

El análisis de implicación profesional como un dispositivo de educación permanente en salud*

Flávio Adriano Borges^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-5941-4855>

Cinira Magali Fortuna³

 <https://orcid.org/0000-0003-2808-6806>

Adriana Barbieri Feliciano^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-2524-9876>

Márcia Niituma Ogata¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8390-7334>

Maristel Kasper^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-3978-0342>

Mônica Vilchez da Silva⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-4069-9306>

Objetivo: analizar la implicación profesional con los colaboradores de humanización y los articuladores de educación permanente en salud como un dispositivo de Educación Permanente en Salud. Método: investigación-intervención, de abordaje cualitativo, fundamentado en el referencial teórico del Análisis Institucional. Participaron de la investigación 35 colaboradores de humanización y/o articuladores de educación permanente. Fueron realizadas encuestas semiestructuradas, encuentros mensuales, encuentros de restitución y el diario de investigación como instrumentos para la producción de los datos. El análisis del material fue hecho según los principios del referencial del estudio y los resultados fueron presentados según las dimensiones ideológica, organizacional y libidinal de la implicación profesional. Resultados: fueron identificadas: la contradicción en pensarse en un perfil profesional para el desarrollo del apoyo y de la articulación; los sentimientos de desánimo, pesimismo y optimismo en el desarrollo de esas funciones; los atravesamientos que la profesión de enfermería ejerce en el hacer apoyo y articulación; el tiempo de ejercicio profesional; y la ausencia/presencia del deseo en el desarrollo de las mismas. Conclusion: el análisis de implicación profesional consistió en un potente dispositivo generador de procesos formativos. Ella permitió el aprendizaje y la reflexión de la práctica por medio del análisis de las acciones que fueron ejecutadas por los profesionales, generando transformaciones de la concepción del trabajo en salud.

Descriptores: Enfermería; Enfermería em Salud Publica; Salud Publica; Educación Permanente; Política de Salud; Investigación Cualitativa.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Analysis of professional implication: a device triggering process of Permanent Education in Health", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación em Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero del Programa Projetos para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), Brasil, Procesos 2014/50037-0 y 2016/15199-5 y del Programa Inovação para o Sistema Único de Saúde (INOVASUS), Brasil, Proceso INOVASUS 2015.

¹ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

² Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para o Desenvolvimento de la Investigación em Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Becaria de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

⁵ Departamento Regional de Saúde, Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o Sistema Único de Saúde, Araraquara, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Borges FA, Fortuna CM, Feliciano AB, Ogata MN, Kasper M, Silva MV. Analysis of professional implication as a tool of permanent education in health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3189. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3114.3189>. mes día año

URL

Introducción

La Educación Permanente en Salud (EPS) está siendo abordada en diversas producciones científicas que fueron desarrolladas por enfermeros asociadas a las capacitaciones de profesionales de salud en favor de un perfeccionamiento técnico de sus prácticas cotidianas⁽¹⁻²⁾. No obstante, de acuerdo con lo que es presentada, la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS) posee un abordaje que sobrepasa el carácter de una formación puntual, acercándose más de un proceso, que tiene el objetivo de poner las acciones cotidianas del trabajo en análisis colectivo para que, desde ahí, ocurrieran los procesos de cambio de prácticas y formación. Eso se debe por la comprensión de que tanto los problemas presentes en los territorios, como los que se hacen frente en el cotidiano del trabajo en salud son de naturaleza compleja, requiriendo soluciones que fueron elaboradas desde el contexto vivido por los profesionales insertados en aquella realidad, así como conocimientos o saberes que extrapolan los dominios técnicos de las profesiones de la salud⁽³⁾.

Debido a su característica formativa estar basada en construcciones de propuestas colectivas, interprofesionales y contextualizadas a la realidad, la EPS posee una gran potencia transformadora – cuando es empleada en esa perspectiva – en el favorecimiento del diálogo, en el hacer frente de conflictos, en el desarrollo del trabajo en equipo, en la ampliación de la capacidad de análisis del proceso de trabajo y de la realidad vivida cotidianamente⁽⁴⁻⁶⁾.

La enfermería, está dedicándose a las acciones educativas en todas sus dimensiones profesionales debido a su trayectoria histórica junto a la atención y a la gestión del trabajo y, consecuentemente, realiza el perfeccionamiento y la formación de los profesionales de salud, con el objetivo de también la ampliación de la calidad y la mejora de la asistencia prestada a la población. Así, está reconociendo la necesidad de acercarse cada vez más de la formación por el trabajo en la salud⁽⁷⁾.

Al mismo tiempo, es perceptible, además de la poca valoración y carencia, el vaciamiento y el alejamiento, por parte de todos los profesionales de salud, de los momentos que son destinados a la reflexión del proceso de trabajo en sus respectivos escenarios de práctica⁽⁸⁻⁹⁾. Por otro lado, cuando los mismos ocurren, todavía predomina un modelo que es enfocado en la transmisión del conocimiento vertical, de aquellos que “saben más” a aquellos que “saben menos”⁽¹⁰⁾. Todavía se observa que hay un gran reto a ser enfrentado en el sentido del cambio de las formas y de la concepción de educación del trabajador de la salud, haciéndose más crítica y emancipadora.

Estudios indican para la dificultad en la comprensión de la EPS, así como en relación a la creación de espacios que son destinados a la reflexión del trabajo, cuanto de la utilización de estrategias formativas que consideren el contexto que es vivido por los profesionales de salud, problematizando sus prácticas⁽¹⁻⁵⁾. Las producciones científicas todavía se muestran insuficientes en el apuntamiento de dispositivos efectivos capaces de producir reflexión por medio del contexto vivido por los profesionales de salud y que atiendan a los principios de la EPS.

En este camino de cambio, se comprende que la diversificación de las propuestas metodológicas que son centradas en un aprendizaje de problematizar y que tenga el objetivo de atribuir protagonismo a los sujetos en favor del descubrimiento de caminos y soluciones para la resolución de sus problemas cotidianos, anhelando el desarrollo de un pensamiento crítico y reflexivo sobre la realidad, es algo que contribuye, directamente, para un sistema de salud más resolutivo y de mayor cualidad⁽⁷⁾.

En diálogo con la problematización y como un concepto proveniente del referencial teórico del Análisis Institucional, el análisis de implicación profesional puede servir como un dispositivo potente para el desarrollo de la EPS. Ella consiste en un concepto propuesto, inicialmente, por René Lourau, en el campo del Socio-análisis⁽¹¹⁾ y que fue trabajado, posteriormente, por Gilles Monceau como uno de los ocho principios de la Socio-clínica Institucional, que corresponde a una de las modalidades de intervención del Análisis Institucional y que está siendo desarrollada desde los años 2000⁽¹²⁾.

La implicación, para ese referencial, no remite a pensar en el involucramiento o en el comprometimiento de los sujetos en el desarrollo de sus prácticas, sino en la forma como ellos se relacionan, aunque de manera inconsciente, con las instituciones⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Ella puede darse en el nivel ideológico, libidinal y organizacional⁽¹¹⁾.

Las instituciones, a su vez, no corresponden a los equipos o edificios (considerados en este referencial como organizaciones), sino a una dimensión inmaterial relativa a normas y reglas que son construidas y son establecidas socialmente como, por ejemplo, la familia, la educación, la salud, entre otros⁽¹¹⁾.

Los principios de la Socio-clínica Institucional no consisten en un listado de reglas a ser seguidas, sino en características que dan base a las intervenciones institucionales. Estos son: el análisis del encargo y de las demandas; participación de los sujetos en el dispositivo; trabajo de los analizadores; análisis de las transformaciones que ocurren a medida que el trabajo avanza; aplicación de modalidades de restitución; intención de la producción de conocimientos; atención a

los contextos y a las interferencias institucionales y; como ya ha sido explicitado, el análisis de las implicaciones⁽¹²⁾.

Por lo tanto, analizar la implicación profesional es analizar la relación que los sujetos establecen con su profesión (identificada como una institución) y con las demás instituciones en las cuales él ejerce sus prácticas⁽¹²⁾.

El interés en explotar el objeto en cuestión proviene de resultados que fueron encontrados en investigación anterior, desarrollada con seis municipios del estado de São Paulo*, que indican para la ausencia de sentido en el ejercicio de la función apoyo, identificada por los propios colaboradores y también por los equipos de profesionales apoyados. Desde ahí el riesgo en la utilización del análisis de implicación profesional como un dispositivo de reflexión de la práctica del apoyo y articulación de EPS.

Con base en esos preceptos, la realización de intervenciones socio-clínicas en el campo de la enfermería y de la salud consiste en una estrategia novedosa, por revelar los modos de funcionamiento de las instituciones en las prácticas profesionales⁽¹⁵⁾, el que contribuye para el alcance de los objetivos indicados por la EPS. Así, se presenta el presente estudio que tuvo por objetivo analizar la implicación profesional, con los colaboradores de humanización y los articuladores de EPS como un dispositivo de EPS.

Método

Se trata de una investigación-intervención⁽¹⁶⁾ de abordaje cualitativo, fundamentada en el referencial teórico y metodológico del Análisis Institucional⁽¹¹⁾ en su línea Socio-clínica Institucional⁽¹²⁾.

Los datos que fueron presentados aquí son parte de una tesis de doctorado que fue desarrollada en articulación a los proyectos de fortalecimiento del Sistema Único de Salud (SUS), tales como: la Investigación para SUS** y el premio INOVASUS***.

La investigación fue desarrollada con colaboradores de la Política de Humanización y articuladores de Educación Permanente en Salud de los 24 municipios que componen un Departamento Regional de Salud (DRS) del estado de São Paulo. Según datos del

Instituto Brasileño de Geografía y Estadística de 2015, la región posee una población residente total estimada en 991.129 habitantes y el 16,6% de los municipios poseen un Índice de Desarrollo Humano (IDH) arriba de 0,8, el que corresponde a una pequeña parcela de municipios con grado elevado de IDH.

Los criterios de inclusión de los participantes en la investigación fue: ser colaborador de humanización y/o articulador de EPS en alguno de los municipios pertenecientes a este DRS. El criterio de exclusión fue el profesional encontrarse en situación de permiso salud o estar alejado de sus funciones de apoyo y de articulación de EPS.

La invitación a los participantes fue hecha en articulación con el Centro de Desarrollo y Cualificación para SUS (CDC-SUS, en portugués: CDQ-SUS) del DRS en cuestión, visto que esta instancia viene acompañando las acciones que fueron desarrolladas por los colaboradores de humanización y articuladores de EPS desde 2007. Incluso, este CDC-SUS fue protagonista en la creación de esta función, direccionada a la articulación e implementación de las Políticas Nacionales de Humanización y de EPS en los municipios que componen este DRS. En general, los mismos son invitados por el gestor municipal de la salud a ocupar esta función/representación junto al DRS.

La investigación y su objetivo general fueron expuestos a los participantes en consonancia con la presentación del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, no habiendo ninguna rechaza por parte de ningún colaborador ni articulador, que firmaron el término y recibieron, luego, una vía del mismo contando con la firma del investigador responsable.

Participaron de este estudio 35 profesionales de salud que desarrollaron la función apoyo y/o articulación en sus respectivos municipios. Conviene subrayar que, en algunos municipios, un mismo profesional puede ejercer las dos funciones. Esto ocurre, sobre todo, en los municipios menores, donde el número de profesionales de salud es reducido.

La producción de los datos de la investigación fue realizada por medio de: a) encuestas semiestructuradas, que fueron desarrolladas en el período de agosto a noviembre de 2016, que contaron con las siguientes cuestiones orientadoras: 1 – Dime lo que estás desarrollando como colaborador de humanización y articulador de EPS en su municipio; 2 – Dime cuales son las facilidades y las dificultades para el desarrollo del apoyo en su municipio; 3 – Dime lo que entiendes por apoyo y articulación de EPS; b) 10 encuentros mensuales con los colaboradores y los articuladores de EPS, fueron realizados en el período de Septiembre de 2016 a Junio de 2017, destinados al desarrollo de la EPS con ellos, con el objetivo de

* Investigación que fue financiada por la alianza del Ministerio de la Salud, Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo (FAPESP). Esa investigación fue premiada por la Organización Panamericana de Salud y Ministerio de la Salud (Premio Inovassus).

** Investigación que fue financiada por la alianza del Ministerio de la Salud, Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) y Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo (FAPESP).

*** Premio Innovación para el Sistema Único de Salud (INOVASUS) intitulado "INOVASUS Gestión de la Educación en la Salud" de iniciativa del Ministerio de la Salud en alianza con la Organización Panamericana de Salud.

la creación de estrategias y respuestas posibles a las cuestiones que involucraban su trabajo en el territorio, reflejando y analizando sus prácticas profesionales; c) 02 encuentros fueron realizados en agosto y septiembre de 2017, destinados a la restitución de los datos de la investigación; d) diario de investigación del primer autor.

Todos los encuentros y encuestas fueron programados previamente con los participantes, grabados en formato MP3 y transcritos en su completo contenido, buscando garantizar la privacidad y libertad de habla a los participantes. Los encuentros mensuales y de restitución fueron realizados en la ciudad sede de este DRS, con duración promedio de 3 horas cada uno y las encuestas en los respectivos municipios de los colaboradores y articuladores y tuvieron una duración promedio de 35 minutos.

El preparo del material de las transcripciones para análisis fue hecho desde tres etapas: 1) el trabajo de transcripción en sí, donde se pasa una escena o un testimonio para la forma escrita; 2) el trabajo de transposición que consiste en el momento en que palabras y gestos son reconsiderados y restituidos por medio de las palabras del investigador y; 3) el trabajo de reconstitución que consiste en la narrativa argumentada en torno de las principales categorías de análisis⁽¹⁷⁾.

Las transcripciones de los encuentros y de las encuestas pasaron por un proceso de relectura en consonancia con la escucha de las grabaciones, con el intuito de realizar posibles correcciones y retiradas de fragmentos, términos y nombres que pudieran identificar los sujetos, además de ya ir acercando de las hablas en ellas contenidas. El momento de la transposición fue realizado posteriormente, donde las transcripciones fueron releídas diversas veces, añadiendo consideraciones tomadas notas en el diario de investigación y que tenían relación con las lecturas no-verbales y expresiones identificadas en el momento de las hablas (pausas, momentos de tensión, relajación, risas, ironía, etc.). Y, finalmente, el momento de reconstitución, que buscó analizar el material transcrito y transpuesto según los principios de la Socio-clínica Institucional, buscando por fragmentos, contextos y expresiones que indicaran, de alguna manera, las implicaciones profesionales de los sujetos, en las dimensiones ideológica, organizacional y libidinal.

Desde el análisis del material transcrito y de los apuntes del diario de investigación, se iniciaron los momentos de restitución y análisis colectivo. El disparador fue la presentación de algunos análisis de las implicaciones profesionales de los colaboradores y articuladores, realizadas previamente desde el material de las encuestas, de los encuentros mensuales y del

diario de investigación. Luego, se inició el proceso de análisis colectivo de esos datos. O sea, después el compartir de un pre-análisis del material, fue posible desencadenar nuevos procesos analíticos con los sujetos del estudio, enriqueciendo la producción de los datos de la investigación y alcanzando la propuesta intervencionista que el estudio se propone.

Los resultados obtenidos por medio de los distintos instrumentos de producción de los datos de la investigación fueron organizados desde las dimensiones ideológica, organizacional y libidinal de la implicación profesional de los colaboradores y articuladores de EPS. Estos fueron explicitados así como los desplazamientos identificados durante el desarrollo de la investigación, mostrando los efectos que el análisis de implicación profesional generó como dispositivo desencadenador de procesos formativos.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, con el dictamen de nº 1.568.447, existiendo la garantía del secreto a todos los datos que fueron producidos. De este modo, los fragmentos de habla serán aquí identificados por medio de la función ejercida por el profesional seguido de un número cardinal (articulador 01, colaborador 02, colaborador/articulador 03, etc.) y los fragmentos del diario de investigación serán presentados seguidos de la fecha correspondiente al apunte.

Resultados

Participaron del estudio 35 profesionales colaboradores y/o articuladores, de los cuales 16 eran enfermeros, 6 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionales, 3 fisioterapeutas, 2 nutricionistas, 1 administrador, 1 fonoaudiólogo, 1 psicopedagogo, 1 odontólogo y 1 farmacéutico.

La dimensión ideológica de la implicación profesional hace mención a aquello que los sujetos creen. En este caso, consiste en la relación ideológica que el colaborador y el articulador establecen con el apoyo y la articulación de EPS. Así, algunas cuestiones indicaron para esta dimensión, de entre ellas el hecho de la existencia (o no) de un perfil para el ejercicio de las funciones, apareciendo en diversos instrumentos que fueron utilizados en esta investigación.

En el proceso de restitución y análisis colectivo de los datos que fueron producidos, aparecieron dos ideas principales de perfil profesional. Una caminó en la dirección del comprometimiento, del involucramiento y del interés del colaborador y articulador para hacer el apoyo/articulación y otra como una competencia para el desarrollo de esas dos funciones; competencia que,

en un primer momento, parecía característica innata al profesional (algunos poseían otros no). *Yo veo el perfil, más en esa cuestión del comprometimiento (...). La persona tenía interés y termina priorizando otras cosas (...). Entonces, confunde perfil, interés, comprometimiento...* (articulador 10); *Yo creo que un poquito más además de eso, ese perfil, para mí, tiene que ver más con las competencias para desempeñar esa función y esas son de cada ser humano, de cada profesional* (colaborador 13).

Con el pasar del proceso de análisis colectivo de los datos y de la problematización de los mismos, los colaboradores y los articuladores llegaron a la conclusión de la inexistencia de un perfil exacto para el desarrollo de las respectivas funciones. Tal idea apareció como el ejercicio de una función que podría ser construida, ser producida, ser desarrollada por medio de las experiencias profesionales y de la vida. Consiste en algo que va siendo aprendido durante el recorrido de desarrollo de las funciones. *Me quedé pensando si hay un perfil del colaborador y del articulador. ¿Es deseable que esa persona tenga eso, eso y aquello? (...) Yo no sé si veo que haya algo que sea predeterminado, pero pienso, mucho más, en el que hace con que una persona permanezca en la función* (colaborador 02); *Yo me acuerdo cuando fui invitada para ser articuladora de EPS (...) esa cuestión del perfil siempre me molestó. ¿Por qué? ¿Porque que vieron que yo tengo perfil si yo no lo vi? ¿Qué es ese perfil? Entonces, hoy entendí que él puede ser construido* (articulador 13).

La dimensión organizacional de la implicación profesional se refiere a la base material y organizacional (como el propio nombre sugiere) que el sujeto establece con la profesión. En el momento de restitución de los datos, o sea, instante en que el análisis de implicación puede quedar más evidente, fue expuesta una tabla de las profesiones de los colaboradores y articuladores de aquel DRS en análisis. En aquel momento, las cuestiones referentes a la práctica profesional del enfermero fueron explicitadas, pues el 47% (16 de los 35 participantes) eran enfermeros. La influencia de la enfermería estuvo presente en los relatos de las encuestas. *Y pensando más un poco en esa cuestión de análisis de implicación (...), yo llevo una cuestión siempre conmigo que es el hecho de ser enfermera* (colaborador 03); *Es una cosa que me gusta, pero las veces yo me sentía frustrada (...). Porque yo no conseguía estar haciendo las actividades de EPS y parar. Por ejemplo, si estamos en la reunión y hay una urgencia, yo, como enfermera, tendría que parar y estar ayudando allá en la urgencia* (colaborador/articulador 01); *Entonces, la enfermera asistencial es la enfermera buenita de la unidad. Yo quería ser la asistencial,*

la enfermera buenita (...) provocar reflexiones genera conflicto (articulador 03).

Caminando en la perspectiva de las transformaciones que la intervención Socio-clínica va provocando, un colaborador indica para algunas pistas en el sentido de aclarar el porqué del enfermero ser el indicado para estas funciones, poniéndose y permaneciendo en este lugar de la gestión y organización del trabajo en salud, cuando las desarrolla. *Yo estoy entendiendo el porqué de eso (...) la enfermería ella tiene una parte que es de administración. Tenemos administración en la Universidad. Entonces, desde ese momento, yo me quedo pensando: Y, ¿el que tenía que hacer yo en aquella lavandería del hospital, cuando yo era pasante? Yo tenía que entender el tejido, el producto... ¿Quién es el otro profesional que va a ver una lavandería de hospital? (...) entonces salimos con eso en las espaldas* (colaborador 10).

Otra cuestión que también se refiere a la dimensión organizacional de la implicación profesional que también fue identificada en las hablas de los participantes de este estudio y puestas en análisis colectivo en las sesiones de restitución fue el tiempo. *Yo me quedo pensando que, cuando tú estás en la función asistencial, queda difícil. Entonces, llega una embarazada allá, buscando atendimento, ¿tú vas a dejar a la embarazada para realizar una reunión? Nos quedamos en duda* (ella se refiere a la reunión como una actividad de apoyo) (colaborador 01). *Interesante observar como la ausencia de tiempo para el desarrollo del apoyo y de la articulación siempre está presente en las hablas, en las encuestas* (diario de investigación, el 18/11/2016).

Por medio del proceso de restitución de los datos que fueron producidos, algunas evidencias con relación al mal aprovechamiento del tiempo fueron identificadas y fueron expuestas por los propios participantes. *Yo no me veo agotada de las siete de la mañana a las cuatro de la tarde de lunes a viernes (...). Hay momentos en que tenemos picos en la Unidad y hay momentos en que las cosas se calman... todos los días eso ocurre. Yo ya he trabajado en cuatro Unidades, de ciudades muy grandes y ciudades muy pequeñas, ya he trabajado en Unidades rurales y unidades urbanas... y es siempre la misma rutina, más o menos* (articulador 04).

Con relación a la dimensión libidinal, que está relacionada al deseo y al afecto de los colaboradores y articuladores de EPS en el ejercicio de las respectivas funciones de apoyo y articulación, surgieron cuestiones que expresan la presencia y la ausencia del deseo para el desarrollo de las funciones de apoyo y de articulación de EPS. *No sé si soy la persona más indicada para estar en esa función (...). A veces tengo mucho desanimo, ¿entiendes? No sé si es la falta de ganas o de empeño*

(colaborador/articulador 06). *Lo que pasa es que la gente va perdiendo el empeño, las ganas (...) A veces no me reconozco más. Es extraño (colaborador 07); y como la atención básica siempre ha sido "la chica de mis ojos", yo no pensé dos veces para aceptar, entonces me quedé (...) yo soy apasionado por esas políticas (refiriéndose a la Política Nacional de Humanización y a la Política Nacional de EPS) (colaborador/articulador 07); Siempre me gustó mucho trabajar aquí, en el municipio. Tengo hasta otro empleo y ya he hablado que iba a salir de aquí hace tres meses, iba a quedar en el otro empleo. Yo no conseguí salir de aquí (articulador 01).*

Otra cuestión que también remite a la dimensión libidinal de la implicación profesional fue la expresión de desánimo y pesimismo en el ejercicio del apoyo y de la articulación de EPS. Tales sentimientos trasparecen como siendo la ausencia de una potencia para el ejercicio de las funciones apoyo y articulación. *Entonces, ¿el que me sostiene aquí? ¿El sentido? No lo sé. No sé más. Para decirte la verdad, yo no aguanto más (cabeza baja, manifestando bastante desánimo) (colaborador 10); ¡Dios mío! Mi sensación es que existió un cierto desánimo en los colaboradores y articuladores en el encuentro de hoy. No consigo comprender muy bien si la quietud que ellos estaban tiene que ver con el momento político que muchos municipios vienen viviendo o se trata de los despliegues del encuentro y de las reflexiones que fueron generadas por el encuentro en sí (diario de investigación, el 29/09/2016).*

Esos sentimientos se encuentran conectados a la idea de la sobrecarga de trabajo y, por lo tanto, dificultad de desarrollar acciones que reflejan en datos cuantitativos en los índices que fueron presentados por los municipios; una sensación de no conseguir demostrar, objetivamente, el trabajo que fue realizado como colaborador y articulador. *Vas haciendo, no consigues hablar no, no hace algo completo, siempre empieza, no termina, las cosas van acumulándose, vas sobrecargándote, eres cobrado, vas cobrándote y después queda un desánimo (articulador 11); Es como ella habló, la lógica está destinada al procedimiento. Después, yo no consigo dimensionar o mostrar mi trabajo. Números. Y la EPS no trabaja en esa perspectiva (colaborador 05).*

Desde la problematización de los datos en momento de restitución, por medio del trabajo poniendo en práctica por algunos de los articuladores y los colaboradores en la perspectiva de la EPS, hubo un desplazamiento en el que se refiere a la lógica de producción del apoyo y de la articulación de EPS, comprendiendo que estas pasan a no ser solamente un dato numérico que compone los índices que son alcanzados por el municipio en cuestión, sino también como una herramienta que produce mejora

cuantitativa en el trabajo que es prestado a la población en general. *No da para dimensionar el trabajo (...) tú vas solo saber o no si aquella Unidad avanzó en el proceso de trabajo de ella si ellos consiguieron percibir que el modo como ellos están trabajando no está favoreciendo, por ejemplo, la llegada de alguna demanda hasta la Unidad (colaborador/articulador03); Pienso que es así, nuestras acciones deben estar basadas en nuestra realidad. Por ejemplo: eso tiene que estar listo, el 100%, eso huye de la realidad (...) al mismo tiempo que tienes que ser optimista, tienes que estar basado en la realidad. ¿Eso es posible alcanzarlo? (articulador 07).*

Se percibe que esta dimensión de la implicación profesional, sobre todo con relación a la ausencia del deseo para el desarrollo de las funciones, fue transformándose con el transcurrir del proceso intervencionista de esta investigación. Tal hecho pudo ser concretado como un indicador por medio, por ejemplo, de la disminución del ausentismo en los encuentros mensuales y la demanda explícita de los participantes por un proceso formal de formación en apoyo y articulación de EPS, en modo de curso.

Discusión

En tratándose de la dimensión ideológica que es presentada por los sujetos en el desarrollo de este trabajo, algunos autores^(13,18-21), que también desarrollaron investigaciones con colaboradores, encontraron cuestiones que se remiten al perfil para el desarrollo de esa función. Ellos relataron que los despliegues de la práctica de colaborador dependen también de la movilización y del compromiso de los sujetos para con la transformación de los procesos de trabajo en salud⁽²²⁾.

La intervención socio-clínica y el análisis de implicación que fueron realizados nos permitieron reflejar sobre los modos de funcionamiento de esas funciones tales como el apoyo y la articulación en EPS con los profesionales que las desarrollan en su cotidiano. Según los datos que fueron presentados, se inicia desde la premisa de que hay perfiles a ser alcanzados o perfiles necesarios a la actuación. Para tal, se prescribe cursos y se determina competencias. La inversión hecha y reiterada en este estudio es la de que el apoyo y la articulación se den por medio del encuentro, del intermedio, donde se aprende haciendo⁽²³⁻²⁴⁾, o sea, que el aprendizaje de esas funciones ocurra desde la experiencia cotidiana del trabajo⁽³⁾ y, sobre todo, poniendo en análisis el que, como, para que y porque él está siendo realizado.

En tratándose de la dimensión organizacional de la implicación profesional de los sujetos de esta

investigación, fue posible identificar las contribuciones e interferencias que la enfermería ejerce en el hacer apoyo y articulación de EPS. Esa constatación puso a la institución "profesión de enfermería" en evidencia. Esa profesión, que carga consigo un imaginario social de liderazgo, contraloría, rigor técnico, sistematización y planificación de acciones, fue puesta en análisis junto a los participantes de la investigación, en encuentro de restitución. Permeados por diversas incomodidades al constatar el cuanto cargan de la formación profesional en el desarrollo de las funciones apoyo y articulación de EPS, fue posible percibir la transformación y desplazamiento del aprendizaje de los sujetos, que pasaron a identificar características de la propia profesión, como aliadas al desarrollo de esas funciones. Tal hecho va al encuentro de que por medio del análisis de implicación también se produce conocimiento⁽¹⁶⁾.

Otra característica que también apareció en la dimensión organizacional de la implicación profesional de los sujetos de esta investigación fue el tiempo destinado al desarrollo de las funciones apoyo y articulación de EPS. Otros estudios también identificaron que la escasez de tiempo, revestida por la justificativa de una rutina de trabajo intensa de los profesionales de salud, representa una de las dificultades para el desarrollo de la articulación de EPS⁽²⁵⁾ y del ejercicio profesional del enfermero⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Autores⁽²³⁾ defienden la destinación de una carga horaria específica para el ejercicio del apoyo y de la articulación de EPS dentro de aquella que fue desarrollada por profesionales que se encuentran también en la asistencia directa a la salud (enfermero, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc.). Indican todavía para la adopción de estrategias, como la implementación de ordenanzas o leyes, que busquen la formalización legal de esta distribución de carga horaria, garantizando el tiempo formal a aquellos que desarrollan ambas funciones en sus realidades. Medidas como esas, parecen consistir en intentos de garantizar la implementación de esas funciones, confiriendo un espacio legítimo y de reconocimiento por parte de los demás trabajadores de salud y de la gestión municipal. No obstante, instituir una carga horaria específica para el desarrollo de esas funciones no exime de la necesidad de un constante proceso de análisis del trabajo que fue desarrollado, ya que, al mismo tiempo en que esta acción se muestra como una fuerza instituyente, la medida en que se convierte instituida puede perder su capacidad creadora, inventiva y de efectiva contribución para el desarrollo del apoyo y de la articulación de EPS.

Con relación a la dimensión libidinal de la implicación profesional en el desarrollo del apoyo y de la articulación de EPS, conviene relatar que el 100% de los colaboradores y los articuladores de las realidades

que fueron estudiadas fueron nombrados por el gestor municipal para el ejercicio de las respectivas funciones. Además de eso, muchos de ellos ni fueron consultados si les gustaría o no ocupar ese espacio, el que afecta, pero no resulta en abandono de las referidas funciones.

Otra investigación que fue desarrollada en un municipio de gran porte del interior del estado de São Paulo trajo que el 83% de los colaboradores locales ocupaban la función por medio de invitación proveniente de la gestión y también fue constatado un estado de desánimo y cierto inmovilismo entre los colaboradores⁽²⁸⁾. No obstante, otro estudio fue desarrollado en otro municipio de ese mismo estado relató la existencia del deseo para el ejercicio de la función apoyo, concluyendo que los grupos de trabajo que actuaban en aquella realidad se encontraban muy activos, permaneciendo animados y en constante ejercicio para el desarrollo de esta función⁽²⁴⁾.

El sentimiento de desánimo y pesimismo en el hacer apoyo y articulación de EPS, que también fueron presentados en la dimensión libidinal de la implicación profesional de los sujetos de esta investigación, permean el proceso de la búsqueda cotidiana por garantizar la legitimidad y el reconocimiento como colaboradores y articuladores, por medio de la visibilidad del trabajo que fue desarrollado. Esas dos funciones consisten en importantes herramientas de gestión, pero que están pasando por diversos retos, de entre ellos la dificultad del trabajo en equipo, las condiciones inadecuadas de trabajo, la inversión insuficiente en la salud y las dificultades estructurales y de gestión del trabajo en salud⁽²³⁾.

Esto se debe, también, por la captura de la fuerza pulsante (del sentimiento productivo proporcionado por el encuentro) por fuerzas sedimentadas y que resisten, a todo momento, al apareamiento de lo nuevo, a la provocación y al surgimiento de nuevas formas, que pueden ser potentes o no, de hacer el apoyo y la articulación de EPS⁽²⁹⁾. Para el análisis institucional, las fuerzas pulsantes, que generan movimiento, serían las instituyentes y las fuerzas que tienden a mantener las cosas de la manera como se encuentran serían las que fueran instituidas⁽¹¹⁾.

El intento de establecerse una meta y de cuantificar las acciones de apoyo y de articulación de EPS nos remite a la reproducción de algo sedimentado, que estatiza, dejando el trabajo vivo, o sea, aquel donde el profesional se encuentra en acción, creando e inventando el hacer en salud, ser capturado y ser sustituido por la valoración del trabajo muerto, que, en este caso, correspondería a mera cuantificación del trabajo que fue prestado⁽³⁰⁾. Se cree que es posible producir indicadores cualitativos y cuantitativos desde las acciones de apoyo y de

articulación, pues los avances y resultados positivos son evidenciados en el cotidiano del trabajo en salud⁽³⁾.

Teniendo o no la presencia del deseo en el desarrollo de las funciones de apoyo y de articulación de EPS, es relevante colocarlo en análisis, pues compone una de las dimensiones de la implicación profesional el que, de alguna manera, posibilitará el alcance de una transformación en el proceso de trabajo que fue ejecutado.

Así, la innovación de este estudio consiste en demostrar que el análisis de implicación profesional puede ser utilizado como un potente dispositivo para el desarrollo de la EPS. Él contribuye directamente con la escasez de producciones que abordan estrategias efectivas capaces de disparar procesos reflexivos por medio del contexto que fue vivido por los profesionales de salud, según los principios de la PNEPS. No obstante, presenta la limitación de no abordar las transformaciones que fueron percibidas en el trabajo cotidiano que fue desarrollado por estos profesionales de salud. Para esto, el desarrollo de investigaciones que acompañen la práctica profesional de estos sujetos longitudinalmente podrá evidenciar las modificaciones ocurridas en el cotidiano del trabajo de las distintas realidades.

Conclusión

El análisis de implicación profesional con los colaboradores de humanización y articuladores de EPS consistió en un dispositivo potente generador de procesos reflexivos y formativos. Desde las experiencias individuales, fue posible reconocer los retos y potencialidades inherentes a estas funciones todavía no legitimadas en la salud. Fue posible también identificar un desplazamiento del aprendizaje, partiendo desde las acciones que fueron desarrolladas en los cotidianos de trabajo de los colaboradores y los articuladores, generando las transformaciones de la concepción de apoyo y articulación de EPS.

Agradecimientos

Agradecemos a los colaboradores y a los articuladores que participaron de la investigación y a los demás miembros del equipo de investigadores que posibilitaron y contribuyeron con el desarrollo de esta investigación.

Referencias

1. Martins JRT, Alexandre BGP, Oliveira VC, Viegas SMF. Permanent education in the vaccination room: what is the reality? *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(Supl 1): 715-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0560>
2. Arnemann CT, Lavich CRP, Terra MG, Mello AL, Raddatz M. Health education and permanent education: actions integrating the educational process of nursing. *Rev Baiana Enferm.* 2018; 32:e24719. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.24719>
3. Pinto HA, Ferla AA. Development and implementation of policies as pedagogies for management: a test case a three from the public health system. *Saúde em Redes.* [Internet]. 2015 [cited May 27, 2019]. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/115623/000964405.pdf?sequence=1>
4. Miccas FL, Batista SHSS. Permanent education in health: a review. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48(1): 170-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>
5. Silva KL, Matos JAV, França BD. The construction of permanent education in the process of health work in the state of Minas Gerais, Brazil. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(4): e20170060. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0060>
6. Carson OM, Laird EA, Reid BB, Deeny PG, McGarvey HE. Enhancing teamwork using a creativity-focussed learning intervention for undergraduate nursing students – a pilot study. *Nurse Educ Pract.* [Internet]. 2018 [cited May 27, 2019]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595316302566>
7. Ferraz L, Vendruscolo C, Marmett S. Permanent education in nursing : an integrative review. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2014 [cited May 27, 2019]. Available from: <https://rigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/8366/8871>
8. Pereira FM, Barbosa VBA, Vernasque JRS. Continuing education experience for auxiliary nurses as a management strategy. *Rev Min Enferm.* 2014; 18(1): 228-35. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140018>
9. Vecchi N, Kenny A, Dickson-Swift V, Kidd S. Continuing professional development in mental health: Promoting dialogue and reflection through art. *Nurse Educ Pract.* [Internet]. 2018 [cited May 27, 2019]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595317303736>
10. Peixoto LS, Pinto ACS, Izu M, Tavares CMM, Rosas AMMTF. Perception of nurses in relation to training services offered through the services of continuous education. *J Res Fundamental Care Online.* 2015; 7(2): 2323-35. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2323-2335>
11. Lourau R. The institutional analysis. *Petrópolis: Vozes;* 2014. 328 p.
12. Penido CMF. Analysis of implication as a transformation tool in the work process. *Gerais: Rev Interinstitucional Psicol.* [Internet]. 2015 [cited May 27, 2019]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/07.pdf>

13. Monceau G. Socioclinic techniques for the institutional analysis of social practices. *Psicol Rev.* [Internet]. 2015 [cited May 27, 2019]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a13.pdf>
14. Borges FAB, Rézio LA, L'Abbate S, Fortuna CM. The entry in the field and the creation of device in socioclinical research. *Psicol Estudo.* 2018; 23(e40373):1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v23.e40373>
15. Fortuna CM, Silva SS, Mesquita LP, Matumoto S, Oliveira PS, Santana FR. The institutional socio-clinic as a theoretical and methodological framework for nursing and health research. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(4): e2950017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002950017>
16. Romagnoli RC. The concept of implication and the institutionalist intervention-research. *Psicol Soc.* [Internet]. 2014 [cited May 27, 2019]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/06.pdf>
17. Paillé P, Mucchielli A. *Qualitative analysis in human and social sciences.* Paris/FR : Armand Colin; 2012. 423 p.
18. Fortuna CM, Mesquiza LP, Matumoto S, Monceau G. Analysis of researchers implication in a research-intervention in the Stork Network: a tool for institutional analysis. *Cad Saúde Pública.* 2016; 32(9):e00117615. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615>
19. Severo AKS, L'Abbate S, Campos RT. Clinical and institutional supervision as a tool for changes in mental health work management. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014; 18(50):545-556. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0520>
20. Castro CP, Campos GWS. Paideia institutional support as a strategy for continuous education in health. *Trabalho Educ Saúde.* [Internet]. 2014 [cited May 27, 2019]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n1/03.pdf>
21. Moura RH, Luzio CA. Institutional support as one of the faces of the support function in Family Health Support Centers. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014; 18(SuplI):957-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0333>
22. Salgado ACS, Pena RS, Caldeira LWD. Institutional support and militancy in the Brazilian Health System: a reflection on the challenges of subjects' mobilization in health production. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014; 18(SuplI):909-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0221>
23. Machado SS, Mattos RJB. Institutional support in primary health care: the experience in Salvador-BA. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2015; 39(1):doi: <http://dx.doi.org/10.5327/Z0100-0233-2015390100012>
24. Pavan C, Trajano AR. Institutional support and the experience of the National Humanization Policy (PNH) in Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brazil. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014; 18(SuplI):1027-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0229>
25. Peres C, Silva RF, Barba PCSD. Challenges and opportunities of the continuing education in health process. *Trabalho Educ Saúde.* 2016; 14(3):783-801. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00016>
26. Granero A, Blanch JM, Ochoa P. Labor conditions and the meanings of nursing work in Barcelona. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018; 26:e2947. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2342.2947>
27. Puerto JC, Soler LM, Montesinos MJL, Marcos AP, Chorda VMG. A new contribution to the classification of stressors affecting nursing professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017; 25:e2895. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1240.2895>
28. Fernandes JA, Figueiredo MD. Institutional Support and co-management: a reflection on the work of institutional supporters of SUS Campinas. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2014; 25(1):287-306. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100016>
29. Yahn PIFC, Yasui S. The "caipira" supporter: the challenge/art of articulating regional networks from single territories/wishes. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014; 18(SuplI):871-884. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0214>
30. Merhy EE. In search of lost time: the micropolitics of living work in the act, in health. In: Franco TB, Merhy EE. *Work, care production and subjectivity in health.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-67.

Recibido: 18.12.2018

Aceptado: 01.06.2019

Autor correspondiente:

Flávio Adriano Borges

E-mail: flavioborges.enf@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-5941-4855>**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.