciamento eu peguei esse objeto que eu não sei o que é (risos)... e a frase é assim "assim ninguém sabe o que que eu faço" Risos “Acho que essa parte do matriciamento... Para passar o conhecimento para o próximo às vezes dá.[] ...o Matriciamento faz parte do nosso dia-a-dia... Mesmo que eu não saiba muito bem ” Residente Farmácia R1 (C)
Caixa de lápis vazia	“Bom meu tá escrito ‘Fiz alguns atendimentos assim com alguns médicos mas existe alguns que eu estava ali só de corpo presente só olhando e é isso aí tchau e acabou..não fiz nada.. Foi um compartilhado que não foi compartilhado’... Então eu peguei uma caixa que estava vazia às vezes ele tava com uma expectativa e não foi compartilhado como ele queria ” Residente Fonoaudiologia R1 (C)
Lápis	“o meu fala sobre o matriciamento também: ‘o apoio matricial ainda é um grande nó a gente tem conversado bastante mas completamente a gente ainda não chegou em algum lugar assim ..em uma conclusão’... então é o que elas falaram né? Não sabia o que era e ficava lá desenhando ” Residente Odontologia R2 (B)

ANEXO A

Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF.3349/2017- CAPP
ALS/2017

Ribeirão Preto, 18 de agosto de 2017.

Prezada Orientadora ,

Informo que os gerentes dos Núcleos de Saúde da Família 1 a 6 da Secretaria Municipal da Saúde manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **“A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”** sob a responsabilidade da **PROFª. DRª. SILVIA MATUMOTO** e da orientada **LUANA PINHO DE MESQUITA** nos locais citados.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente. Fica consignada a liberdade de esta Secretaria retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Cláudia Siqueira Vassimon

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-CAPP**

Ilustríssima Senhora

PROFª. DRª. SILVIA MATUMOTO

ORIENTADORA DO PROJETO DE PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

NESTA

Secretaria Municipal da Saúde
Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto
Fones: 39692205 / e-mail: capp@saude.pmrp.com.br

ANEXO B

Aprovação da realização da pesquisa pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

**Programa de Residência Multiprofissional
em Atenção Integral à Saúde da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo - FMRP-USP**

AUTORIZAÇÃO

Em nossa reunião de no. 58 o NDAE do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ocorrida no dia 20 de março de 2017, foi aprovada a realização da pesquisa intitulada **A formação interprofissional e as práticas colaborativas na Residência Multiprofissional**, sob a responsabilidade da pós-graduanda Luana Pinho de Mesquita, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Sílvia Matumoto da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

A pesquisa tem por objetivo geral analisar os processos de formação interprofissional e as práticas profissionais de residentes que favorecem a integralidade do cuidado na atenção básica.

Tal pesquisa será desenvolvida por uma pesquisadora vinculada ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, nível doutorado da EERP-USP, por meio de pesquisa qualitativa, e será realizada por meio de grupos de reflexão, com residentes de diferentes profissões da área da saúde. Contará com sessões de restituição dos dados aos participantes e observação do trabalho entre os participantes no serviço, além disso, o pesquisador fará uso do diário de campo. Para complementação dos dados será conduzida análise de documentos como o edital e Projeto Político Pedagógico do programa

Ribeirão Preto, 23 de março de 2017

Prof. Dra. Regina Yoneko Dakuzaku Carretta
Coordenadora do Programa de Residência
Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da
Faculdade Medicina de Ribeirão Preto – USP

Prof. Dra. Lilian Neto Aguiar Ricz
Representante Institucional do Programa de Residência
Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da
Faculdade Medicina de Ribeirão Preto – USP

ANEXO C

Ofício de concordância da realização da pesquisa nas unidades de saúde da família emitido pela Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF.3349/2017- CAPP
ALS/2017

Ribeirão Preto, 18 de agosto de 2017.

Prezada Orientadora ,

Informo que os gerentes dos Núcleos de Saúde da Família 1 a 6 da Secretaria Municipal da Saúde manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL"** sob a responsabilidade da **PROFª. DRª. SILVIA MATUMOTO** e da orientada **LUANA PINHO DE MESQUITA** nos locais citados.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente. Fica consignada a liberdade de esta Secretaria retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Claudia Siqueira Vassimon

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-CAPP**

Ilustríssima Senhora

PROFª. DRª. SILVIA MATUMOTO

ORIENTADORA DO PROJETO DE PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

NESTA

Secretaria Municipal da Saúde
Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto
Fones: 39692205 / e-mail: capp@saude.pmrp.com.br