



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KERLEY MENEZES SILVA PRATA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES ESCOLARES:
COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA CONSTRUÇÃO DO SABER-FAZER
NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA - CEARÁ

2020

KERLEY MENEZES SILVA PRATA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES ESCOLARES: COLABORAÇÃO
INTERPROFISSIONAL NA CONSTRUÇÃO DO SABER-FAZER NO NÚCLEO
AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

FORTALEZA – CEARÁ

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Prata, Kerley Menezes Silva.

Educação em saúde para adolescentes escolares: colaboração interprofissional na construção do saber-fazer no núcleo ampliado de saúde da família [recurso eletrônico] / Kerley Menezes Silva Prata. - 2020

Um arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 125 folhas.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2020.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães.

1. Adolescente. 2. Atenção Primária. 3. Educação em Saúde. I. Título.

KERLEY MENEZES SILVA PRATA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES ESCOLARES: COLABORAÇÃO
INTERPROFISSIONAL NA CONSTRUÇÃO DO SABER-FAZER NO NÚCLEO AMPLIADO DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família-MPSF/Renasf do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 23 de junho de 2020

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
(Orientador)



Profa. Dra. Maria Veraci de Oliveira Queiroz
(1º membro- UECE)



Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes
(2º membro- UECE)

Ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família
do Distrito I do município de Caucaia e a
todos os adolescentes que estiveram sob
os meus cuidados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por toda força, luz, paciência, resiliência, sabedoria e tolerância.

Aos meus pais, Sebastião Damião e Ireni Menezes, a quem eu devo o que me tornei hoje porque acreditaram na educação como o melhor presente que poderiam oferecer.

Ao meu filho, Arthur Menezes, pelo amor mútuo e pela possibilidade de compreender como a adolescência se manifesta no cotidiano, para além da literatura.

Aos familiares e aos amigos que de perto e de longe fomentavam palavras de incentivo, admiração e inspiração (Aline Ferreira, Henrique Ramos, Kelly Menezes, Marco Felipe, Nádia Gurgel).

Ao companheirismo, apoio e torcida incondicional de Edoardo Prata. A Rita Martins (Ritinha), aluna querida.

Aos profissionais do NASF, do Distrito I do município de Caucaia, que estiveram durante todo o período da pesquisa e aos que por motivos de saúde e de desligamentos do município tiveram que se ausentar. A minha gratidão pela imersão junto a essa equipe e por esse encontro potente: Alexsandra Silva (Nutricionista), Camila Martins (Farmacêutica), Eveline Perote (Assistente Social), Nizaura Urtiga (Psicóloga), Nonata Viana (Nutricionista), Milena Maria (Educação Física), Monaliza Targino (Fisioterapeuta), Pedro Alexandre (Educação Física), Priscila Mayara (Fonoaudióloga), Suiane Viana (Terapeuta Ocupacional), Tatiany Coutinho (Terapeuta Ocupacional).

A todos os funcionários e as equipes da ESF do Planalto Caucaia e em especial as ACS, que foram os meus girassóis nessa caminhada. A minha equipe de trabalho e a Dra. Amanda Nascimento, que é um exemplo de profissional humanista, pela honra de tê-la como amiga e pelo aprendizado mútuo nesses quase 10 anos de ESF.

Ao Dr. Moacir de Sousa Soares, Secretário de Saúde do Município de Caucaia, pelo convite para compor a gestão no modelo de apoiadoras distrital; depois pela confiança depositada para assumir a Coordenação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e pela oportunidade de desempenhar o papel de Articulação/Supervisão da residência no município. A minha gratidão por acreditar na Educação Permanente, na Residência em Saúde e pela liberação dos profissionais do serviço para a realização do Mestrado.

Ao Núcleo de Educação Permanente (Camila Mascarenhas, Maria Idalice, Luzia Ribeiro e Emanuel Rodrigues), as apoiadoras Institucionais dos Distritos do Município de Caucaia, a Katherine Jerônimo e Viviane Mota.

A turma VI da RIS/ESP - CE pelo aprendizado, desafio, aprimoramento em serviço e afetos construídos durante o papel de preceptoria de campo: Bruna Clemente, João Bryan, Darc Maria, Daniele Campos, Daniele de Souza, Eryka Maria, Gerciara Barbosa, Graziele de Almeida, Marcela Bezerra, Sheila Lira e Maria Vivianne.

Aos professores do Mestrado que são multiplicadores de um SUS possível.

Aos membros da banca examinadora professora Dra. Ana Patrícia Pereira Morais pela atenção, escuta afetiva e pelas palavras poéticas de fortalecimento do protagonismo aos profissionais que atuam na ESF. Ao professor-orientador Dr. José Maria Ximenes Magalhães, pelas orientações, acolhida das intempéries e valiosas contribuições no curso da organização do tecer os sentidos despertados e revelados nas metamorfoses da pesquisa. Gratidão por facilitar, aprimorar, estimular e (re)direcionar o meu olhar crítico, reflexivo, por abraçar as minhas inquietudes, apostar na minha imaginação e criatividade.

A professora Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz pela disponibilidade em compor a banca examinadora, pela implicação com o ser adolescente e por estar presente no processo de construção científica na Graduação, Especialização e no Mestrado, como bússula do escrever.

As amigas construídas na Turma III do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em especial (Camila Prata, Elenice Andrade, Ellen Pereira, Frederico Nícolas, Ianna Sousa, João Carlos, Milena Alencar e Viviane Duarte).

Ao Universo e as energias dos (des)encontros na caminhada que possibilitaram movimentos dinâmicos feito um pêndulo invisível na pesquisa e nas novas escolhas da vida.

“(...) seria melhor para todos se os jovens não perdessem tempo com seus equívocos, caso se convencessem de entrada que não há outro jeito, que o mau caminho é atraente a curto prazo, mas oneroso a longo prazo. Se os jovens não desperdiçassem tempo com amizades, aparentemente pouco construtivas, amores impossíveis, divertimentos inúteis e fazendo resistência ao inevitável caminho do esforço, daria menos trabalho ao seu mundo e tornariam-se adultos robóticos, obedientes e trabalhadores mais rapidamente. Mas é dos desvios, do desperdício e da contestação que provém a riqueza cultural de nossa espécie.”

(CORSO, 2009, p.214)

RESUMO

A educação em saúde para adolescentes escolares pela equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – Nasf-AB se constitui o objeto desta investigação. O objetivo geral: desenvolver junto à equipe do Nasf-AB reflexões e propostas para o desenvolvimento de ações de educação em saúde com adolescentes escolares. Trata-se de uma pesquisa-ação, numa perspectiva colaborativo-crítica, com base nos pressupostos da tradição qualitativa de pesquisa social em saúde. Foi realizada com 19 profissionais atuantes no Nasf-AB e residentes do Distrito de Saúde I, na Unidade de Atenção Primária à Saúde Joaquim Braga, situada na sede do município de Caucaia, Ceará, durante o período de janeiro a julho de 2019. As estratégias de co-produção das informações foram rodas de conversas e oficinas, registradas em diário de campo, além de entrevistas semiestruturadas. A organização e análise do material empírico resultaram na definição de três categorias temáticas (Território e Saúde do Adolescente; Educação em Saúde para adolescentes no território e Pavimentando caminhos possíveis para colaboração interprofissional na educação em saúde com adolescente). Percebeu-se que ainda existem lacunas nas práticas de cuidados integral destinadas aos adolescentes de forma continuada na perspectiva da colaboração interprofissional na atenção primária à saúde. Durante as rodas de conversas e as entrevistas foram identificados, através de espirais cíclicas, reflexivos metamorfoses em ato, o que favoreceu o pensar sobre a prática. Desse modo, durante as entrevistas percebeu-se que há necessidade de ressignificar a adolescência no mundo hodierno e de fortalecer os vínculos das relações entre pais de adolescentes. Os profissionais identificaram entraves que consideram como transponíveis, como a lacuna no processo formativo, e que a falta de manejo em lidar com o público adolescente pode ser aprimorada com a Educação Permanente em serviço, tornando-se relevante que as ações de saúde do profissional correspondam às necessidades de saúde dos adolescentes e não à demanda de saúde da comunidade se adequar expertise formativa da categoria profissional. Nesse sentido, foram definidos os temas centrais para as ações de educação em saúde com os adolescentes escolares, que constituiu um plano de ação para o Nasf-AB, com base na escuta de suas necessidades, ouvindo-se, inclusive os professores nas escolas. Mostra-se relevante a implementação do plano que foi construído de modo colaborativo durante esta pesquisa.

Palavras-chave: Adolescente. Atenção Primária. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Health education for school adolescents by the team from the Extended Nucleus of Family Health and Primary Care - Nasf-AB is the object of this investigation. The general objective: to develop together with the Nasf-AB team reflections and proposals for the development of health education actions with school adolescents. It is an action research, in a collaborative-critical perspective, based on the assumptions of the qualitative tradition of social research in health. It was carried out with 19 professionals working at Nasf-AB and residents of the District of Health I, in the Primary Health Care Unit Joaquim Braga, located at the headquarters of the municipality of Caucaia, Ceará, from January to July 2019. The strategies co-production of the information were rounds of conversations and workshops, recorded in a field diary, in addition to semi-structured interviews. The organization and analysis of the empirical material resulted in the definition of three thematic categories (Territory and Adolescent Health; Health Education for adolescents in the territory and Paving possible paths for interprofessional collaboration in health education with adolescents). It was noticed that there are still gaps in comprehensive care practices aimed at adolescents on an ongoing basis from the perspective of interprofessional collaboration in primary health care. During the rounds of conversations and interviews, reflective cyclical spirals metamorphoses were identified in action, which favored thinking about the practice. Thus, during the interviews, it was realized that there is a need to reframe adolescence in today's world and to strengthen the bonds of relationships between parents of adolescents. The professionals identified obstacles that they consider as transposable as the gap in the training process, and that the lack of management in dealing with the adolescent public can be improved with Permanent Education in service, making it relevant that the professional's health actions correspond to adolescents' health needs and not the community's health demand to adapt the professional category's training expertise. In this sense, the central themes for health education actions with school adolescents were defined, which constituted an action plan for Nasf-AB, based on listening to their needs, listening, including teachers in schools. The implementation of the plan that was built collaboratively during this research is relevant.

Keywords: Adolescent. Primary Care. Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo.....	12
1.2	Recorte do objeto de estudo.....	18
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Geral.....	22
2.2	Específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	Adolescência e políticas de atenção à saúde dos adolescentes.....	23
3.2	A estratégia de saúde da família e o programa saúde na escola: contribuições na saúde do adolescente.....	25
3.3	Educação em saúde para adolescentes: possibilidades metodológicas e desafios práticos.....	30
3.4	Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica e a colaboração interprofissional como instrumento estratégico de atuação: é possível avançar em ações de educação em saúde na escola?.....	33
4	METODOLOGIA.....	41
4.1	Tipo de estudo.....	41
4.2	Cenário de pesquisa.....	44
4.3	Participantes da pesquisa.....	46
4.4	Co-produção das informações: momentos, movimentos, interações, sentidos e colaboração interprofissional.....	49
4.5	Procedimentos e técnicas de coleta de dados.....	64
4.6	Análise de dados	65
4.7	Questões éticas da pesquisa	67
5	COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES ESCOLARES: PAVIMENTANDO CAMINHOS POSSÍVEIS NA CONSTRUÇÃO DO SABER-FAZER DO NASF-AB.....	68
5.1	Território e saúde do adolescente compreendendo concepções, relações e interações no agir em saúde.....	68
5.1.1	Ressignificando a adolescência sob a ótica dos profissionais do NASF..	68

5.1.2	A adolescência e as relações familiares: entre o real e o virtual na era digital.....	71
5.1.3	O NASF e os desafios do cuidado integral ao adolescente: desafios e Possibilidades da educação em saúde no território.....	74
5.2	Educação em saúde para adolescentes no território: desenvolvendo estratégias de articulação sobre o NASF e as escolas	78
5.2.1	A pesquisa-ação como estratégia do agir do NASF para educação em saúde	78
5.2.2	Construção de propostas de educação em saúde de acordo com as necessidades dos adolescentes: desafios e as possibilidades do NASF-AB	81
5.2.3	A colaboração interprofissional como estratégia para fortalecer as ações de educação em saúde para adolescentes.....	87
5.3	Pavimentando caminhos possíveis para colaboração interprofissional na educação em saúde com adolescente: um olhar sobre os efeitos da pesquisa-ação colaborativa.....	90
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	113
	APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA.....	115
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	117
	APÊNDICE D - SISTEMATIZAÇÃO DA PRIMEIRA OFICINA.....	119
	APÊNDICE E - SISTEMATIZAÇÃO DA SEGUNDA OFICINA.....	121
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	123

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo

Durante o curso de graduação em enfermagem, concluído em 2010 como bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), tive a aproximação com o universo da adolescência no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, o interesse em estudar e compreender um grupo tão heterogêneo e permeado por complexas mudanças do ser adolescente me instigou a desenvolver pesquisa junto a esses sujeitos.

A experiência de iniciação científica na Graduação foi a primeira aproximação metodológica com a pesquisa-ação. Desta forma, com apoio da professora-orientadora foi possível avançar na elaboração, na sistematização de ideias e no pensar-fazer científico. Nesse âmbito, a pesquisa Roda de Conversas com Adolescentes na Escola: espaço de reflexão e cuidados a saúde (SILVA, 2010) foi construída com a participação dos adolescentes, por meio de oficinas, cujo produto foi um panfleto educativo sobre os aspectos preventivos das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e os métodos contraceptivos.

Esta pesquisa permitiu uma aproximação com as situações de saúde no grupo de adolescentes, mas a ousadia estava relacionada ao fato de junto com eles e para além de um problema revelado, discutir e estabelecer consensos com os atores sobre as necessidades de saúde identificadas, mediante a construção de espaços de reflexão, garantindo-se a liberdade de fala sobre os temas selecionados.

Acrescente-se o fato de que a participação no projeto de extensão universitária intitulado *Liga de Saúde da Família*, no período de (2008-2009), o que possibilitou maior acúmulo teórico e prático. As vivências e os múltiplos olhares expressos nos debates promovidos entre os acadêmicos de distintos cursos e áreas de conhecimentos, promoveram uma experiência prática de interdisciplinaridade, que culminou na compreensão de que não há um saber que prepondera sobre os demais. Segundo Morin (1998), a interdisciplinaridade além de significar troca e cooperação, deixa a entender que diferentes disciplinas se reúnem e dialogam. A equipe de alunos era composta por acadêmicos de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Medicina Veterinária, Educação Física e Nutrição.

Desta forma, foi construída a minha identificação com a atenção primária à saúde, como campo de saberes e práticas, em que reside o grande desejo de

pesquisar e preencher lacunas no conhecimento acerca das atividades de educação em saúde realizada com os adolescentes escolares na perspectiva da colaboração interprofissional.

Para Morin (2009, p.191), o pensamento complexo “permite avançar no mundo concreto e real dos fenômenos”. Desta forma, a complexidade, por integrar diferentes modos de pensar, indica que tudo se liga a tudo. Em outras palavras, a perspectiva epistemológica do pensamento complexo defende o princípio de que a parte e o todo estão intimamente ligados e que o somatório das pequenas ações e das interações entre elas, podem produzir efeitos surpreendentes no todo.

A complexidade incita à construção do conhecimento na Enfermagem e na Saúde, para a prática de inter-relação, de interdisciplinaridade e interação, articulando os conhecimentos das diferentes áreas. Implica em reflexão-ação-reflexão, um constante construir, desconstruir e reconstruir, que pode trazer contribuições para a evolução e inovação das práticas profissionais como ciência e disciplina reconhecidas (MEIRELLES; ERDMANN, 2006).

Neste caso, ao tomarmos como referência a reforma do pensamento proposta por Morin (2001), veremos que o conhecimento da complexidade estimula a existência de um pensamento que permita ligar as coisas que nos parecem separadas umas em relação às outras. É por esse motivo que o pensamento complexo propõe que as disciplinas possam ser articuladas umas às outras.

Destarte, apoiada no paradigma da complexidade tenho pensado a produção do conhecimento e das práticas de Enfermagem e Saúde. Desse modo, a atuação profissional no município de Caucaia, desde 2010, como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), permitiu compreender a dinâmica do território e aprofundar conhecimentos sobre as interações dos atores sociais da comunidade, particularmente sobre as práticas de cuidado e as relações estabelecidas com os serviços de saúde. Desse modo, para alcançar o propósito de promover saúde torna-se necessário unir forças de trabalho desenvolvendo ações articuladas com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), o que possibilita a integração e a participação de diferentes atores na co-responsabilização no cuidado integral, sendo assim, no cotidiano de prática, no chão do território que está para além do espaço delimitado geograficamente, temos o desafio de atuar em ações de educação em saúde religando saberes na perspectiva do pensamento complexo, pois dessa forma estaremos aproximando o cuidado aos sujeitos dentro dos diferentes

contextos onde vivem e como vivem, respeitando os modos de viver e a singularidade dos sujeitos nas suas peculiares necessidades de saúde.

Reconhecidamente, a Enfermagem e a Saúde necessitam, crescentemente, direcionar o pensamento para a complexidade, para a religação dos saberes disciplinares. Os saberes e experiências, como já refletidos, necessitam ser compartilhados de maneira que não exista o domínio de nenhuma disciplina sobre as outras, de nenhum profissional sobre o outro, para, assim, proporcionar um cuidado ampliado, segundo as necessidades dos usuários, respeitando e aceitando as singularidades, tanto entre os trabalhadores da saúde como entre esses e os usuários (SANTOS; HAMMER; SCHMIDT, 2012).

Nesse sentido, durante o cotidiano do serviço pude compreender a realidade e o contexto socioeconômico das pessoas atendidas na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), mediante a busca permanente de aprendizados e a aplicação destes no cotidiano da prática. Desta forma, foi imperativo reconhecer a importância da inserção no território, da articulação da unidade de saúde com os equipamentos sociais, ao fazer o diagnóstico situacional das microáreas atendidas na região adscrita e do planejamento das intervenções, com o intuito de minimizar os entraves no atendimento das demandas e necessidades de saúde da comunidade.

Com efeito, a busca por conhecimentos, pautada na necessidade de melhor compreender a dinâmica do território, mobilizou a realização da pesquisa sobre a visita domiciliar às mães adolescentes: enfoque no cuidado à criança (PRATA, 2014), desenvolvida durante a especialização em Pediatria. Busca-se respostas para a problemática relacionada às práticas de cuidado das mães adolescentes para com seus filhos, identificada durante os atendimentos de puericultura. Os achados do estudo contribuíram para que os profissionais de saúde pudessem estar mais atentos à dinamicidade do território e às questões peculiares da realidade vivenciada pela comunidade, favorecendo a construção de um plano terapêutico adequado ao contexto social das mães adolescentes, considerando-se, principalmente, os determinantes e condicionantes de saúde e de vida do ambiente familiar.

Após sete anos como enfermeira da ESF, ingressei no Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Durante o curso foi possível empreender reflexões sobre o processo de trabalho, considerando a dinâmica do

território, que somadas às percepções pré-existentes sobre o cenário de atuação, suscitaram o resgate do que mais inquietou durante esse período de trabalho.

Desse modo, percebi que na realidade da APS há uma lacuna de ações de educação em saúde na escola de forma contínua, uma vez que estas são pontuais, além de desarticuladas entre as equipes da ESF e a equipe do NASF-AB. Por exemplo, a ação realizada de forma regular era somente a atualização da caderneta vacinal, as palestras sobre arboviroses e, com rara frequência, a equipe se propunha a promover conversas sobre temas de interesse dos adolescentes.

Por conseguinte, quando o Enfermeiro, o Técnico de Enfermagem e/ou o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ocupavam os espaços da escola, eram abordados pelos adolescentes com dúvidas e questionamentos sobre assuntos de saúde, como também demonstravam interesse no retorno desses profissionais ao ambiente escolar, na perspectiva de continuidade das ações desenvolvidas.

Contudo, as estratégias de retorno às escolas eram geralmente fadadas ao fracasso, e quando aconteciam acabavam ocorrendo desencontros entre a oferta de ações da equipe e as expectativas dos adolescentes, pois as ações se restringiam a administração de vacinas. Desse modo, a demanda por diálogos sobre os temas de saúde apresentada pelos adolescentes era desconsiderada.

Não obstante, reconhece-se que atender a demanda dos adolescentes, considerando o contexto onde estão inseridos, é fundamental para se estabelecer uma maior aproximação e formação de vínculos com esse segmento da população, uma vez que a procura pela unidade de saúde se restringia a busca pela dispensação de métodos contraceptivos, por atendimento clínico voltado à aquisição de atestado médico ou por assistência ao pré-natal. Perde-se, portanto, a oportunidade de desenvolver ações de educação em saúde que subsidiem a incorporação de práticas de promoção da saúde dos adolescentes.

Neste cenário, observa-se a relevância do fortalecimento de parcerias entre os setores saúde e educação, pois é, na escola, que os adolescentes passam a maior parte do tempo. Esses espaços coletivos, adequados à ação de educação em saúde, são propícios para se induzir o pensar e o refletir sobre as estratégias de prevenção e promoção da saúde, por meio de metodologias ativas e abordagens dinâmicas que propiciem a ação, reflexão e ação, desenvolvidas pelos profissionais de saúde em articulação com os profissionais da educação, de modo sistematizado e permanente.

Souza, Silva e Silva (2018) trazem que o ensino-aprendizagem das metodologias ativas é um processo de ensinamento centrado no usuário, onde o conhecimento é a partir das experiências e dos momentos reais, estruturado por uma pedagogia ativa, desta maneira, retira o profissional formado do foco da transmissão do conhecimento, para que agora apareça na posição de coordenador do aprendizado, o usuário é o protagonista do processo de aprendizagem.

Concomitante ao curso de mestrado, em 2017 passei a compor o Grupo Gestor da Saúde do Município de Caucaia, mais especificamente na equipe de apoiadoras distritais, pois em virtude da grande extensão territorial e pelo porte populacional, houve a descentralização da Coordenação para com vistas a estabelecer maior aproximação da gestão com a realidade de cada distrito sanitário, permitindo uma resposta mais rápida às demandas do território. Dessa maneira, assumi a gestão descentralizada do Distrito I (DI), correspondente à sede do município, que abrange seis UAPS e 12 equipes de saúde da família, até o momento da pesquisa.

Com efeito, a imersão nos processos gerenciais instigou maior aproximação com a realidade sanitária e a ampliação do olhar sobre as necessidades de saúde da população no território, o que fez visualizar mais claramente a problemática da saúde do adolescente, pois ao fazer parte da gestão, deparei-me mais incisivamente, com a demanda pelo desenvolvimento de ações de educação em saúde para os adolescentes escolares, sobretudo de modo articulado com a equipe do NASF-AB, pautadas na reflexão crítica e no agir coletivo, com base nos problemas de saúde e na necessidade socialmente construída pelos próprios adolescentes.

No exercício da atividade gerencial, a reorganização dos processos de trabalho nas unidades de saúde teve início com a territorialização, ocorrida em setembro de 2017. Nesse contexto dinâmico de confecção dos mapas das áreas com as delimitações das microáreas, as equipes se reuniram e construíram de forma coletiva o mapa da área de abrangência de cada UAPS, no qual se demonstra todas as áreas adscritas e todos os equipamentos sociais do território, possibilitando as articulações intersetoriais.

Esse movimento possibilitou o levantamento de dados sobre a quantidade de pessoas que reside em cada área adscrita da equipe da ESF e com base na informação, realizar a estratificação de risco da população. Em cada Distrito Sanitário foi escolhida uma Unidade Modelo, na qual seriam disparados os processos de

organização de fluxo de acesso aos serviços ofertados para a comunidade. No Distrito I, a UAPS escolhida foi a Joaquim Braga, situada no bairro do Planalto. Dessa forma, com a territorialização evidenciaram-se áreas de vulnerabilidades e de conflitos, em um território com um número expressivo de jovens, aproximadamente 600, numa população de 18.000 pessoas acompanhadas pelos ACS. Destaca-se o fato de que o quantitativo de habitantes na área de abrangência é maior, pois existiam áreas não atendidas pelos agentes comunitários de saúde, portanto a população não foi contabilizada nesse momento.

Em relação aos adolescentes, defende-se o argumento de que constituem um dos grupos mais sujeitos aos impactos das vulnerabilidades e riscos sociais, como a miséria, a violência, as infecções sexualmente transmissíveis (IST), a AIDS, o uso abusivo de drogas, gravidez precoce, homicídio, bem como a privação da convivência familiar e comunitária, conforme expresso no relatório “O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades”. Essas vulnerabilidades, entretanto, não afetam os 21 milhões de adolescentes brasileiros da mesma maneira. O que diferencia a forma pela qual os adolescentes serão atingidos por tais vulnerabilidades são as desigualdades sociais construídas historicamente no Brasil, constituídas com base em preconceitos e nas mais diferentes manifestações de discriminação. (UNICEF, 2011).

Conforme identificado no diagnóstico situacional do território, realizado durante o primeiro ano de atuação na Coordenação, uma das problemáticas relacionadas à implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, é a implantação relativamente recente do Programa Saúde na Escola (PSE) no Município, com ausência de ações sistematizadas e continuadas de saúde na escola; percebe-se, ainda, fragmentação das práticas de educação em saúde e a falta de continuidade das ações intra e intersetoriais na realidade dos serviços. Ademais, não foi evidenciado nas UAPS do Distrito I e existência de fluxo organizado para acolher, atender e prestar atenção integral ao adolescente, uma vez que a linha de cuidado ao adolescente não estava implantada no município até o momento da pesquisa.

A inserção no cotidiano das UAPS, mediada pelo exercício da coordenação descentralizada e itinerante, requisitou a ampliação da agenda de visitas aos serviços de saúde para atender as demandas e necessidades gerenciais do Distrito I, haja vista que, apenas duas das seis UAPS, possuíam gerente. Nesse intermeio, pude participar

da rotina dos processos de trabalho das 12 equipes de saúde da família como também da rotina do NASF-AB.

Dessa maneira, ao vivenciar os diferentes contextos e realidades de atuação das equipes nos seus respectivos territórios, as inquietações provocaram o desafio de confrontar os limites e possibilidades da efetivação das atividades de educação em saúde com os adolescentes na escola, considerando a não institucionalização da política de atenção integral à saúde do adolescente, a fragilidade de vínculos nos serviços, e a não continuidade de ações de educação em saúde apoiadas e/ou articuladas com a equipe do NASF-AB.

1.2 Recorte do objeto de estudo

Evidencia-se que a frágil articulação entre as equipes do NASF-AB e as equipes da ESF apoiadas é uma realidade que permeia o cotidiano de trabalho da APS (SILVA *et al.*, 2019; VIEIRA DE MACEDO *et al.*, 2016), inclusive nas UAPS que compõem o Distrito I, no município de Caucaia. Consequentemente, a falta de diálogo entre as equipes inviabiliza o pensar e, fragmenta o agir em saúde, particularmente no âmbito da educação em saúde para os adolescentes. No Brasil, em geral, não há tradição de diálogo personalizado entre profissionais de serviços diferentes, nem construção coletiva de projetos terapêuticos quando necessário, nos serviços e, muito menos, entre eles (TESSER, 2018).

Com efeito, a aproximação com os profissionais do NASF-AB no Distrito I, durante o exercício do apoio distrital, permitiu identificar que cada profissional desenvolvia ações com base na realidade e necessidade dos serviços, atendendo as demandas encaminhadas pelas equipes de ESF. Além disso, executavam ações pontuais solicitadas por equipamentos sociais da área de abrangência da UAPS. Identificou-se, ainda, o estabelecimento do vínculo com as escolas da área de abrangência, o que constitui dimensão relevante na construção da intersetorialidade, porém sem a definição de uma agenda permanente de ações coletivas, particularmente de educação em saúde.

Desse modo, apresenta-se como um dos principais desafios da organização do processo de trabalho do NASF-AB a construção da agenda de atendimentos, considerando os fluxos de demandas da ESF e o desenvolvimentos de ações de alcance coletivo voltadas à promoção da saúde de grupos populacionais. Durante o primeiro ano de gestão, construímos uma agenda de reuniões mensais com

vistas a organizar coletivamente o processo de trabalho do NASF-AB, fomentando a gestão compartilhada e cogestão. As reuniões aconteciam na modalidade de roda de conversas, nas quais foram possíveis a formação e a divisão de pequenos grupos, de acordo com afinidades, para construção de agendas, tanto para consultas compartilhadas, como para as atividades extramuros.

Ante o exposto, denota-se que realização dessa pesquisa reverbera não somente a minha caminhada na formação acadêmica, com a descoberta de uma metodologia que fomenta o encontro com o outro e o fazer coletivo na pesquisa-ação, mas também a inserção nos serviços de saúde, orientada pela construção do saber-fazer com a participação do outro, com vistas a fomentar grupalidade, a cogestão do processo de trabalho e de cuidado. Assim, valoriza-se a aproximação do profissional de saúde-pesquisador junto ao sujeito da pesquisa, com o intuito de fomentar a co-produção do conhecimento, numa perspectiva em que todos os envolvidos participem ativamente. Dessa forma, transformar os serviços de saúde em cenários de pesquisa, durante o próprio processo de gestão e atenção, permite o exercício de uma dupla função, qual seja a de profissional de saúde-pesquisador, que também é transformado pela pesquisa ao refletir criticamente sobre o objeto de estudo, bem como pela interação com o grupo pesquisado.

Dessa forma, as experiências de pesquisa e de trabalho, que fomentaram a aproximação com o universo adolescente, contribuíram e corroboraram para potencializar o grande desejo de desenvolver uma pesquisa junto a equipe multiprofissional do NASF-AB, com eixo na educação em saúde para adolescentes escolares, considerando as reflexões e a construção coletiva de proposta de ação sistemática nas escolas inseridas na área adscrita da UAPS.

Com base nessas considerações, elegi as seguintes perguntas norteadoras: Quais são os aspectos intervenientes nas atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo NASF-AB junto aos adolescentes escolares? Que ações sistemáticas de educação em saúde podem ser realizadas pela equipe do NASF-AB? De que forma a colaboração interprofissional pode contribuir para atender as necessidades de saúde do adolescente escolar?

Portanto, torna-se relevante que a equipe do NASF-AB participe das observações do pesquisador, das ações-reflexões, interfira em suas conclusões, aproprie-se do planejamento, partilhando e contribuindo com a produção do conhecimento e das ações de educação em saúde com os adolescentes na escola.

Ressalta-se, ainda, que existem lacunas nas práticas de cuidados destinadas aos adolescentes, de forma a não atenderem as peculiaridades deste intervalo de idade. Não há um atendimento de forma sistematizada, e sim de acordo com a demanda da unidade, pois existem prioridades a outros grupos populacionais, razão por que a organização de trabalho com esse grupo etário fica a desejar. Nesse sentido, ao ampliar o campo de atenção e cuidado, poder-se-á contemplar o adolescente na agenda do serviço de saúde, favorecendo o aumento da procura e, conseqüentemente, o crescimento da oferta de serviços nas UAPS e respectivas áreas de abrangência (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

Por isso, é importante conhecer a comunidade, fazer um trabalho de inserção e territorialização para que se possa vivenciar o contexto social, econômico e cultural, com vistas a melhor compreender a dinâmica da comunidade, particularmente como se apropria dos equipamentos sociais. Assim, mostra-se relevante refletir sobre as ações de educação em saúde, de forma contextualizada na APS, junto com a equipe do NASF-AB, que em parceria com a ESF, deve desenvolver articulação intersetorial.

Não obstante, durante o planejamento e proposição de ações para o território, principalmente durante as reuniões de equipe, constantemente, percebe-se a desmotivação dos profissionais para implementarem estratégias voltadas à construção intersetorial de intervenções no território. Isso fica claro quando são ditas falas desanimadas e pessimistas, citando ações anteriores que não obtiveram sucesso porque alguém não cumpriu com o que fora pactuado. Denota-se que os outros setores não cumprem o planejado, tampouco a atenção básica monitora a realização destas atividades, acontecendo a ausência de diálogo entre os diversos atores que deveriam estar empenhados em melhorar as condições de vida e saúde da população (SENA et. al, 2012).

Sendo assim, torna-se crucial a questão da formulação, por parte da gestão, de políticas públicas que dialoguem entre si, que atendam ao princípio da integralidade e não tenham seu foco, apenas, em determinado aspecto, mas que considere o contexto familiar e territorial da população. Cabe também às escolas de saúde ressaltarem a importância do trabalho intersetorial dentro do currículo escolar (SENA et.al, 2012). Isto requer articulação com o setor saúde, considerando que realização de ações de educação em saúde, com ênfase nos temas transversais e de saúde, reconhecendo a multidimensionalidade e singularidade do ser adolescente,

pode contribuir com a formação e o crescimento pessoal, impactando na qualidade de vida e nas condições de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Desenvolver junto à equipe do NASF-AB reflexões e propostas para o desenvolvimento de ações de educação em saúde com adolescentes escolares.

2.2 Específicos:

- Identificar percepções dos profissionais do NASF-AB sobre os adolescentes e suas necessidades de educação em saúde no âmbito da escola.
- Refletir sobre as formas de organização do processo de trabalho dos profissionais do NASF-AB e possibilidades de ações de educação em saúde com adolescentes escolares.
- Elaborar um plano de ações educativas aos adolescentes no âmbito escolar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Adolescência e Políticas de Atenção à Saúde dos Adolescentes

A adolescência é uma fase que permeia intensas transformações, desde aspectos biológicos, físicos e psicológicos. A busca pela identidade e pela forma do corpo perfeito, a aceitação de si e pelos outros, como também, há influência das amizades, da família e da escola junto a esse ser em constante mudança.

De acordo com Salerno, Marshall e Picken, (2012), dentre essas mudanças, os comportamentos de risco são bastante evidentes, pois a característica do pensamento mágico “comigo não acontece nada” é percebida como ainda não sendo um adulto, mas não se sente mais como uma criança, e sendo assim, tem condições de assumir situações perigosas com riscos.

Destaca-se o fato de que os fatores socioeconômicos, políticos e culturais influenciam no desenvolvimento do indivíduo, principalmente, durante este período da adolescência por tratar-se de uma fase de experimentações (BRASIL, 2013).

No que diz respeito à atenção à saúde do adolescente, evidencia-se que o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), criado em 1989, foi o primeiro programa direcionado especificamente à saúde dos adolescentes, o que representou um avanço em termos de saúde pública destinada a esse seguimento populacional. Este programa previa a integração com os diversos setores da assistência, no intuito da promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos nesta faixa etária, numa perspectiva integral e interdisciplinar. Propunha ainda, entre muitas ações, o exercício de uma rede de referência no setor saúde, em centros culturais e organizações comunitárias, a discussão de interesses dos adolescentes, o intercâmbio de informações sobre a adolescência, e a participação do adolescente como agente multiplicador na promoção da saúde (RAMOS; PEREIRA; ROCHA, 2001). Com isso, incentiva-se também o protagonismo juvenil.

A atenção ao adolescente vem consolidando-se e na década de 1990 é considerada um marco histórico para as políticas públicas para os adolescentes através da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA, juntamente com os ordenamentos jurídicos da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas de Saúde, proporcionou a criação e legitimação de um novo paradigma e compreensão do adolescente na sociedade. Os adolescentes passaram a ser

considerados sujeitos sociais e autônomos, devendo ser inseridos nas decisões do Estado (LEÃO, 2005).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), incorpora o conceito ampliado de saúde, que considera os fatores sociais como condicionantes e determinantes para o seu pleno exercício. Com base nessa concepção de saúde, lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), em 2006, direcionado para uma concepção de saúde como direito a ser garantido pelo Estado, tendo como pilares os princípios do SUS. Tomando em consideração as especificidades e pluralidades dos adolescentes e jovens que advém de suas características socioeconômicas e culturais, bem como as diferenças de gênero, raça e etnia (BRASIL, 2005).

Tal como se pode observar, além do fortalecimento da atenção básica, essa política considera a promoção e educação em saúde como estratégias fundamentais de superação das desigualdades e exercício da cidadania por parte da população jovem. A promoção da saúde, no âmbito comunitário, é colocada como responsabilidade dos serviços de saúde, que deverão estimular a participação juvenil ativa, propiciando oportunidades para que os adolescentes e os jovens desenvolvam sua autonomia, se mobilizem e definam suas próprias prioridades para atuação na comunidade, envolvendo seus familiares e pares (RAPOSO, 2009).

Sendo assim, “o objetivo geral dessa política é promover a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, de 10 a 24 anos, no âmbito da Política Nacional de Saúde, visando à promoção de saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade” (BRASIL, 2006, p. 11). A mudança estratégica proposta por esse modelo de atenção destaca a importância das ações de promoção da saúde. A política de saúde do adolescente recomenda que “as ações de saúde destinadas a adolescentes e jovens serão permeadas por práticas educativas numa perspectiva participativa, emancipatória, multiprofissional, voltadas para a equidade e cidadania” (BRASIL, 2006, p. 11).

A intersetorialidade defendida pela política de saúde é prejudicada pela ausência de um planejamento articulado que consiga envolver todas as unidades da rede de atenção básica e parcerias importantes como a escola, acarretando uma duplicidade de ações. Além disso, as atividades desenvolvidas dentro dessas unidades, na maioria das vezes, limitam-se às palestras em salas de espera e à abordagem grupal para distribuição de preservativos, que não costumam atrair a

atenção do público adolescente. A participação juvenil é restrita e não se efetiva nas instâncias de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde e controle social do SUS (RAPOSO, 2009).

3.2 A Estratégia de Saúde da Família e o Programa Saúde na Escola: Contribuições na Saúde do Adolescente

No cenário atual, as políticas públicas de saúde brasileiras são organizadas e implementadas pelo SUS, que está amparado em uma vasta legislação, cujo tripé principal é formado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990. Complementarmente, existiram várias normas operacionais. As Portarias Ministeriais são importantes instrumentos de regulação de políticas, e visam a definir instruções para a execução das leis aprovadas pelo Poder Legislativo, tal como previsto na Constituição Federal de 1988. No contexto do setor saúde, as portarias têm assumido um papel de grande destaque, não só pelo quantitativo de documentos apresentados a partir dos últimos anos da década de 1990, mas principalmente pelo forte poder de indução que esse instrumento assumiu na definição da política setorial (BAPTISTA, 2007).

Desde sua criação em 1994, o PSF gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017 (BRASIL, 2017).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo assistencial, tensiona para a Colaboração Interprofissional, pois organiza o trabalho em equipes, valoriza o uso de tecnologias leves, promove atuação intersetorial e orienta as práticas a partir das necessidades de saúde do território (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013)

No âmbito da atenção primária, esses cuidados podem ser desenvolvidos com a participação dos profissionais da saúde da ESF, educadores, gestores, pais e adolescentes. Nesta estratégia, a atuação dos profissionais de saúde pode ser centrada na tríade promoção, prevenção e assistência, destacando-se a atenção básica como espaço privilegiado para efetivar práticas educativas e de promoção da

saúde, observando a clientela adscrita e formando vínculo com a comunidade (SANTOS, *et. al*, 2012).

Desse modo, os profissionais de saúde da Atenção Primária devem estar atentos para o potencial dos adolescentes, com vistas ao protagonismo, que contribui para o seu cuidado e colabora com outros sujeitos na mesma faixa etária, com atitudes dialógicas. Em estudo qualitativo com intervenção educativa acerca da temática sexualidade e prevenção de DST/HIV/Aids, promoveu-se escuta ativa sobre expectativas e necessidades, possibilitando não apenas o aprendizado, como também a formação de vínculo e crença nos objetivos da intervenção (COSTA, *et. al*, 2015).

Cabe esclarecer o uso dos termos atenção básica e atenção primária. O primeiro tem um sentido mais amplo, e compreende ações integrais que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações correspondem à prática de vigilância da saúde do novo modelo de atenção preconizado pela legislação do SUS, cuja efetivação é buscada através da Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2006a). Sendo assim, o termo atenção básica é empregado, particularmente, no contexto da saúde pública do Brasil. Já o termo atenção primária é internacionalmente utilizado e tem significado mais restrito, relacionado à saúde coletiva em ações de promoção e prevenção.

A ESF, proposta para a reorientação da APS, que deve manter postura proativa frente ao processo saúde/doença da população, e estabelecer parcerias com famílias, comunidades, instituições e organizações sociais, apresenta-se como espaço privilegiado para práticas de educação em saúde (SANTOS *et al.*, 2012).

Essa nova organização da assistência necessita de profissionais com visão de integralidade, para trabalho em equipe, desenvolvendo ações no individual e coletivo, com conhecimento de que saúde é determinada por vários fatores (MADEIRA 2009). Com os objetivos de promoção, prevenção e reabilitação, uma das propostas para a sua efetivação na ESF é a utilização da Educação em Saúde (BRASIL, 2008).

Portanto, o profissional de saúde atuando nesta estratégia deve saber que há diferença entre necessidade e demanda de cuidados, pois a percepção e a concepção de saúde e doença dependem da singularidade de cada sujeito e da forma como eles vivenciam esse contexto de saúde e doença no ambiente que estão inseridos. Portanto, o que pode ser percebido como um problema de saúde por um

profissional de saúde para o usuário e ou a comunidade pode não ser a prioridade de suas necessidades de saúde.

Embora, haja intenso movimento e ações com vistas à promoção da saúde, os serviços de saúde e a escola não contemplam as necessidades do adolescente, por ser uma pessoa com características de riscos, vulnerabilidades e demandas específicas de cuidados (COSTA, 2015).

Para regulamentar as atividades para a saúde no âmbito escolar, o Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) e suas finalidades; e a Portaria nº 1.861, de 04 de setembro de 2008, regulamentou a responsabilidade orçamentária do Ministério da Saúde (MS) com os municípios que aderem ao PSE. O PSE é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação e tem como objetivos promover a saúde e a cultura da paz, enfatizando a prevenção de agravos à saúde; articular ações do setor da saúde e da educação, aproveitando o espaço escolar e seus recursos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades desta clientela; e incentivar a participação comunitária contribuindo para a formação integral dos estudantes da rede básica (BRASIL, 2009).

Neste sentido, Santiago *et al.* (2012), em um relato de experiência sobre a implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE, afirma que o elo saúde e educação é fundamental para alcançar grupos populacionais de crianças e adolescentes. Destacam-se os adolescentes por ser um grupo que dificilmente comparece aos serviços de saúde e que precisa ser alvo da atenção dos profissionais de saúde.

Para que a escola possa promover a saúde talvez seja necessário, antes de mais nada, que ela deixe de ser entendida e responsabilizada como única instituição social adequada para acolher, promover a saúde, prevenir agravos e, inclusive, educar crianças e adolescentes. É indispensável reconhecer que a educação é parte do dia-a-dia da prestação de serviços de saúde. É indispensável, também, articular as políticas de saúde na escola as discussões sobre o papel a ser desempenhado pela mídia, pelos demais espaços – públicos e privados - de convivência de adolescentes e jovens, um conjunto necessariamente integrado de campos de ação, que se complementam e produzem mútuas influências (BRASIL, 2006b).

Desse modo, o PSE constitui uma possibilidade de suprimento de uma necessidade há tempos discutida: o fortalecimento da integração entre os setores

educação e saúde, promovendo a intersectorialidade apregoada pelo SUS e a corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente (SANTIAGO *et al.*, 2012).

No estudo de Sousa e Espiridão (2017), dentre os fatores que dificultam o desenvolvimento do PSE destacaram excessivo número de famílias a serem acompanhadas pelas ESF, comprometendo a frequência e a qualidade das visitas às escolas, além do fato de muitos estudantes residirem em outros territórios, o que gerava dificuldades no seu acompanhamento, visto que, ao detectar algum problema de saúde, outra equipe seria a responsável pela assistência e não havia um processo eficiente de comunicação entre diferentes equipes.

Poucos municípios no Brasil aderiram à implementação do Programa na sua fase inicial. Na ocasião, eram critérios de elegibilidade dos municípios ter 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) (2,69), ou ter em seus territórios escolas participantes do programa Mais Educação (SOUSA e ESPIRIDÃO, 2017).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) ressalta a importância das ações de educação em saúde como estratégias eficazes para estimular o debate sobre temas de interesse dos adolescentes, afirmando assim que o atendimento grupal constitui-se numa forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, troca, de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas, considerando a característica de adolescentes e jovens de procurar no grupo de companheiros a sua identidade e as respostas para as suas ansiedades.

Diante dessas acepções, Santos *et al.* (2014) pondera que a equipe de Saúde da Família possui potencial para o desenvolvimento de práticas de educação em saúde que contribuem para o empoderamento e protagonismo do adolescente, buscando a adoção de hábitos e atitudes/comportamentos favoráveis à saúde.

No cenário brasileiro, superar os efeitos da fragmentação entre os serviços de saúde do SUS e potencializar a Atenção Básica como porta de entrada preferencial são alguns dos principais desafios na constituição de Redes de Atenção à Saúde. Isto, especialmente, quando se considera que a atenção básica deve ser porta aberta e espaço privilegiado de ordenação das redes, integração de ações e coordenação do cuidado (BRASIL, 2014).

A efetivação de parcerias é condição essencial para assistência ao adolescente, pois nenhuma organização é capaz de realizar todas as ações

necessárias para a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes de forma isolada. Construídas com foco estreito e funcionando isoladamente, as intervenções voltadas para a melhoria da saúde dos adolescentes e jovens têm falhado e apresentado redução significativa na eficiência e na eficácia (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, torna-se relevante fortalecer as ações de cunho intersetoriais através do planejamento sistemático de ações de educação em saúde nas escolas como: inserindo os adolescentes nas escolhas dos assuntos pertinentes a sua saúde, proporcionando espaços itinerantes de conversas, tanto nas escolas como nos serviços de saúde; proporcionando o encontro de profissionais de saúde e de educação para troca de experiências e engajamento de uma programação continuada voltada para as necessidades de saúde dos adolescentes.

No cotidiano dos serviços e com a colaboração dos próprios sujeitos, outras estratégias e metodologias deverão ser criadas, tomando como base as experiências já existentes, para tornar os espaços dos serviços de saúde atrativos e passíveis de reconhecimento por adolescentes e jovens como pontos importantes de apoio e orientação. Isto demanda a construção de uma proposta metodológica, no âmbito da política de saúde junto a outras instâncias, como a educação, sobre a atenção à adolescência e à juventude no SUS, com vistas a transformar as relações e posturas tradicionais entre instituições e adolescentes e jovens, na perspectiva do diálogo livre, aberto, transformador e democrático capaz de promover a inserção social dos adolescentes e jovens enquanto sujeitos de direitos (BRASIL, 2006).

A educação em saúde requer o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo frente à realidade vivenciada, possibilitando que o sujeito tenha subsídios para opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, da família e da coletividade (MACHADO, 2007).

Essa educação deve atender e respeitar os princípios éticos, permitindo que esses indivíduos cresçam e desenvolvam-se de acordo com seu potencial biológico, psicológico e social com autonomia, com orientações a respeito dos perigos e seguranças que estes jovens poderão ter para passarem por esta fase de uma maneira saudável (BRASIL, 2013).

A construção da intersetorialidade constitui um desafio, haja vista a fragmentação imposta pela lógica das administrações governamentais centralizadas, setorializadas e competitivas, bem como pela ausência de uma política estratégica de

desenvolvimento social e, ainda, pelo predomínio da racionalidade médica nas arenas da saúde (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009).

Segundo Almeida (2008), inúmeros são os estudos de avaliação da Saúde da Família, nos quais a intersetorialidade é considerada um dos aspectos críticos do programa, seja pelo despreparo dos profissionais, ou pela dificuldade de colaboração dos outros setores, ou pela baixa capacidade da gestão municipal, ou mesmo, pela não incorporação pelos atores do conceito ampliado de saúde e toda a complexidade envolvida.

De acordo com Teixeira (2006), a institucionalização da prática e programação de ações intersetoriais de Promoção de Saúde, nas diferentes esferas de gestão e mesmo no nível local, deve se beneficiar de debates que favoreçam diálogos entre gestores e pesquisadores da área e ainda de investimentos em processos de educação permanente para dirigentes e técnicos das instituições de saúde, bem como de instituições que desenvolvam ações intersetoriais. Faz-se necessária, também, a mudança de perfil dos sujeitos em um processo de empoderamento político e cultural, tanto no plano individual, de cada profissional e trabalhador da saúde, quanto no perfil do sujeito coletivo, entendido como a população organizada em torno da Promoção da Saúde e da melhoria da qualidade. A gestão municipal tem se empenhado para promover políticas que desencadeiem ações intersetoriais, mas o processo de mudança também precisa partir dos trabalhadores envolvidos através de espaços de discussão, educação permanente e construção coletiva das propostas de cada setor, tornando cada um co-responsável pela atuação e enfrentamento diante dos infortúnios sociais.

3.3 Educação em Saúde para adolescentes: possibilidades metodológicas e desafios práticos

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponde ao grupo populacional entre 10 e 19 anos de idade e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos (BRASIL, 2005). No entanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069/90, circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Neste estudo, foi adotado como referência o período cronológico da OMS, haja vista que no contexto do território de atuação o grupo de adolescentes escolares é diverso e plural, tornando-se viável contemplar um intervalo de faixa etária maior. Apesar da pesquisa

não ser realizada diretamente com a participação dos adolescentes, tornou-se importante levar para as discussões e rodas de conversas e entrevistas o contexto de como é desafiador organizar ações para um público heterogêneo e que está para além do marco etário.

Sendo assim, apesar do marco etário, é necessário que a adolescência seja compreendida na sua singularidade e entendê-la em um grupo heterogêneo, é necessário respeitar as suas diferentes representações. Dessa forma, para instituir a educação em saúde, considerando a complexidade do processo saúde/doença, é fundamental conhecer, de uma forma integral, a realidade, as potencialidades e susceptibilidades vivenciadas pelo sujeito com o qual se deseja realizar uma ação educativa. Desse modo, a educação em saúde deve ser adaptada às necessidades, interesses e conhecimentos prévios dos indivíduos (ROECKER; BUDO; MARCON, 2012).

As fronteiras etárias são um marco abstrato útil para a delimitação de políticas e de estratégias, mas na vida concreta e na experiência individual das pessoas, as fronteiras da adolescência e da juventude não estão dadas de modo homogêneo e fixo (PORTELA; PORTELA, 2005).

A partir de constatações e vivências cotidianas torna-se relevante refletir sobre as ações educativas à saúde do adolescente nos espaços que ele circula, seja no serviço de saúde e/ou na escola, tornando-se importante observar como são desenvolvidas as atividades, como acontece a participação dos adolescentes e se eles se fazem presente nesse processo apenas como expectadores ou como sujeitos participantes das práticas de promoção à saúde. Cabe então, aos gestores e profissionais de saúde modificar a realidade do serviço oferecido aos adolescentes de acordo com as necessidades de saúde individuais e coletivas, incentivando espaços de reflexão e compreensão para os cuidados à saúde, atentando para uma metodologia de trabalho participativa e emancipatória dos sujeitos.

A promoção de saúde com adolescentes deve estar associada a uma educação construtiva, libertadora, dialógica e promotora de sua autonomia no autocuidado. Novos paradigmas surgiram na área da saúde, de modo que o modelo hegemônico centrado na doença dá lugar a uma lógica que prioriza a qualidade de vida das pessoas (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Nesse sentido, Freire (2009) defende o argumento de que o ponto de partida de toda prática educativa é a situação concreta, a realidade, o meio existencial.

A experiência vivida torna-se a referência do momento reflexivo das práxis, na transformação das relações econômicas, políticas e sociais. Já em sua primeira obra, intitulada *Educação como prática da liberdade*, Paulo Freire faz a defesa de uma permanente postura crítica do homem nas relações com a realidade.

A práxis em saúde, de caráter educativo, deixou de ser compreendida como um processo de persuasão e, em uma interpretação participativa, passou a ser um processo de capacitação dos indivíduos para a transformação da realidade (GONÇALVES *et al.*, 2016).

A forma como percebemos esses sujeitos, a quem se destinam as atividades de educação em saúde, tem repercussão direta nos modos como organizamos e executamos as práticas educativas. Se os órgãos oficiais de saúde adotam apenas os conceitos de risco e vulnerabilidades, as ações são, em geral, compensatórias e mais corretivas. Se vistos como problema social e como transgressores, as ações tendem a ser de oferta de soluções estruturadas por adultos, sem propiciar a escuta desses sujeitos e sem considerá-los como sujeitos de suas vidas, com o risco de nos esquecermos de atentar para a complexidade das situações que produzem e/ou fortalecem essas situações (ROCHA, 2006).

Desenvolver ações no âmbito da saúde do adolescente, com vista a promoção da saúde, implica pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida. Significa, portanto, um movimento de repensar as práticas de educação em saúde que se voltem para essa parcela significativa da sociedade (ACOSTA *et al.*, 2015).

Nesse contexto, a educação em saúde deve estar ancorada no conceito de promoção de práticas saudáveis, que tratam de processos capazes de abranger a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambientais, pessoais e sociais (MACHADO *et al.*, 2007).

Desse modo, a educação em saúde se reveste de grande importância para a saúde pública, pois tem como objetivo promover emancipação dos indivíduos e, assim, fortalecer a comunidade para as práticas de saúde, por meio do conhecimento sobre o estado de saúde e melhoria da qualidade de vida, cabendo ao profissional de

saúde utilizar a comunicação como um aliado para dar esse empoderamento para o adolescente (SALCI *et al.*, 2013).

A educação em saúde foi utilizada antes mesmo da reformulação das políticas de saúde, permitindo a transformação da realidade por meio da conscientização crítica dos indivíduos. Entende-se que, em um processo contínuo de interação, a postura de “escuta atenta” e abertura ao saber do outro garante a possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento e de formas de cuidado diferenciadas a partir dessa construção (ANDRADE *et al.*, 2013).

A prática educativa em saúde está relacionada a elementos que explicam o processo saúde-doença, como as condições objetivas e subjetivas da existência, os direitos sociais, cuja conquista e usufruto dependem do conhecimento e da consciência acerca deles e de como acessá-los (FREIRE, 2001).

Esta reflexão parte da compreensão de que, em diferentes aspectos, as características sócio-políticas da sociedade contemporânea apontam para uma conjuntura global em crise que atinge todas as esferas da vida (ZWIEREWICZ, 2013) e, nesse contexto, identifica-se a educação escolar centrada na reprodução do conhecimento por meio de práticas educativas que não correspondem às necessidades da realidade e por isso se mostram desconectadas com a vida.

3.4 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e a Colaboração Interprofissional como instrumento estratégico da atuação: é possível avançar em ações de educação em saúde na escola?

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é uma proposta recente do Ministério da Saúde, instituído pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que utiliza o conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial. Trata-se de uma equipe interdisciplinar que tem como função principal apoiar a equipe de saúde da família, para que esta aumente sua resolutividade (BRASIL, 2008).

O NASF-AB configura-se como uma das estratégias para superar e auxiliar na conversão do modelo fragmentado e descontínuo para a atenção integral a partir da Atenção Básica à Saúde (ABS), auxiliando na articulação das linhas de cuidado e implementação dos projetos terapêuticos. Essa atuação do NASF-AB se coaduna com a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS), visto que objetiva o trabalho

compartilhado e a cogestão das ações, operando de forma cooperativa e horizontal entre os distintos pontos de atenção (CAMPOS, 1999).

O NASF-AB se constitui em um arranjo organizacional integrante da atenção básica, formado por diferentes ocupações (profissões e especialidades), atuando de maneira articulada de modo a apoiar, dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de atenção básica/saúde da família (“equipes de referência”, para os usuários). Seu trabalho se estabelece a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como de dificuldades dos profissionais das equipes de ABS em suas análises e manejos. Essa ação se materializa por meio do compartilhamento de saberes, práticas e gestão do cuidado em rede, tendo no apoio matricial seu principal referencial teórico-metodológico em diálogo com outros, tais como aqueles relacionados à atenção básica, às redes de atenção, ao cuidado em saúde, à educação permanente e à gestão em coletivos (MELO, 2016).

Desde a sua criação, está posto que o trabalho do NASF-AB é orientado pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Ou seja, deve produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade (BRASIL, 2011).

O papel estratégico das equipes de Apoio Matricial ou das equipes NASF-AB, a complexidade do trabalho a ser realizado, a multiplicidade de conhecimentos e habilidades requeridas, combinados à recente difusão dessa metodologia e da quase ausência de debates e de capacitação em apoio nos cursos de graduação reafirmam a necessidade de investimentos na formação e educação permanente desses profissionais (OLIVEIRA, 2014).

Aos especialistas que compõem os NASF-AB ou equipes de Apoio Matricial, cabem a promoção do trabalho interdisciplinar e a ativação dos espaços de comunicação para o compartilhamento de saberes e para a organização dos fluxos na rede de atenção à saúde e nas ações de território, rompendo com a burocratização presente no sistema de referência/contrarreferência e desfazendo a lógica de encaminhamentos impessoais e de fragmentação do cuidado (DOMINITTI, 2006).

Ademais, como as equipes de NASF-AB e o uso de Apoio Matricial foram inseridos no SUS há pouco tempo, é preciso aprofundar as investigações, os desafios que se impõem ao seu desenvolvimento e buscar respostas que preservem a

potencialidade do trabalho interdisciplinar entre as equipes (CAMPOS; DOMINITTI, 2007).

Para organizar o trabalho do NASF-AB, ressalta-se a importância da organização de uma agenda de atividades, pois, por se tratar de uma equipe de apoio que lida com as complexas realidades de cada uma das equipes vinculadas, é necessária a construção de uma agenda de trabalho que contemple as diversidades e as amplas possibilidades de ações que podem ser realizadas no trabalho integrado. Para isso, o cronograma, ou agenda, dos profissionais deve conter alguns elementos considerados estruturantes do trabalho do Nasf-AB (Brasil, 2014), tais como:

- Reuniões de matriciamento com as equipes de ABS, com periodicidade variável de acordo com a modalidade de NASF-AB;
- atendimentos individuais (específicos e compartilhados);
- atendimentos domiciliares (específicos e compartilhados);
- Grupos e atividades coletivas (específicas e compartilhadas);
- Espaço destinado à elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente, reservado na agenda sob demanda quando acordadas com as equipes vinculadas;
- Reunião entre os profissionais do NASF-AB e, se possível, com profissionais de outros Núcleos e de outros pontos de atenção do município;
- Articulação entre os profissionais do NASF-AB para a organização de suas agendas – buscando-se agregar, quando necessário, diferentes profissionais em ações realizadas com as equipes de ABS – deve também ser incentivada, favorecendo o trabalho articulado e integrado.

Para Tesser (2017), é fundamental que as equipes de Apoio Matricial e de NASF-AB não sejam subutilizadas em sua relação com a ABS. Assim, Tesser e Poli Neto (2017) sugerem que tais equipes sejam capazes de conciliar as atividades compartilhadas e de território com o cuidado individual especializado referente ao núcleo de saber dos profissionais, oferecendo um modelo alternativo de atenção secundária, reconhecida como deficiente no SUS. Entretanto, é preciso evitar o risco de incorrer em práticas ambulatoriais tradicionais, pautadas pela fragmentação do trabalho e pelo “produtivismo”, pois foram apontados como fatores de precarização do cuidado e de frustração entre os profissionais (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Nesse sentido, Tesser (2018) identificou potenciais e entraves no trabalho dos profissionais matriciadores, os quais podem oscilar, conforme propensão individual ou grupal, entre as reduções: desviar-se da ação clínica especializada e da pressão pelo seu exercício vinda das equipes matriciadas, atuando mais em reuniões, grupos, prevenção/educação/promoção; ou desviar-se para seus núcleos de competência e restringir-se a fazer cuidados especializados, montando uma agenda rapidamente lotada, sem negociação ou suporte às equipes em dúvidas/urgências, sem construção coletiva de projetos terapêuticos complicados etc. Essas reduções geram a subutilização dos NASF-AB.

Com efeito, a atuação do NASF-AB requer um agir cotidiano pautado na colaboração interprofissional, uma vez que os problemas de saúde se tornam cada vez mais complexos, para serem enfrentados pelas equipes de saúde, cujo modelo de atenção orientado pela integralidade do cuidado exige a intervenção de distintos profissionais na resolução de problemas de saúde, seja no âmbito individual ou coletivo.

Destarte, o desenvolvimento deste estudo tem o potencial de pôr em evidência a implicação do fazer coletivo no campo da colaboração interprofissional no âmbito do NASF-AB, considerando-se o lugar e os distintos papéis desempenhados pela pesquisadora, cujas vivências cotidianas no cenário de execução dos atendimentos às necessidades e demandas da comunidade durante os oito anos na ESF, articula ações de atenção e gestão à saúde, sem ruptura do olhar sensível aos desafios enfrentados na realidade concreta. Nesse cenário, vem-se constituído sujeito implicada com a prática assistencial, que no percurso de trabalho incorpora uma visão ampliada para a construção do saber fazer gestão, além da atuação na formação pelo trabalho em saúde como preceptora de campo da residência multiprofissional na ênfase saúde da família e comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

O termo colaboração apresenta-se em seu aspecto polissêmico, plural, complexo e atual, no sentido de responder às necessidades do trabalho em equipe, de forma especial na saúde. Conceitos como interdependência, compartilhamento, parceria e poder harmonicamente distribuído esclarecem o constructo da colaboração. Desse modo, é orientada pelos seguintes atributos: partilha, definida como compromisso colaborativo; interdependência, definido como dependência mútua, e poder que é compartilhado entre membros, baseado no conhecimento e experiência em vez de funções ou títulos (D'AMOUR *et al.*, 2005).

Na literatura, encontram-se outras definições para o termo, como: o processo pelo qual os profissionais podem refletir e desenvolver formas de práticas que forneçam uma resposta integrada e coerente com as necessidades do usuário, sua família e comunidade, envolvendo uma interação longitudinal e a partilha de conhecimentos entre os profissionais, organizados para resolver ou explorar uma variedade de questões de educação e de cuidados continuamente, buscando estimular a participação do usuário (FURTADO, 2009).

Para a OMS (2010), essa prática procura atender às necessidades específicas da população e fornecer melhores cuidados primários à saúde; deve ser responsável pela otimização e pelo fortalecimento dos sistemas e serviços de saúde; pela ampliação do acesso aos cuidados e pela melhora nos resultados de saúde, na estruturação e coordenação da assistência; e de ser considerada capaz de diminuir tanto as complicações de saúde dos usuários dos serviços públicos, o tempo de permanência e as internações hospitalares, quanto as taxas de erros clínicos, além de minimizar a tensão e o conflito entre cuidadores.

Nesse sentido, consideramos que a colaboração é atividade de partilha que pode promover desenvolvimento mútuo para os colaboradores de determinada pesquisa na medida em que a mediação cria possibilidades para o questionamento crítico, porém, consideramos que nesse processo não há garantia definitiva que as discussões gerem desenvolvimento. A colaboração tem o potencial de fazer avançar as compreensões das práticas educativas, desde que ações formativas críticas sejam organizadas com a intencionalidade de, ao partir das necessidades formativas dos partícipes, contradições venham à tona para que sejam partilhadas e questionadas e, conseqüentemente, transformadas. Nesse movimento interativo, os partícipes negociam sentidos, compartilham significados, questionam ideias fossilizadas, concordam ou discordam dos pontos de vistas expostos pelos companheiros, fazendo uso de descrições, informações e confrontos justificados que desencadeiam a reelaboração das práticas e a compreensão da unidade teoria-prática (IBIAPINA, 2008).

Ela repercute no campo da educação, ao sinalizar para a necessidade de formar profissionais preparados para trabalharem de forma interprofissional frente às demandas de saúde (OMS, 2010).

A colaboração interprofissional é, essencialmente, co-laboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples.

Para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes são necessárias, mas não suficientes. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra-equipes que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações (FURTADO, 2007).

Na última década, induzidos por importantes políticas interministeriais, muitos problemas da formação profissional em saúde foram superados, na busca de reorientar a lógica do ensino na saúde. Foram importantes ganhos no fortalecimento da interação ensino, serviço e comunidade, adoção de estratégias metodológicas mais ativas e mudanças curriculares que incorporaram relevantes transformações na dinâmica da educação dos profissionais de saúde. Porém, é preciso ter clareza que mesmo com os avanços obtidos, há resistência para o rompimento do modelo atual de formação, que reverbera na legitimação do atual modelo de atenção à saúde pautado na forte divisão do trabalho. Apesar dos ganhos expressivos atuais em várias vertentes, os profissionais continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos, incoerência que traz importantes implicações para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS (COSTA, 2016).

O trabalho em equipe, nas perspectivas interprofissional e colaborativa, passa pela adoção de uma concepção mais ampliada de saúde com base no modelo da atenção primária à saúde (AP), consagrada na Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, momento histórico em que foi identificada a necessidade de incorporação da concepção de cuidado à saúde como sendo integral e resolutivo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Observando todas as mudanças na sociedade e as necessidades de saúde, percebemos a importância do efetivo trabalho em equipe. Mas é importante entender que o efetivo trabalho em equipe exige muito mais que compartilhar o mesmo espaço (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

As novas formas de organização dos serviços de saúde requerem o desenvolvimento de novos saberes e práticas baseados na colaboração. Esta premissa coaduna com o princípio da intersetorialidade expresso na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ao relacionar que esta se refere à articulação de saberes, mas também de potencialidades e experiências de sujeito de setores no

desenvolvimento de intervenções compartilhadas com vistas ao estabelecimento de vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns. Constitui-se, portanto, exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços com o objetivo de promover e potencializar redes cooperativas e resolutivas (DIAS *etal.*, 2016).

Considerando a matriz de competência e desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, propostas pelo *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (2010), pode-se verificar que:

1. Enquanto estratégia, o NASF-AB visa ao cuidado centrado no usuário/família/comunidade, mas encontra barreiras organizacionais que por vezes dificultam o reconhecimento dessa centralidade como um objetivo que deveria ser compartilhado por todos;

2. Através da adoção do método da roda, a comunicação interprofissional é estimulada, como parte do diálogo intrínseco aos processos de trabalho. Mas demonstram, ainda, poucos posicionamentos críticos e propositivos que evidenciem o coletivo como um todo. Também parece haver pouco espaço para mudanças ou flexibilidade na divisão das tarefas;

3. Faz-se necessário um esclarecimento de papéis com relação à real tarefa do Nasf-AB junto às equipes de Saúde da Família e, um projeto assistencial que garanta um funcionamento melhor da equipe no sentido de gerar integração;

4. A capacidade de resolução de conflitos intra-equipe no NASF-AB parece encontrar uma saída através das rodas de equipe facilitadas por apoiadoras institucionais, mas não alcança a dimensão da relação entre NASF-AB e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que impede o desenvolvimento da liderança colaborativa, que deveria ser exercida pelo NASF-AB, enquanto equipe de apoio matricial.

Mediante essas propostas de organização para o trabalho efetivo na perspectiva colaborativa percebe-se que a pesquisa propõe esses espaços de encontro dos profissionais em rodas de conversas para refletir as ações que poderão ser realizadas pela equipe mediante a realidade percebida pelos diferentes olhares dos profissionais e assim desenvolverem um projeto com o engajamento e compromisso social de todos envolvidos.

Embora, o NASF-AB possa desenvolver a iniciativa de encontros com as eSF, é sensato que dependerá do perfil dos profissionais, da apropriação dos atributos

da equipe de apoio, da comunicação, da maturidade, da compreensão que não há um saber soberano, e de fazer valer o poder de decisão circular entre os pares. Dessa forma, um profissional externo à equipe do NASF-AB pode fazer o papel orquestral, mediar não somente os conflitos previsíveis, mas de fomentar o espaço de partilha de experiências e ideias, da interlocução de produção de conhecimentos e da expansão do nível da aprendizagem.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa-ação, numa perspectiva colaborativo-crítica, orientada pelos pressupostos da tradição qualitativa de pesquisa social em saúde.

Para Thiollent (2014), a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e, no qual, os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Dessa maneira, no âmbito da pesquisa-ação colaborativo-crítica, ao reconhecer os desafios de educar na diferença, toma a potência da ação grupal como uma alternativa de reinvenção de ações, de pensamentos e de saberes-fazer, além da constituição de rupturas para situações extremas. Busca construir novos possíveis para o ato de ensinar e aprender, levando o pesquisador a reconhecer a importância de se implicar com o campo investigado, criar laços de confiabilidade e se dispor a pensar com os profissionais que dão concretude aos processos de ensino (JESUS; VIEIRA; EFFGEN, 2014).

Nesse sentido, a pesquisa-ação é diferente das pesquisas convencionais porque ela não se limita a achados de investigações a um banco de dados, ou seja, muitos trabalhos realizados nas academias se restringem a simplesmente a levantar dados de uma determinada situação e após identificação dos problemas os relatórios são arquivados. O autor sustenta a ideia de que é preciso se questionar a respeito desse tipo de pesquisa na qual não há o envolvimento dos participantes de forma ativa, pois os pesquisadores detectam problemas e muitas vezes não traçam um plano de ação junto às pessoas implicadas no processo da pesquisa, sendo necessário criar espaços para que tenham vez, voz e se tornem sujeitos transformadores da realidade (THIOLLENT, 2014).

De acordo com Diniz-Pereira (2011), embora o processo de pesquisa-ação seja, inadequadamente, descrito em termos de uma sequência mecânica de passos, geralmente se acredita que ele envolve uma espiral de ciclos reflexivos de: planejamento de uma mudança; ação e observação do processo e das consequências dessa mudança; reflexão sobre esses processos e suas consequências, e então; replanejamento, e assim por diante.

Com efeito, o autor supracitado revela que o critério pra avaliar o sucesso da pesquisa-ação não se trata de os participantes terem ou não seguido os passos fielmente, mas se eles têm um senso definido e autêntico do desenvolvimento e da evolução de suas práticas, de seu entendimento acerca das próprias práticas e das situações em que exercem tais práticas.

A Pesquisa Colaborativa surge como uma possibilidade de pesquisa que deriva da pesquisa-ação, seguindo três condições básicas:

[...] o estudo é desencadeado a partir de determinada prática social susceptível de melhoria; é realizado levando-se em consideração a espiral de planejamento, ação, observação, reflexão, nova ação; é desenvolvido preferencialmente de forma colaborativa. (IBIAPINA, 2008, p. 9)

A mesma autora propõe que a reflexão permeie todas as etapas da pesquisa. Porém, algumas condições mínimas são necessárias para que a investigação possa ser classificada como pesquisa-ação nesses moldes. São três as condições individualmente necessárias e conjuntamente suficientes para tal, a colaboração, círculos reflexivos, e a co-produção de conhecimentos entre pesquisadores e participantes.

A pesquisa-ação colaborativo-crítica tem nos possibilitado criar zonas de inteligibilidade entre a academia e as redes públicas como exercício de corresponsabilização pela constituição de outras possibilidades educativas que venham propiciar acesso ao conhecimento com qualidade socialmente referenciada. Essa abordagem investigativa, epistemológica e política têm contribuído para provocar movimentos nas situações que desafiam as propostas de ensino, mas também como um campo teórico sobre a produção do conhecimento acerca do ato de ensinar-aprender, ao adotar a relação ação-reflexão-ação como eixo central dessa dinâmica de construção (JESUS; VIEIRA; EFFGEN, 2014).

Para Jesus (2005), a natureza colaborativa da investigação-ação coloca os profissionais envolvidos no processo de pesquisa no lugar de sujeitos encarnados e construtores do conhecimento, por estarem incorporados ao discurso e à discussão dos caminhos da investigação, uma vez que esse movimento busca diálogos com as vontades de conhecer desses sujeitos, ou seja, o problema de investigação nasce das demandas vividas no cotidiano. Justamente, essa ideia de construção coletiva nos permite reconhecer que a escola é um espaço repleto de ações excludentes, no entanto, nela, também, há uma pluralidade de invenções, de artes de fazer e de

tentativas para envolver os estudantes no círculo do humano. Isso nos faz apostar na crença de que, pela via da pesquisa e de atitudes políticas alimentadas pela ética, podemos articular saberes-fazeres e ações para tornar a escola mais receptiva às necessidades humanas. A pesquisa-ação evoca uma disposição subjetiva e social nos participantes de se deixar envolver pela vida cotidiana, pela compreensão das tensões com o coletivo e também de perceber e pensar suas possíveis rupturas.

Segundo Vasconcelos (2001), a pesquisa-ação é uma metodologia de produção de conhecimento sobre a inter-relação entre os atores e saberes envolvidos em uma prática social, em que se priorizam os interesses e as falas dos atores subalternos. Pesquisas com essa orientação contribuem para ampliar o movimento de construção de uma medicina integral que movimentos sociais, profissionais de saúde e outras organizações da sociedade civil já vêm realizando em suas lutas e trabalho. Como uma metodologia qualitativa, ela é muito adequada para atender a dinâmica desse processo de inter-relação, participação e interdisciplinaridade.

A criticidade da pesquisa-ação pressupõe um processo de reflexão coletiva, acerca das estratégias operacionais a serem adotadas, uma vez que esta considera a voz do sujeito e suas perspectivas não apenas para o registro e posterior interpretação, mas como parte da tessitura da metodologia da investigação. Nesse caso, a metodologia não se estabelece por meio das etapas lineares de um método propriamente dito, mas se organiza a partir das situações relevantes que emergem do processo. Daí a ênfase no caráter formativo dessa modalidade de pesquisa, visto que o sujeito deve tomar consciência das transformações que vão ocorrendo em si próprio e no processo. Por este motivo a pesquisa-ação assume o caráter emancipatório, no qual os sujeitos da pesquisa passam a ter a possibilidade de se libertarem dos mitos e preconceitos que organizam suas defesas em relação às mudanças desejadas (BARBIER, 2002).

Franco (2005) realça a flexibilidade metodológica da pesquisa-ação como um de seus componentes essenciais, que implica, como todo trabalho sobre a prática, um rigor científico que se vincula mais à coerência epistemológica em processo do que ao cumprimento de um ritual de ações que se sucedem.

Dessa forma, Franco (2005) aponta alguns momentos que devem ser priorizados no processo de pesquisa-ação, para garantir a articulação de seus pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos, numa dinâmica pedagógica que deve produzir, nos sujeitos, envolvimento, participação,

comprometimento e produção de saberes e produzir também conhecimentos novos a serem incorporados no campo científico. Esses momentos a serem priorizados na pesquisa-ação serão aqui denominados de “processos pedagógicos intermediários” e podem ser sintetizados em:

- construção da dinâmica do coletivo;
- ressignificação das espirais cíclicas;
- produção de conhecimento e socialização dos saberes;
- análise/redireção e avaliação das práticas;
- conscientização das novas dinâmicas compreensivas.

Os estudos de Franco (2005) identificaram, pelo menos, três conceituações diferentes de pesquisa-ação no Brasil, classificadas como sendo: **Pesquisa-ação colaborativa**, quando a busca de transformação é solicitada pelo grupo de referência à equipe de pesquisadores. A função do pesquisador, nesse processo, será a de fazer parte e cientificizar um processo de mudança anteriormente desencadeado pelos sujeitos do grupo; **Pesquisa-ação crítica**, se, a partir dos trabalhos iniciais do pesquisador com o grupo, é percebida a necessidade de transformação. Quando ela é decorrente de um processo que valoriza a construção cognitiva da experiência, sustentada por reflexão crítica coletiva, com vistas à emancipação dos sujeitos e das condições que o coletivo considera opressivas, a pesquisa vai assumindo o caráter de criticidade; **Pesquisa-ação estratégica**, se, ao contrário, a transformação é, previamente, planejada, sem a participação dos sujeitos, e apenas o pesquisador acompanhará os efeitos e avaliará os resultados de sua aplicação. Aqui a pesquisa perde o qualificativo de pesquisa-ação crítica.

4.2 Cenário da pesquisa

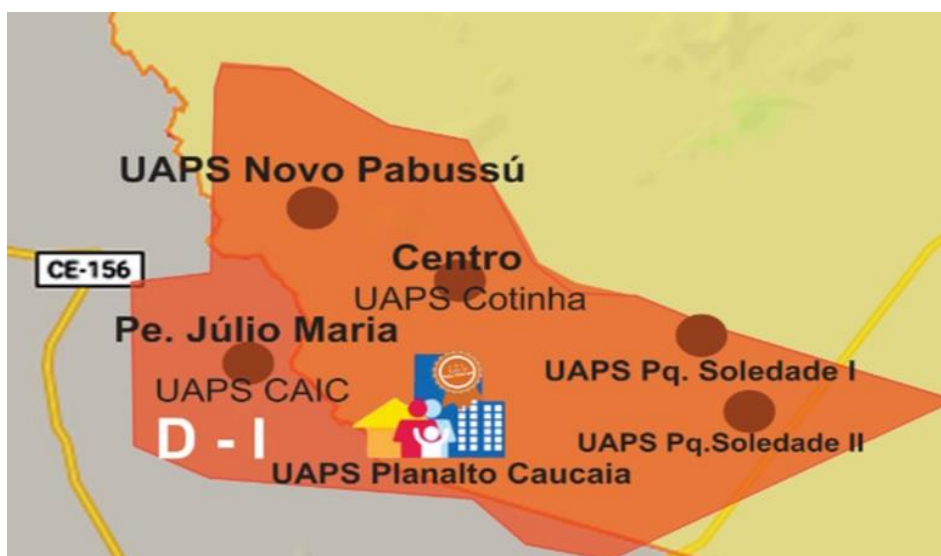
A pesquisa foi realizada no Município de Caucaia, situado na região Metropolitana de Fortaleza, no litoral cearense, com uma distância de 8km da capital do estado. Tem uma extensão territorial de aproximadamente 1.228,506 km² (IBGE 2018). Em 2019, a população do Município foi estimada em 361.400 habitantes, representando 3,71% da população do estado de Ceará, com uma distribuição equivalente segundo gênero, sendo composta por 49,04% de homens e 50,96% de mulheres. Cerca de 27,28% da população tem menos de 14 anos de idade, 70,48%

possuí entre 15 e 64 anos e 2,24% tem mais de 64 anos de idade, de acordo com dados do IBGE (2019). O grau de urbanização de Caucaia é de aproximadamente 89,18%, correspondendo a um total de 290.220 moradores residindo em áreas urbanas do município.

O município apresenta-se atualmente como um dos principais pólos de turismo do Ceará, tendo o segundo maior fluxo turístico do estado com cerca de 300 mil turistas por ano, principalmente devido a influência polarizadora da metrópole Fortaleza e Praia do Cumbuco. Caucaia tem 44 km de litoral, dos quais 28 km fazem parte das localidades litorâneas de Caucaia-Sede.

A escolha do serviço foi intencional, pelo fato de ser a Unidade Modelo do Distrito que tem o intuito de servir como parâmetro para que as experiências exitosas possam ser posteriormente expandidas para os demais territórios. Desse modo, é considerada a unidade de referência dentro do distrito sede. A referida unidade dispõe de infraestrutura adequada, com segurança para as equipes de saúde atuarem nos cuidados aos usuários e as famílias. Contudo, a infraestrutura adequada difere da realidade das demais UAPS da sede, pois de seis serviços dessa natureza, quatro funcionam em casas alugadas e adaptadas para a oferta dos serviços de saúde.

Figura 1 – UAPS da sede



Fonte: SMS de Caucaia

Destaca-se o fato de que a UAPS Joaquim Braga configura-se como cenário de práticas na formação em saúde, por contar com a inserção da residência multiprofissional em saúde da família, em que atuam oito Residentes, das seguintes

profissões: Enfermagem, Fisioterapia, Nutricionista, Psicologia e Serviço Social. Ademais, recebe alunos da Graduação de Enfermagem.

No Município de Caucaia, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1997. Atualmente conta com 76 equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF), sendo 68 eSF na zona urbana e oito eSF atuando na zona rural. Ademais, conta com 40 equipes de saúde bucal e sete equipes de NASF-AB atuando em 46 unidades de saúde.

Em relação à atenção especializada, existem serviços de saúde em pontos estratégicos da rede de atenção, como o centro de especialidades, conhecido como a Clínica do Homem; a Policlínica, que tem gestão estadual, por meio de consórcio público, sendo referência para os municípios da região de saúde; e, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), compreendendo em três modalidades sendo um CAPS infantil, CAPS geral e CAPS álcool e drogas. No referente à rede de hospitais, conta com a Maternidade Santa Terezinha e o Hospital Municipal Abelardo Gadelha.

4.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os profissionais do NASF-AB atuantes na UAPS Joaquim Braga, situada no Distrito I, da sede do Município de Caucaia. A escolha dos profissionais se deu intencionalmente, considerando que atuam numa UAPS Modelo, cujos processos gerenciais e práticas de saúde constituem referência para as demais UAPS.

Os profissionais foram convidados a participar do estudo diretamente pela pesquisadora, durante um encontro em que foi realizada uma miniexposição sobre pesquisa-ação, com a anuência do Núcleo de Educação Permanente do Município, que é o responsável legal pela deliberação sobre a execução de pesquisas nos territórios. Os critérios de inclusão foram: atuar no NASF-AB do Distrito I; ter pelo menos seis meses de atuação no território; e, aceitar participar do estudo. Até o momento da pesquisa, essa equipe de NASF-AB é composta por oito profissionais, sendo uma Nutricionista, uma Fonoaudióloga, uma Psicóloga, uma Fisioterapeuta, uma Assistente Social, duas Terapeutas Ocupacionais. Assim, inicialmente a pesquisa contou com sete participantes, embora no decorrer do processo um profissional tenha sido afastado por motivo de saúde, conforme descrito no quadro 1.

O campo empírico do estudo foi Unidade de Atenção Primária Joaquim Braga, que é conhecida como Planalto, devido ao nome do bairro localizado na zona

urbana do Município, onde atuam quatro equipes da Estratégia Saúde da Família, três equipes de saúde bucal e uma equipe NASF-AB, que tem uma sala específica para atendimentos individuais, em grupo e reuniões. Na UAPS Joaquim Braga, a participação social é atuante e se dá por meio do Conselho Local de Saúde (CLS).

Quadro 1 - Principais Características dos profissionais NASF-AB Distrito I, 2019

(continua)

Características	Especificações
Categorias Profissionais	Nutricionista (1), Psicólogo (1), Fonoaudiólogo (1), Educador Físico (1), Fisioterapeuta (1), Terapeuta Ocupacional (1), Assistente Social(1)
Total de horas semanais dos profissionais	4 (40h semanais) e 3 (30h semanais)
Faixa etária	Entre 31 e 44 anos
Gênero dos profissionais	Feminino (6); Masculino (1)
Vínculo Contratual	Concursados (4); Contratados (3)
Tempo de trabalho na Atenção Primária	Entre 2 a 10 anos
Existência de Planos de Cargos e Carreiras e Salários incluindo profissionais do NASF	Sim. Concursados (4) e Chamamento (3)
Número de profissionais com pós-graduação	Especialização (4), Mestrado (1) Apenas Graduação (2)
Número de equipes de Saúde da Família Vinculadas ao NASF	12
Número de Unidades de Atenção Primária à Saúde em que atuam as Equipes de Saúde da Família.	6

(conclusão)

Horário de trabalho compatível com UAPS e as Equipes de Saúde da Família	Sim
População do Município de acordo com o (IBGE, 2019)	361.400 habitantes

Fonte: Elaborado pela autora.

No decorrer da pesquisa, os 12 residentes foram inseridos nas ações e reflexões emergentes da pesquisa, considerando-se relevante a contribuição para a formação dos residentes no desenvolvimento das suas práticas de saúde no território por meio de momentos de integração e discussões coletivas suscitadas dos profissionais de carreira entrevistados do NASF-AB, durante este estudo, apenas esses profissionais de raiz foram entrevistados, devido ao fato de terem a estabilidade de vinculação como serviço e o vínculo da residência com o serviço ser temporário. Desse modo, o movimento de repensar as práticas do NASF entrou em sincronicidade com a chegada dos Residentes à equipe, o fortalecimento da equipe que permanecerá no serviço é oportuno e norteador para os demais profissionais que estejam passando pelo serviço, assim como os profissionais Residentes. As características dos residentes das diferentes ênfases e especialidades estão expressas no Quadro 2.

Quadro 2 - Principais Características dos residentes, 2019

Categorias Profissionais	Especificações/Nº de Participantes
	Nutricionista(1), Psicólogo(3), Fisioterapeuta (1), Profissional de Educação Física (1), Enfermeiros (2), Assistente Social (1)
Número de equipes de Saúde da Família Vinculadas ao NASF	4
Número de residentes da ênfase Saúde da Família	6
Número de residentes de vinculados ao serviço de Saúde Mental	4
Número de residentes da ênfase de Saúde Coletiva	2
Número de Unidades de Atenção Primária à Saúde em que atuam as Equipes de Saúde da Família.	1

Fonte: Elaborado pela autora.

A pesquisa contou com a participação de 19 profissionais, sete profissionais atuantes no NASFAB, sendo 12 profissionais residentes vinculados à equipe e ao território de referência da pesquisa realizada no serviço situado no Distrito I, no município de Caucaia.

4.4 Co-produção das informações: momentos, movimentos, interações, sentidos e colaboração interprofissional

De início, ressalta-se que o desenvolvimento desta pesquisa não ocorreu de modo linear, dada a dupla implicação da pesquisadora-gestora do Distrito de Saúde. Dessa maneira, no processo de co-produção das informações, por vezes, ocorreu o acúmulo de papéis, sobretudo por ser corresponsável na construção e integração das agendas do NASF-AB com os processos formativos da Residência Multiprofissional em Saúde RIS, na perspectiva de desenvolver a colaboração interprofissional para o agir no território. Com efeito, algumas rodas de conversa e oficinas foram realizadas simultaneamente no decorrer do estudo, com a dupla função de construção da colaboração interprofissional organização do processo de trabalho NASF-AB e de coprodução de informações do estudo, registradas em diário de campo. Desse modo, os momentos e encontros se deram de modo interdependentes num movimento espiral.

A diversidade de estratégias metodológicas que a pesquisa-ação nos oferta possibilitou a adoção de distintas possibilidades na operacionalização desta investigação-ação-reflexão, permanecendo a essência de refletir sobre o problema e propor uma ação junto com os atores envolvidos na pesquisa. Kemmis (1999) recomenda atentar para as sugestões sintetizadas em 15 estratégias a seguir:

1. Planejar e elaborar projetos de pesquisa-ação em que pesquisadores e profissionais estudem e aprendam como organizar uma investigação com essas características.

A aproximação com a equipe do NASF-AB aconteceu de forma gradual para esta finalidade da pesquisa. Desse modo a aproximação afetiva e o bom relacionamento interpessoal dos integrantes do grupo pôde potencializar o trabalho, mas a importância da identificação com o trabalho com base na referência do apoio

foi introduzida na equipe, com o intuito de instigar a reorganização do processo de trabalho, além de favorecer positivamente a construção de identidade, espaço para o diálogo e do trabalho em equipe.

Conforme os estudos de D'Amour, *et al* (2008), evidencia-se que os profissionais devem conhecer-se, pessoalmente e profissionalmente, uma vez que eles estão a desenvolver um sentimento de pertença a um grupo e pretendem obter sucesso na formulação de objetivos comuns. Conhecer-se pessoalmente significa conhecer os valores dos outros e de seu nível de competência, ao passo que, conhecer-se profissionalmente implica conhecer sobre o quadro disciplinar de referência, a abordagem aos cuidados e o âmbito da prática do outro.

No primeiro movimento da pesquisa, realizamos encontros informais que correspondeu à fase exploratória – etapa de conhecimento dos sujeitos e aproximação com as questões a serem discutidas, ou seja, a intenção é que, neste momento, eles demonstrassem o interesse e apresentassem suas necessidades focadas no objeto de estudo. Aproximação necessária para apresentar o problema levantado pela pesquisa e sondar o interesse dos participantes no engajamento na pesquisa. Este procedimento é orientado na pesquisa-ação, que segundo Thiollent (2014), trata-se de um “bate-papo”, “conversa” informal em que os participantes não chegam a caracterizar o conteúdo da proposta, mas contribuem enriquecendo-a.

2. Organizar levantamento inicial de informações, identificando as pessoas interessadas em participar da investigação. Negociar com os interessados o tempo disponível para os encontros e sessões de reflexão.

Desse modo, no final do ano de 2017, em uma reunião mensal, decidimos construir uma agenda de encontros para as pautas pertinentes ao grupo de pesquisados, numa proposta colaborativa e de coprodução da pesquisa. Em consonância com a vontade de construir novos caminhos para os processos de trabalho, dois acontecimentos potencializaram o repensar da prática, favorecendo a definição de prazos e a tomada de decisões, evitando a procrastinação. Desse modo, podemos identificar como acontecimentos potencializadores: 1) a participação da equipe do NASF-AB no curso sobre apoio matricial ofertado pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, realizado no período de 21/03/18 a 01/10/19; e, a inserção de

profissionais da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde – RIS no território, cujo primeiro encontro destes com a equipe do NASF-AB teve efeito catalisador para o alinhamento do processo de trabalho no contexto desta formação em serviço.

Desse modo, o primeiro movimento em espiral cíclico aconteceu antes da chegada dos Residentes. Os encontros organizados em forma de roda de conversas foram realizados com a equipe do NASF-AB, que correspondeu à fase exploratória. As rodas de conversas aconteciam previamente agendadas e o local era o cenário de prática do serviço. Os momentos foram construídos em cinco rodas de conversas, realizadas no período de 29 de janeiro de 2019 a 24 de março de 2019.

Com efeito, no dia 7 de março de 2019, o Município de Caucaia recebeu a segunda turma da RIS, coordenada pela Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE, com as ênfases em: saúde da família, saúde coletiva e saúde mental. O objetivo da RIS-ESP/CE é ativar e capacitar lideranças técnicas, científicas e políticas por meio da interiorização da Educação Permanente Interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. A colaboração está presente no trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde, como parte de um processo dinâmico, ou seja, uma prática coletiva orientada a partir de um objetivo em comum, envolvendo harmonia, compartilhamento e confiança (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; D'AMOUR et al. 2005).

Nesse programa, existem duas modalidades de preceptor: campo e núcleo. O preceptor de campo trabalha na facilitação da formação e do trabalho em equipe multiprofissional. Ou seja, ele tem importante papel na mediação das relações da equipe de residentes entre si e da equipe de residentes com os serviços de saúde. Já o preceptor de núcleo tem atuação voltada para as competências específicas de cada categoria profissional (PARENTE, 2008).

Inicialmente, a proposta de preceptoria da residência consistia na premissa de que as profissionais do NASF-AB fossem trabalhar em outro distrito de saúde do município. Tal proposta gerou conflitos na equipe, que resistiu à proposta de mudança de território, cujo desdobramento foi repensar a proposta inicial, cuja mediação do conflito, ensejou à adequação da preceptoria junto ao território de atuação dos profissionais, haja vista de que já havia a apropriação do contexto, da realidade e da vinculação com as equipes, embora frágil, havia a vinculação com os equipamentos sociais da área.

No momento de recepção dos residentes, foram mostrados os registros de ações e das vivências no território, realizados pelo NASF-AB, além do mapa de vinculação com as equipes da ESF, as ações de promoção de saúde no território e as práticas de educação em saúde nos equipamentos sociais.

Durante esse momento, foi ressaltada a importância das reuniões de equipes, dos registros e da divulgação das ações por meio de trabalhos apresentados em eventos científicos, como forma de publicizar as práticas de saúde. Ademais, foram socializadas as dificuldades de construir consensos e de respeitar os dissensos nas parcerias construídas no planejamento das ações, como também reafirmado a importância do respeito aos modos de ser e de compreender a realidade no contexto de trabalho.

Após apresentação dialogada aos Residentes, foi ressaltada a importância dos mesmos adotarem a proposta de trabalho colaborativo e interprofissional a partir do planejamento coletivo das ações, dando seguimento ao longo do período da residência, com propostas contínuas e longe da lógica de ações pontuais, embora, em alguns momentos, elas também sejam válidas.

No cumprimento da agenda proposta, desenvolveram-se os momentos de interação com a equipe do NASF-AB, juntamente com a equipe de Residentes. Nesse momento, ainda não havia a inserção do olhar colaborativo na pesquisa dos residentes, pois estes estavam no período de imersão no território, tornando-se necessário que o movimento de espiral cíclico individual se entrelaçasse aos demais espirais reflexivos dos profissionais Residentes. Começar o trabalho mesmo que o grupo seja pequeno. Permitir, sempre que outros interessados possam também se inserir no estudo quando tópicos que serão discutidos lhes interessarem.

Começar o trabalho mesmo que o grupo seja pequeno. Permitir, sempre, que outros interessados possam também se inserir no estudo quando os tópicos que são discutidos lhes interessem.

O grupo de trabalho foi composto inicialmente por participantes que detém acúmulo subjetivo sobre a realidade pesquisada, considerando-se as premissas da pesquisa qualitativa. Desse modo, na busca pela aproximação com a realidade dos profissionais do NASF-AB, definiu-se a participação de 7 profissionais. Portanto, nesse momento o pesquisador procura sondar se o que ele identifica como problema de pesquisa, também o são pelos participantes que estão imersos no serviço como

problema de saúde que precisa ser aprofundado, estudado e se há possibilidade de intervenção.

3. Iniciar a pesquisa oferecendo condições para que as pessoas possam aprender a colaborar com a pesquisa-ação.

Nesse momento, foram realizadas as entrevistas com os profissionais do NASF-AB, que ocorreram no período de 14 a 31 de maio de 2019, sendo agendadas após o horário de atendimento na UAPS, individualmente, gravadas e depois transcritas na íntegra. Nesse momento, foram entrevistados 7 profissionais da equipe NASF-AB. A importância de manter o ambiente protegido, e a ambiência afastada dos ruídos é importante para que os profissionais possam estar conectados com os pensamentos, com a prática do cotidiano e para alcançar o objetivo proposto de reflexão, desse modo, a preocupação com o cenário, com a escuta, e com o silêncio favorece o deslocamento do profissional para o encontro de si mesmo, a partir desse encontro da atuação poder nascer a autocrítica junto ao contexto de trabalho, das pessoas cuidadas e das outras categorias profissionais que trabalham os coletivos, portanto, partindo desses pressupostos possam refletir sobre a prática.

Dessa forma, por se sentirem implicados com a proposta da pesquisa, os profissionais já demonstravam interesse na participação. O convite para participar da pesquisa foi realizado, após os atendimentos, numa reunião previamente marcada na sala do NASF. Houve, no primeiro momento, o resgate dos conhecimentos prévios sobre o que os profissionais sabiam a respeito da temática. Foram distribuídos papéis para que os sete participantes escrevessem sobre o que sabem sobre pesquisa-ação. Em seguida, foi realizada uma miniexposição sobre pesquisa-ação e uma roda de conversa para falar sobre as percepções dos profissionais. Sendo assim, inicialmente houve um convite para conciliar os horários e agendas dos profissionais na data e horário previstos.

4. Elaborar cronograma de trabalho, prevendo tempo disponível para que as pessoas possam construir os dados, refletir, informar e refletir os resultados para o grupo de trabalho e para a comunidade científica.

Na Roda de Conversa, realizada no dia 26 de fevereiro, a temática foi a construção da agenda Interprofissional e Preceptoria, assim as agendas sofreram mais adequações, pois havia o desafio de acrescentar dias de reuniões para os estudos, recepção dos Residentes e o rodízio dos profissionais para acompanhar o processo de imersão e visita aos equipamentos do território com os residentes.

Outros elementos que devem ser levados em consideração são os turnos para as rodas de núcleo, rodas de campo, tendas invertidas e o calendário de matriciamento promovido pela ESP/CE, com o propósito de qualificação político-pedagógica dos preceptores que participam dos processos formativos em serviço dos Residentes com o objetivo de fortalecer o circuito ensino-serviço-comunidade. Somando-se esses fatores, à habilidade e o manejo de alcançar as necessidades territoriais divergentes de 12 ESF.

5. Não esquecer que essa perspectiva de pesquisa necessita da organização de ciclos de planejamento, observação e reflexão da ação e de constantes retroalimentações do processo, visto que essa sistemática é essencial para o desenvolvimento de atitudes colaborativas entre os partícipes da pesquisa.

Desse modo, avançando nos movimentos dos espirais cíclicos, os Residentes foram colaboradores da pesquisa no período de 10 de maio de 2019 a 10 de julho de 2019. Nesse período, foram realizadas 6 rodas de conversas e 3 oficinas.

Na Roda de Conversa, realizada no dia 13 de maio, houve o resgate da Percepção das necessidades de saúde a partir da Territorialização dos Residentes.

O movimento de aproximação dos Residentes com o território é de fundamental importância para contextualizar os planos de cuidados voltados para as necessidades locais de saúde. A compreensão do ambiente como um organismo vivo possibilita a análise dos determinantes e condicionantes de saúde da população dentro da área adscrita do território de abrangência da UAPS na qual atuarão durante o período da residência.

A Preceptoria e a Coordenação proporcionou a ampliação do olhar para o processo formativo em serviço, pois acompanhar os Residentes nos trouxe a reflexão enquanto equipe de que, se deve incentivar a imersão dos residentes no território para

que, a percepção dos significados e sentidos de suas práticas possam alcançar a realidade do contexto vivido pela comunidade.

Entregar uma agenda pronta para os Residentes seria uma atitude prática, mas não possibilitaria desvelar a percepção subjetiva do olhar crítico sobre a realidade dos equipamentos sociais visitados suscitados por cada um dos atores envolvidos e não permitiria a conexão da teoria adquirida no mundo acadêmico com atuação própria de cada ênfase e, sobretudo, da riqueza da produção do conhecimento adquirido com a interseção de interlocuções de diferentes profissionais debatendo sobre a mesma problemática.

Dessa forma, o processo de Territorialização tanto favorece a compreensão ao contexto e a realidade do processo saúde doença como também proporciona um movimento simultâneo de aproximação, de construção de vínculos, de parcerias entre os residentes. Durante as visitas as diferentes categorias passam a conhecer profissionais de referência da rede de apoio, o que estimula a comunicação desde o primeiro momento entre as diferentes formações, tornando-se necessário o diálogo para fomentar a troca de saberes e amadurecer o respeito mútuo.

Nesse contexto, a territorialização enquanto atividade do processo de trabalho do NASF-AB teve grande interface com a construção da agenda desta pesquisa, razão pela qual foi incluída aqui, considerando-se que durante o processo de imersão dos Residentes, um dos principais diagnóstico situacional foi a necessidade de olhar para o cuidado dos adolescentes, devido à autoagressão/automutilação relatada pelos professores nas escolas, somando-se à falta de manejo desses profissionais em lidar com essa problemática de saúde.

Dessa forma, a inclusão dos profissionais Residentes potencializou as reflexões sobre a importância de planejarmos ações voltadas para as necessidades de saúde no território. Percebendo-se, nesse momento, dois movimentos em espirais cíclicos reflexivos, pois enquanto a equipe do NASF-AB estava repensando os processos de trabalhos e já haviam sinalizado o aumento da procura no serviço para o atendimento de adolescentes com automutilação, concomitante a esse momento, tínhamos o olhar dos profissionais Residentes sinalizando mediante a territorialização, a necessidade de ações nos equipamentos sociais, em específico na escola, local onde o adolescente permanece por mais tempo.

A pesquisa não tem o intuito de analisar o processo de territorialização, mas as percepções sobre o que captaram são essenciais para o aprendizado e

correlação do plano de intervenção sobre uma problemática de saúde pertinente, e o movimento de inserção no território da sede reverberou em um problema de saúde pública atual que foram relatados de profissionais das escolas preocupados com a prática de autoagressão por adolescentes escolares. Desse modo, em consonância com intuito da pesquisa que visa refletir sobre propostas para o desenvolvimento de ações de educação em saúde com adolescentes escolares com os profissionais do NASF, percebemos que se ampliou a relevância para a reflexão sobre essa temática nos processos de trabalho e inserção de ações continuadas nas agendas de trabalho do NASF.

Desse modo, tornou-se potente a estratégia de rodas de conversas como espaço de educação em saúde, de interlocução e sobretudo de encontro com os sujeitos. Sendo assim, espaços coletivos de profissionais Residentes que possibilitem a fala e a reflexão crítica sobre a realidade e assim, pensarmos em formas colaborativas de transformar os contextos. Portanto, esse movimento de inserção dos Residentes para direcionar a ação para a necessidade do território, foi mediado pelo amplo papel da preceptoria, de gestão e do olhar da Pesquisadora.

Na proporção em que o planejamento da Educação em Saúde se afasta do modelo biomédico e se adequa à reorientação dos sistemas de Saúde, o conhecimento sobre o processo de territorialização torna-se ferramenta necessária para que a transição entre tais modelos de aprendizado ocorra de modo fluido e funcional, especialmente no contexto da Atenção Básica (JUSTO, 2017).

Portanto, antes de pensar nas ações interventivas baseadas no contexto e realidade do território sinalizada durante a territorialização pelos Residentes como nos atendimentos clínicos de Psicologia, como também na procura de profissionais do NASF para ações na escola durante o desenvolvimento da pesquisa, o grupo identificou que para resolver a problemática das agendas superlotadas e da demanda reprimida, com vistas ao desenvolvimento de ações extramuros, era preciso intervir na reorganização das agendas. Assim, seria possível evitar a atuação sob lógica de ações pontuais, sem sustentabilidade e continuidade.

Portanto, foi preciso reorganizar os processos de trabalhos, os fluxos de encaminhamentos para o NASF-AB, como estratégia para garantir o desenvolvimento das ações extramuro e de acordo com a necessidade do território.

Dessa forma, no percurso dinâmico e mediante o diagnóstico da necessidade de ações de prevenção à autoagressão na escola, a pesquisa ganhou

mais sentido para todos os envolvidos e a inserção de atividades nas escolas passou a ser pauta nas construções das agendas.

Nesse momento, ampliou-se o quantitativo de coprodutores das informações e das propostas de ação no território, mediante a inserção dos Residentes, devido ao processo de imersão na territorialização, no pensar ações estratégicas, na devolutiva aos equipamentos sociais visitados, nas dificuldades de encontradas para construção coletiva das agendas e no reconhecimento da importância de um fluxo organizado no serviço.

6. Esperar que as pessoas aprendam a colaborar. Nessa perspectiva não existem erros, sendo exigida do grupo muita tolerância, já que o aprendizado é lento.

Na Roda de Conversa do dia 27/03/2019, emergiu como um dos problemas no processo de trabalho do NASF-AB o desafio da construção da agenda, conciliando o atendimento clínico, com ações extramuro, escolher prioridades, criar critérios, considerando o quantitativo de atendimentos individuais e a quantidade de turnos da equipe numa UAPS, em detrimento de outras, ensejando a justificativa desta escolha para os demais profissionais do território.

Desta forma, o grupo percebeu que há outras situações limitantes identificadas pela equipe de referência, como a dificuldade de fazer a escolha do atendimento em cada serviço de saúde do Distrito da sede. Levando-se em consideração a realidade de cada uma das seis UAPS vinculadas e propor intervenções para as problemáticas suscitadas, considerando a capacidade de oferta da equipe, de acordo com a disponibilidade de cada categoria profissional do NASF.

Na oficina realizada no dia 14/05/2019, foi construída a proposta de agenda interprofissional. Fomentar o encontro para construir agenda é uma tarefa desafiadora e pactuar ações conjuntas exige maturidade, afinidade, alinhamento de conceitos, afetos, construção coletiva com consensos e dissensos e é nesse caminhar que aprendemos que compreender é diferente de concordar e, assim podemos superar barreiras e entraves pessoais que devem ser transponíveis e nesse papel de apoiador e coordenador surge o papel de mediador da equipe para saber integrar e fazer as conexões necessárias para superar os ruídos, as fragilidades e os conflitos interprofissionais.

Portanto, é preciso que as relações profissionais sejam sedimentadas no diálogo e no respeito mútuo, pois torna-se uma condição basilar para a construção da identidade de um grupo colaborativo.

Para esse momento foi realizada uma oficina com a proposta coletiva de construção de agenda, o objetivo desta ação é de fomentar a comunicação e o encontro das afinidades para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, é trabalhar as divergências e saber lidar com as diferentes formas de abordagens, é conhecer a atribuição do outro com os campos de saberes pertinentes a cada categoria perceber a complementaridade dos olhares de diferentes profissionais para um determinado objetivo da ação proposta.

Os profissionais do NASF participaram como organizadores do cenário. E, de forma coletiva, conduzimos a oficina para os Residentes que foram os protagonistas do desenrolar da confecção de uma proposta de agenda.

Com efeito, os problemas sinalizados previamente pela equipe do NASF-AB, em reuniões e encontros anteriores, foram, efetivamente, reconhecidos pelos Residentes.

A pesquisa-ação evoca uma disposição subjetiva e social nos participantes de se deixar envolver pela vida cotidiana, pela compreensão das tensões com o coletivo, de perceber e pensar suas possíveis rupturas. Praticar a pesquisa-ação convoca-nos a reconhecer, no outro, ao mesmo tempo a identidade e a diferença (JESUS, 2014).

Nesse movimento de mudança de papéis, no qual no primeiro momento houve o convite à reflexão da equipe do NASF-AB a pensar sobre a agenda, cujo desdobramento foi o movimento de reflexão com os Residentes, provocou um alinhamento dos sentidos e da problemática vivenciada no cotidiano de prática dos profissionais.

Quem trabalha com pesquisa qualitativa sabe que, na busca dos conteúdos implícitos, dos valores encobertos que pautam os sentidos do cotidiano, há necessidade de profundas descrições, de interpretações; os discursos precisam ser decodificados, as falas, organizadas em unidades de significados, pesquisador e pesquisado fundem-se e criam proximidade que pode promover a intersubjetividade, os papéis alternam-se, os personagens dialogam, novas percepções agregam-se a sentidos antigos, cada fato novo precisa de muitos olhares. O que sempre foi já não é

sentido como tal, as certezas já não são tão certas, os dados precisam de novas formas de coleta e organização. (GHEDIN, 2008).

A pesquisa não contava com a parceria dos Residentes, mas fizemos o movimento de acolhê-los nesse processo de formação para o trabalho, haja vista de que o objetivo da residência possibilita o ensejo de que os profissionais trabalhem dentro da perspectiva da colaboração interprofissional. Desse modo, depois do primeiro movimento do NASF refletir sobre os seus processos de trabalho, houve o segundo movimento de ressignificar as práticas dos profissionais do NASF junto com a residência e assim, a transformação do modo de agir foram potencializadas com a incorporação dos residentes no cotidiano do serviço, nas leituras semanais propostas pela ESP/CE, tanto nos momentos de roda de núcleo como nas rodas de campo.

7. Realizar o monitoramento dos dados constantemente, colecionando as informações que possam dar conta do objeto do estudo. No caso de necessidades de complementação de dados, marcar reuniões extras.
8. Planejar sessões de estudo e reflexão por longo período, oportunizando muitas trocas, lembrando que a educação é processo social lento, não é um evento.

Nesse momento, podemos condensar os tópicos e fazer um resgate da linha do tempo para delinear a caminhada de encontros. Desse modo, o planejamento e a reflexão se fizeram presentes a cada encontro, desde a primeira roda de conversas sobre as Diretrizes do NASF, realizada no dia 29 de janeiro de 2019. Durante a leitura coletiva sobre as diretrizes do NASF podemos estudar algumas palavras que despertaram aprofundamento nas discussões como: apoio matricial, trabalho cooperativo, trabalho colaborativo, micropolítica, definição de campo e núcleo e relações de poder.

Segundo Ibiapina (2008), colaboração não significa cooperação, já que a cooperação consiste na etapa de trabalho coletivo que ainda não é considerada efetivamente como colaborativa, visto que parte do grupo envolvido nessa atividade não tem autonomia, tampouco poder de decisão sobre as ações realizadas em conjunto, caracterizando a existência de co-operação que denota ainda relações hierárquicas de poder entre os pares, que devem ser superadas.

Para tanto, o poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizada aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação: nunca é o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outro termo, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. (FOUCAULT, 1985, p. 183).

Cunha e Campos (2010) destacam a necessidade de uma reflexão crítica sobre o papel da racionalidade gerencial hegemônica, que define pressupostos introjetados socialmente, que dificilmente são colocados em questão, como a especialização e a seleção instrumental do trabalhador e a separação entre quem pensa, sabe e decide e a de quem executa o trabalho, não sabe e apenas obedece. Disso resulta que, nos serviços de saúde, sob a égide de uma teoria transcendente (modelo biomédico, por exemplo), certos conflitos são desvalorizados e os trabalhadores são convidados a abrirem mão dos seus interesses e desejos. Os autores apontam severos limites a esse tipo de organização e propõem que o poder seja distribuído através do exercício da cogestão democrática e da construção de coordenações interdisciplinares, para além da fragmentação corporativista.

Nesses movimentos de encontros foi relevante falar sobre as relações de poder para ressaltar a importância da não sobreposição de saberes, mas de saber reconhecer a complementaridade dos olhares das diferentes categorias ao fazer o contraponto do que percebem sobre o objeto em pauta.

9. Envolver todos os colaboradores no processo de pesquisa, dividindo a responsabilidades e dando vez e voz a todos no decorrer da investigação-ação.

Durante a pesquisa, os Residentes foram incorporados à equipe do NASF-AB e participaram desde a identificação do problema de saúde no território com o processo de territorialização, do planejamento da ação, intervenção, e dos momentos de reflexão e avaliação que foram passos transversais permanentes durante todo o processo da pesquisa.

10. Lembrar sempre que o pesquisador também é um parceiro da pesquisa, por essa razão precisa dialogar com os pares, trocando informações sobre o que pensa.

Nesse processo de reflexão crítica, os envolvidos têm o papel de se ajudarem, descobrindo e refletindo o que pensam, como fazem e qual a relação entre o pensamento e ação. Desse modo, é importante escutar sobre o que pensam os participantes sobre o problema de pesquisa e se é possível unir forças para pensarmos em ações coletivas, que é o fruto das relações construídas no trabalho colaborativo, a troca de saberes e sentidos despertados desde o planejamento da ação. E esses momentos foram a realidade durante todos os momentos de encontros das rodas de conversas. A medida que, os problemas de processo de trabalho eram revelados, era necessário realinhar, relembrar que a pesquisa tinha um foco na possibilidade de integrar a equipe NASF-AB para ações educativas de forma contínua com os adolescentes.

Portanto, o enfoque que era preventivo, de promoção à saúde, no desenrolar da pesquisa, no entanto, fez-se necessário recontar a história de que inicialmente, o meu olhar enquanto enfermeira da ESF era para desenvolver ações educativas nas escolas envolvendo a interprofissionalidade, porém os movimentos dinâmicos dos espirais cíclicos intensificaram o pensar sobre a pesquisa, fomentando o plano de ação desenvolvido de forma simultânea.

O passo a passo introdutório para a sistematização da pesquisa era que, após as entrevistas, pudéssemos trabalhar as oficinas com os profissionais e, após trabalhadas as lacunas intelectuais, pudéssemos intervir no campo, mas como a pesquisa-ação nos possibilita extrapolar sequências lógicas e fixas, foi possível através desse citado tipo reinventar caminhos, pois devido à possibilidade da falta do controle e do que os movimentos da pesquisa podem reverberar, novos caminhos do saber-fazer precisam ser pensados durante o percurso.

Nesse sentido, a possibilidade de agregar diferentes saberes, a fim de oferecer assistência às necessidades da população, é um dos principais pressupostos da ESF. Nos processos de gestão da promoção e prevenção da saúde, espera-se que os profissionais envolvidos no modelo proposto pela atenção primária pensem em estratégias de maneira conjunta, com participação e envolvimento de todos os seus membros. Desse modo, para que os resultados possam ser alcançados é

imprescindível a existência de diálogo e contato contínuo das equipes (CERVINSKI, NEUMANN E BIASUS, 2012).

11. Partilhar os registros com os colaboradores, fazendo-os terem contato com o resultado de suas reflexões. Oferecer oportunidades para que os participantes compartilhem e discutam os registros, observando os progressos alcançados e refletindo criticamente sobre como podem mudar as práticas, a compreensão e ideias sobre elas, o que elas querem dizer, as linguagens usadas para descrevê-las e como essas mudanças afetam a organização da instituição na qual trabalham, bem como é necessário promover espaços para que possam mudar atitudes, compreensões e práticas de colaboração.

Tanto as rodas de conversas, como as entrevistas possibilitaram reflexões dos participantes, de modo que após as transcrições das entrevistas e consolidados os pensamentos presentes nas falas, um momento de devolutiva dos achados da pesquisa foram partilhados.

12. Escrever ao longo do projeto. Escrever no princípio (planejamento), durante o projeto (no processo de construção dos dados e de transcrição das reflexões) e no final de cada etapa.

A pesquisa-ação possibilita o deslocamento do agente da ação para a reflexão sobre as formas de agir em saúde.

13. Divulgue os resultados alcançados dentro e fora do grupo de pesquisa. Demonstrando que é possível teorizar, mostrando os limites das práticas adotadas, justificando o trabalho e mostrando as evidências dos questionamentos gerados, assim como do planejamento de estratégia de reflexão para solucioná-la, analisando o resultado, demonstrando, legitimamente, a validade do estudo.

Nesse momento, foram realizadas três rodas de conversas e duas oficinas (sendo duas rodas de conversas no mês de junho e uma roda de conversa e duas oficinas no mês de julho).

Na roda de conversa realizada no dia, 11/06/2019, foi feita a devolutiva das entrevistas para os profissionais do NASF, no período da manhã, e, durante a tarde, um novo momento foi realizado para elaboração da oficina, na qual, estiveram presentes além de profissionais do NASF, os Residentes das diferentes ênfases, saúde da família, saúde coletiva e saúde mental.

Durante o planejamento das Oficinas houve o empenho da Colaboração Interprofissional, e, nesse momento, foram observadas as dificuldades em escolher as perguntas disparadoras para o momento de reflexão da problemática interna do serviço que foram: a falta de organização do fluxo interno e a falta de critério de encaminhamento para o NASF. A socialização do problema e o convite a pensar a solução junto aos participantes foi um desafio trabalhado com a técnica da Oficina.

Segundo Priotto (2008), o que define a ação de uma oficina é a sua proposta de aprendizagem compartilhada. Isso que parece simples, implica em alguns requisitos: é uma atividade grupal, face a face, cujo objetivo de elaboração coletiva de conhecimentos, para ser atingido, exige uma particular atuação do orientador, facilitador, ou pessoa responsável. O mesmo autor refere que o número ideal de participantes nas oficinas irá depender dos objetivos propostos e da dinâmica de grupo a ser utilizada. Desta forma, para a realização da oficina o educador/orientador será o mediador entre o grupo do NASF e o tema abordado. O Educador (Orientador/Facilitador), juntamente com a equipe, ao mesmo tempo, está ensinando e aprendendo. (PRIOTTO, 2008).

14. Ao longo do desenvolvimento da pesquisa tenha sempre claro, a questão norteadora, os objetivos do trabalho, não deixando que eles sejam esquecidos, por essa razão, lembre-os sempre ao grupo.

Desse modo, é relevante informar que a pesquisa-ação resulta em movimentos dinâmicos, porque envolve a dinâmica dos pensamentos dos participantes, que, após alinhados no objetivo comum, podem potencializar o movimento de espiral na busca de respostas ou soluções para o problema em questão. Portanto, os desafios para manter o controle durante os múltiplos ciclos

reflexivos, sem perder de vista os objetivos da pesquisa que foi compartilhado com a equipe do NASF, foi o desafio da pesquisa. Sendo necessário refletir sobre os processos de trabalho para entender como estava a realização da construção da agenda e se, de fato, correspondia a necessidade do território.

Dessa forma, vários movimentos em espirais cíclicas foram construídos durante a execução da pesquisa, e esses movimentos aconteceram devido aos deslocamentos do papel de enfermeira da ESF para atuação de gestora e na função de apoio às equipes de saúde da família e equipe de retaguarda, somando-se a função de preceptor de campo da residência multiprofissional, o que remodelou o olhar da pesquisadora imersa nos processos de trabalhos. Sendo assim, a pesquisa passou por sucessivas metamorfoses acompanhadas nos diferentes papéis funcionais desempenhados durante o desenvolvimento da pesquisa, a ampliação da visão do problema de pesquisa reverberou na produção de significados, sentidos e conhecimentos.

No que se refere aos ciclos reflexivos, foi possível observar espaços que podem ser caracterizados como espaços de reflexão, como os encontros organizados na forma de rodas de conversas e nas oficinas.

4.5 Procedimentos e técnicas de coletas de dados

Na pesquisa-ação, a coleta de dados pode ser realizada por várias técnicas que envolvem, principalmente, a participação das pessoas em grupos. Considerando os objetivos da pesquisa optamos pela entrevista, por rodas de conversas e pela técnica da Oficina, tendo em vista a necessidade de ação/reflexão dialógica do grupo, que tiveram sua dinâmica e as impressões da pesquisadora registradas em diário de campo. Reconhece-se o fato de que o diário não é uma acumulação de notas, é uma relação que, por si mesma, comporta uma rememoração em cadeia de fatos registrados inconscientemente (impressões, sentimentos), que pode ser um segundo olhar do próprio observador, uma matéria que permite iludir a relação observador fenômeno, quer dizer, elucidar o problema-chave de todo esforço de objetivação: o par sujeito-objeto da investigação (MORIN, 1995, p. 195).

Desse modo, após a concordância em participar do estudo, expressa no termo de consentimento, cada profissional foi entrevistado com base no roteiro da entrevista (APENDICEC), que foi gravada e transcrita integralmente.

Após a transcrição, ocorreu um encontro com os coprodutores das informações, no qual foi realizada a devolutiva das primeiras temáticas identificadas pela pesquisadora. Nesse momento, ocorreu uma discussão coletiva, com o crescimento de informações por parte do grupo e validação dos dados apresentados. Por oportuno, foram agendadas as rodas de conversas e oficinas de acordo com as necessidades apontadas pelo grupo.

A oficina, como o próprio nome sugere, é um lugar onde se exerce um ofício, lugar de consertos, reparos, lugar de vida e trabalho, descoberta e ação. Apresenta-se como espaço de expressão e exercício para tomada de decisão, sempre encarando a Educação em Saúde dentro de novas abordagens, representando quebra das hierarquias sócias e horizontalizando as pessoas; supõe trabalho em parceria (ARAÚJO, ALMEIDA e SANTO, 2005).

A elaboração do plano de ação consiste em definir com precisão os seguintes pontos: Quem são os atores ou as unidades de intervenção; como se relacionam os autores e as instituições; convergência, atritos e conflitos abertos; quem toma as decisões? Quais são os objetivos (ou metas) tangíveis da ação e os critérios da ação e os critérios de sua avaliação? Como dar continuidade à ação, apesar das dificuldades. Como assegurar a participação da população e incorporar suas sugestões? (THIOLLENT, 2014).

Para a efetivação das oficinas utilizou-se o material didático: canetas, cartolinas, pincel atômico, cola, tesoura, folhas de papel ofício do tipo A4 e caderno pequeno (diário de campo).

4.6 Análise de Dados

Para elaboração dos resultados seguiremos a trajetória da análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2007) foram compiladas as informações das entrevistas, das oficinas, e das anotações no diário de campo; do registro manual das falas dos profissionais e do material produzido na oficina associado com as observações. A mesma autora sugere as seguintes etapas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados/Inferência/Interpretação.

Inicialmente foi realizada uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva. Trata-se de uma leitura do primeiro plano para

atingirmos níveis mais profundos. Através dessa leitura realizou-se as duas etapas propostas por Minayo, sendo a primeira:

- a) ter uma visão de conjunto;
- b) apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado;
- c) elaborar pressupostos iniciais que servirão de baliza para análise e a interpretação do material
- d) escolher formas de classificação inicial;
- e) determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise.

Na segunda etapa, realizaremos uma exploração do material. Tratamos aqui da análise propriamente dita. Nesse momento, procuramos:

- a) distribuir trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise pelo esquema de classificação inicial (escolhido na primeira etapa);
- b) fazer uma leitura dialogando com os textos da análise, em cada classe (parte do esquema);
- c) identificar, através de inferências, os núcleos de sentido apontados pelas partes dos textos em cada classe do esquema de classificação;
- d) dialogar os núcleos de sentidos com os pressupostos iniciais e, se necessário, realizar outros pressupostos;
- e) analisar os diferentes núcleos de sentido presentes nas várias classes do esquema de classificação para buscarmos temáticas mais amplas ou eixos em torno dos quais podem ser discutidas as diferentes partes dos textos analisados;
- f) reagrupar os textos por temas encontrados;
- g) elaborar uma redação por tema, de modo a dar conta dos sentidos dos textos e de sua articulação com o(s) conceito(s) teórico(s) que orienta(m) a análise. Nessa redação podemos entremear partes dos textos de análise com nossas conclusões, dados de outros estudos e conceitos teóricos.

Como etapa final, elaboramos uma síntese interpretativa através de uma redação que possa dialogar com os temas com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa. A partir da leitura das entrevistas, do material da roda de conversa, agrupar os núcleos de sentidos, categorizando e discutindo com a literatura.

4.7 Questões éticas da Pesquisa

Os aspectos éticos relativos à pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados conforme preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado sob Parecer nº 3.292.399 (Anexo A). Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e, quando de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), ressaltando a garantia do sigilo aos participantes, o anonimato das informações, as explicações sobre as contribuições da pesquisa, a liberdade e a preservação da autonomia de cada sujeito.

5 COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES ESCOLARES: PAVIMENTANDO CAMINHOS POSSÍVEIS NA CONSTRUÇÃO DO SABER-FAZER DO NASF-AB

Nesta seção, são apresentados os resultados da análise do material coproduzido pelos colaboradores da pesquisa, cujo exercício interpretativo permitiu agrupar os núcleos significativos de sentidos nos grandes temas apresentados na sequência.

5.1 Território e Saúde do Adolescente: compreendendo concepções, relações e interações no agir em saúde

5.1.1 Ressignificando a adolescência sob a ótica dos profissionais do NASF

As necessidades dos filhos mudam e exigem dos pais uma nova postura, um ajustamento para lidar com esse ser que quer se individualizar, se reconhecer enquanto pessoa capaz de fazer escolhas e começar a decidir o seu futuro de um vir a ser adulto. É entendido que os adolescentes, na fase inicial, ainda não têm condições de seguirem sozinhos, por isso – a ambivalência (entre dependência e independência) nessa fase, é tão citada – precisam de apoio e orientação. Os pais, nesse momento, encontram dificuldades para fazer esse ajustamento, ainda não conseguem perceber e ou aceitar as mudanças, tentam continuar no mesmo lugar dos pais da infância (SILVA, 2015).

Os profissionais, por sua vez, demonstram o sentimento de ambivalência sobre a adolescência. Percebe-se a necessidade do profissional ter um olhar mais sensível sobre a família do adolescente, apesar do baixo fluxo de adolescentes durante os atendimentos nos serviços, sendo necessário que para além da presença física utilize alternativas para prestar o apoio e a atenção para quem cuida desses adolescentes. Sendo esse modo, também uma forma de o acessar.

Quando se fala em família se pensa muito nas crianças e quando chega na adolescência, como eles tem uma certa independência como se a gente esquecesse que ele vem de uma família, que ele tem uma família. (Entrevista - Girassol 2)

Nesse sentido, torna-se relevante ampliar a visão para o cuidado integral ao adolescente, levando-se em consideração que, apesar do momento de busca de construção da identidade, da liberdade de posicionamento de ideias e de expressões

do ser adolescente, há necessidade de contextualizar o modo de viver do adolescente. O profissional pode reinventar a prática de atenção para o adolescente quando expande o cuidado para a família.

Por exemplo, nessa questão de automutilação, se eu for me atentar somente para o jovem e se eu não parar para pensar no contexto que ele está inserido, acho que o trabalho fica meio perdido. Se eu trabalhar somente o adolescente e não olhar a sua rede de apoio familiar, eu acho que fica perdido (Entrevista - Girassol 3).

A comunicação familiar é um fator imprescindível dentro da família, recebendo ainda mais importância e responsabilidade na fase adolescente, já que os filhos mudando sua forma de pensar, criando suas próprias ideias e convicções, e em contato com diversas informações recebidas do meio externo, talvez seja uma das maiores dificuldades enfrentadas nesta fase pelos pais. É ajustar-se à forma de educar e informar seus filhos sobre essas transformações decorrentes desta fase (MORGADO et, al. 2014).

Uma estratégia adotada pelos profissionais de ampliar os cuidados ao adolescente é ofertar cuidados para quem tem dificuldades de interpretar a adolescência, por exemplo, os cuidadores. O profissional de saúde pode mediar as relações de pais e filhos por meio de informações em saúde através da estratégia da educação em saúde. Sendo reflexivo o olhar do profissional quando pensou, “Se os cuidadores, responsáveis pelos jovens, se eles tentarem ressignificar o olhar para aqueles jovens isso poderia ter um impacto muito positivo nas relações. Mas as relações estão adoecidas”. (Entrevista - Girassol 3)

Ser pai no mundo hodierno é desafiador, devido ao volume de informações das conexões construídas com o mundo globalizado, o profissional ao refletir sobre como os pais devem olhar para adolescência também têm que levar em consideração os diferentes momentos históricos do adolescer. Portanto, novas formas de abordagens de educação em saúde e de interação com o adolescente devem ser pensadas e construídas para vincular os adolescentes ao serviço e aos profissionais.

Vale ressaltar que, contextos sociais marcados por conjunturas históricas, políticas e econômicas potencialmente distintas interferem de maneira diversificada na adolescência, modificando a forma como os sujeitos sofrem e assimilam modos de ser, agir e pensar, especialmente em meio ao lócus no qual se inserem e das relações nas quais estão imersos (ALBUQUERQUE, et. al, 2016).

Desse modo, as diferentes nuances do adolescente na modernidade devem ser respeitadas nas suas singularidades, e a relevância de uma equipe multiprofissional para a compreensão dessa fase multifacetada torna-se potente para ressignificar a adolescência e os modos como se cuida do adolescente. Dessa forma, integrar diferentes saberes como proposta de cuidado que não está centralizado apenas no adolescente, mas com as pessoas que cuidam dele e identificar essa rede de apoio e fortalecê-la com as informações inerentes ao adolescer é uma estratégia de cuidado e uma garantia de direito ao acesso à informação em saúde

Sendo assim, ações pautadas na colaboração interprofissional permite a integração de conhecimentos. Desse modo, religar saberes proveniente de diferentes categorias pode ampliar o campo de compreensão da adolescência, tecendo conhecimento no campo da construção das relações sociais pela visão do assistente social, somando-se aos anos de produção do conhecimento sobre como se manifestam as respostas humanas no processo saúde doença nas suas dimensões biológicas tão bem apropriadas por médicos e enfermeiros, como também o enriquecimento do aprendizado nas evoluções psíquicas e da labilidade de humor inerente a fase do adolescer pelo profissional Psicólogo.

O multiprofissionalismo deve ser preponderante para viabilizar a formação de cidadãos mais críticos, mais seguros de si e com opção por atitudes mais saudáveis. Atuando em rede com outros setores da sociedade, a família e a escola contribuem para o desenvolvimento biológico, psicológico e social dos adolescentes, deixando-os seguros perante suas escolhas em relação à saúde (COSTA, et. al, 2015).

Considerando que o conceito de saúde é complexo, torna-se relevante a estratégia de religar saberes com o fito de atender às necessidades de saúde do adolescente. Desse modo, o cuidado integral ao adolescente deve estar implicado no contexto da área adscrita de qualquer que seja a equipe da ESF e equipe NASF-AB que prestará o plano de cuidados, pois é imprescindível cuidar para além do sujeito adolescente, cuidar da sua família, e assim o profissional demonstrou estar sensível ao território quando relatou que, “A família está adoecendo, em geral, os pais não estão dando muito assistência”. (Entrevista - Girassol 7)

Ressalta-se, também, a atuação dos profissionais de saúde que acabam assumindo o papel de mediadores do desenvolvimento pessoal, social e da qualidade de vida à medida que investigam e analisam os determinantes e comportamentos de

saúde dos adolescentes e suas famílias, para centrar ações de prevenção e promoção da saúde baseadas em evidências locais e individuais. Para isso, aponta-se como primordial o rastreamento da situação familiar nas atividades de educação em saúde com adolescentes e jovens, no intuito de se conhecer em qual contexto se insere a família, uma vez que a identificação de contextos vulneráveis refletem no aumento de susceptibilidade dos adolescentes aos agravos em saúde (ALBUQUERQUE, et. al, 2016)

Porque os pais esquecem que foram adolescentes. Por que estou sendo tão conservadora? Eu já vivi isso! As vezes não paramos para perceber e não para se analisar, a gente esquece que foi adolescente. Porque o amor nos cega, o medo de perder o filho para qualquer coisa nos cega e assim, se você trabalhar o adolescente, mas se não trabalhar a fonte, é difícil. (Entrevista - Girassol 3)

Portanto, é necessário que os pais reinventem o seu “lugar” de pais de adolescentes, realizando o luto do que era tido de sua posse. Pois não é a mesma coisa de ser pai e mãe de uma criança e depois ser pai e mãe de um adolescente\adulto, isso exige um reposicionamento e não somente por razões sociais, mas também por razões internas, ou seja, psíquicas. Após isso é possível compreender esse momento e superar as suas próprias questões que surgem (ROTILI, 2012).

Para os pais, trata-se de um processo semelhante ao que o adolescente passa, pois é um momento angustiante e confuso também a eles, já que, necessariamente, irão se deparar com questões referentes à separação, diferenciação, alteração de lugares e papéis na dinâmica familiar, além de inevitáveis frustrações decorrentes do crescimento e das escolhas dos filhos. Sabe-se que os pais também precisam promover elaborações psíquicas complexas, já que o crescimento dos filhos reativa sua própria história, fazendo-se necessária a ressignificação de suas próprias adolescências (ROTILI, 2012).

5.1.2 A adolescência e as relações familiares: entre o real e o virtual na era digital

Por outro lado, sabe-se que a comunicação e o relacionamento familiar entre pais e filhos não depende exclusivamente do contexto social, embora seja reflexo deste e esteja marcado por conflitos e dificuldades, especialmente quando tal realidade tem raízes em meio a condições sociais e econômicas desfavoráveis, embora tal contexto socioeconômico incida, os pais devem fornecer informações

necessárias através do diálogo para que os adolescentes, através de uma postura crítica e reflexiva frente às condições sociais, possam reduzir as situações de risco, às quais estão expostos e suas consequências (ALBUQUERQUE, 2016).

Evidencia-se, a falta de habilidade dos pais na forma de educar os filhos, conforme atitudes de insegurança, descuido e ou abusos. Constata-se assim, a necessidade de equilíbrio na relação parento-filial, baseado no diálogo, no afeto e respeito, estabelecendo regras e responsabilidades para a manutenção construtiva da estabilidade do grupo familiar dentro da sociedade. Considerando a atitude de empatia, essa relação pode ser subsidiada pelo movimento de compreensão relativo à visão de se posicionar no lugar do outro para buscar entendê-lo. Conforme esse processo avança, a resultante vinculação mais estreita pode colaborar para atitudes mais assertivas ao educar (BARRETO e RABELO, 2015).

Mas o vínculo dos filhos para com os pais se dispersa muito por conta das influências, da internet, da informação, da busca dessa informação que não busca através dos pais e parentes e sim através dos meios de comunicação".
Girassol 4

A relação dialógica não é entendida como uma simples conversa, é um estar com o outro de forma plena, é olhar, perceber e procurar entender quais são as necessidades do outro. Quando isso acontece, a relação vai ser saudável, as próprias dificuldades do adolescente em lidar com as suas mudanças, como se auto afirmar na relação e de mostrar a sua independização, serão minimizadas, pois se sentirá como participante dessa relação pais e filhos (SILVA, 2015).

Os pais encontram dificuldade de estabelecerem uma relação dialógica com seus filhos adolescentes. No dialógico, que é onde se institui um contato pleno, os pais conseguem perceber, compreender, valorizar, aceitar e confirmar as necessidades e experiências vivenciadas pelos filhos. Através dessas atitudes, serão capazes de se colocar no lugar dos filhos, deixando de lado suas próprias opiniões, experiências e valores, para entrar no mundo particular de vivências e assim, compreender as necessidades dos filhos. Nesse contexto relacional, pais e filhos se comunicam sem reservas, com a confiança de serem compreendidos e respeitados um pelo outro. Desse modo, o contato e a troca de experiências e de ideias entre eles se torna plena, contribuindo para que um aprenda com o outro, o que favorece o enriquecimento e o crescimento da relação e das partes envolvidas (SILVA, 2015).

Mas, ainda que as inovações tecnológicas acompanhem as mudanças econômicas e sociais apresentando produtos e ideias cada vez mais aprimoradas, poucas escolas inovaram os seus produtos tecnológicos e dir-se-ia que poucas absorveram as novas ideias. Os educadores não compreendem que seus alunos vivem numa sociedade muito diferente da que eles mesmos viveram. Os adolescentes hoje transitam simultaneamente por espaços físicos e virtuais numa velocidade acelerada, relacionam-se por redes sociais com lógica e regras próprias, vivenciam a fragmentação, a ambivalência e o egocentrismo que imperam nos valores morais e têm uma consciência e uma postura diferente em relação ao ambiente e ao planeta. Esses são apenas alguns dos tantos exemplos que se podem utilizar para demonstrar que não se deve comparar os alunos atuais com os do passado (OLIMPIO e MARCOS, 2015).

A internet, na pós-modernidade, se tornou um dos principais dispositivos que a cultura oferece para a inclusão social dos adolescentes. Pois ela proporciona a ele a chance de socialização de forma mais rápida, simples e global. E cada vez mais, os adolescentes usam as redes sociais e comunidades virtuais e isso vem mudando as formas de interação entre eles (CRESTANI, 2017).

A internet se tornou um meio de comunicação e informações de grande influência na vida de todos. A questão é o manejo desse uso, pois é necessário que haja um equilíbrio entre a vida real e a vida virtual para que os benefícios da Internet e das redes sociais sejam aproveitados. Os efeitos são medidos a partir do tempo que se gasta e como se gasta a fim de que contribua de forma sadia para o desenvolvimento psíquico, social e cognitivo do adolescente. A partir do que foi descrito neste fenômeno, o uso das redes sociais pode trazer tanto prejuízos quanto benefícios para as relações dos adolescentes. Os problemas relacionados ao vício das redes sociais se apresentam quando há uma imersão excessiva no mundo virtual e a falta de interação no mundo real. Pois essa realidade virtual traz sentimentos de “segurança” na qual os adolescentes se abstêm de frustrações, rejeições e outros sentimentos que na vida real têm que enfrentar (CRESTANI, 2017).

Na verdade, nós somos complementos, a educação deve vir da família e nós tínhamos resultados melhores que os pais e os pais percebiam as mudanças. Os pais devem participar e não são capacitados para trabalhar com adolescentes. (Entrevista - Girassol 6)

Eu acho que hoje em dia devia haver grupo de orientações para os pais. Os pais não estão sabendo lidar com a velocidade da internet. E hoje o jovem

para se relacionar está mais difícil, ninguém quer mais ceder e perder a sua individualidade. E geralmente aquilo que você posta é aquilo que você não é e nem todo mundo sabe lidar com isso. Eu acredito que hoje o sofrimento mental desses adolescentes é muito maior do que na nossa época. (Entrevista – Girassol 5)

Portanto, devido à complexidade, à diversidade e à dinamicidade de como a adolescência se manifesta, compreender as relações tecidas no contexto onde o adolescente está inserido com seus pares, entre familiares e entre os profissionais através do diálogo, da empatia, e da comunicação torna-se necessário para vincular e estabelecer uma relação de cuidados com o adolescente. Com efeito sinérgico o profissional lança o eco, “Quando o vínculo é estabelecido eles se abrem e eles entendem que o cuidado com a saúde é uma questão continuada, eu observo isso”. (Entrevista - Girassol1).

O adolescente precisa de um momento só seu, ele precisa de liberdade e de independência para construir o seu próprio caminho, falando em linguagem própria. E o conflito é o que permeia a adolescência, podendo-se dizer que isto é uma normalidade. Sendo que para os pais esta situação de espera é angustiante, mas ao mesmo tempo sabe-se que ela é necessária. Portanto não tem como os pais ficarem de fora desta crise. E, em muitas vezes, é necessário buscar a ajuda na análise (ROTILI, 2012).

5.1.3 O NASF e os desafios do cuidado integral ao adolescente: desafios e Possibilidades da educação em saúde no território

Destaca-se, assim, o papel da atenção básica, no contexto saúde local, tendo em vista a inserção privilegiada da Estratégia Saúde da Família, como nível de atenção capaz de promover ações de educação em saúde para pais e filhos (em parceria com escolas, organizações não governamentais, e a comunidade em geral) para atender às necessidades do adolescente e sua família de modo integral (ALBUQUERQUE, et. al, 2016).

Mediante o contexto do mundo hodierno, torna-se sensato que os profissionais de saúde estejam abertos as mudanças sinalizadas dos modos de ser da adolescência. Por meio da Educação em Saúde, é possível enfrentar os desafios e os entraves identificados nas falas:

Eu particularmente acho a população adolescente muito desafiadora porque primeiro estabelecer vínculos com eles não é fácil, eu acho que o linguajar deles é muito próprio, como eu tenho muita experiência com criança, eu consigo bem trabalhar a parte lúdica, entrar no mundo deles, mas os adolescentes não são assim. Nem eles são adultos que nem eu possa ter uma conversa como estamos tendo agora e nem eles mais tem o apelo lúdico da infância”. (Entrevista - Girassol1)

Os limites, as dificuldades, o que é mais desafiador é fazer com que ele encontre sentido naquilo, eu acho que é o maior desafiador, porque se não há sentindo ele não vai abraçar, ele vai estar lá de corpo presente... Então, a limitação é que tem que fazer sentido pra qualquer faixa etária. (Entrevista - Girassol 3)

Adesão, né?! ... o tempo disponibilizado dentro do município. Teria que está dentro da unidade de forma mais assídua”. (Entrevista -Girassol 4)

A compreensão do não interesse do adolescente na participação de grupos, na baixa assiduidade e vinculação ao posto de saúde para obtenção de informações sobre saúde perpassa causas multifatoriais como pode ser evidenciada na fala, “A busca deles e a permanência nas ações, entendeu? Fazer as buscas nas escolas. Eu acho que nas escolas é melhor do que no posto” (Entrevista – Girassol 7).

Os participantes complementaram:

Manter o interesse desse adolescente, é estimular, é conseguir realmente interagir, que é uma fase muito difícil. Eles estão ali fingindo que estão escutando, mas não estão. É trazer ele pra gente. Manter o interesse, estaria relacionado a dar continuidade a esse vínculo”. (Entrevista - Girassol 5)

Não vejo tanta dificuldade não, mas tem a minoria que provoca problema, pelo comportamento, os usuários de drogas, os mais rebeldes. Educação física todo mundo gosta! É a questão do comportamento. Eles ficam brincando e não levam a sério. (Entrevista - Girassol 6)

A análise dos relatos dos entrevistados também permitiu identificar a falta de manejo em lidar com o público adolescente, devido à falta de identificação e ou até mesmo por lacunas no processo formativo.

Eu tenho certa resistência de trabalhar com esse grupo. Primeiro quando a gente vai trabalhar, digo no âmbito da escola, né?! Geralmente são muitos e aí tem uma grande dispersão deles. O fato de tentar prender a atenção deles, eu vejo como um desafio e isso de certa forma me limita a não tentar priorizá-los e segundo como falei não é um grupo também que eu me identifico enquanto pessoa, eu acho que isso é um grande limite, é uma grande barreira, tipo eu pessoalmente e profissionalmente não me identifico, também não tento priorizar atuação com eles e também a gente não tem tanto incentivo pela gestão. (Entrevista - Girassol 2)

É isso, tentar fazer sentido para eles e tentar meio que entender esse universo que eles estão inseridos. Eu digo tentar porque não é fácil. É uma

tentativa, a empatia não é uma coisa fácil de acontecer quando são realidades tão diferentes daquilo que você é acostumado a vivenciar. (Entrevista - Girassol 3)

Para Feuerwerker (2014) uma das estratégias a serem utilizadas para aprimorar o trabalho dos profissionais do Apoio Matricial, rever o processo de atuação e promover novos processos de subjetivação e de gestão do cuidado seria a implementação de dispositivos de formação e de educação permanente que priorizassem a reflexão sobre a prática.

Essa questão foi levantada por um dos entrevistados. Nesse momento foi revelado a importância de ações continuadas de educação em saúde para os adolescentes como uma estratégia preventiva para os adolescentes. Durante a entrevista, o profissional demonstrou o interesse sensível sobre a problemática no território de casos de automutilação nas escolas, sendo importante nesse momento perceber que há um movimento de ampliação da percepção do profissional. Portanto, sendo relevante, registra que o que deve nortear as práticas do profissional são as necessidades do território e não somente as práticas rotineiras ancoradas à conveniência de atendimentos no cotidiano do serviço com atuações que possuam mais afinidades. Assim os profissionais mostram as suas experiências:

Por exemplo a psicopedagoga me sinalizou a questão da automutilação, a gente precisa trabalhar isso, não pode fazer vista grossa. É um problema muito sério...Se a gente não fizer uma educação continuada e uma questão longitudinal, não vai mudar, e vai acontecer de novo, e vai precisar, sei lá, chegar a alguma coisa extrema? Um suicídio ou alguma outra coisa? Eu me preocupo com essas coisas, eu não entendo muito de saúde mental, eu confesso, mas estou disposta da gente abraçar essa seara. (Entrevista - Girassol 1)

As ações pontuais que eu fui não foi uma coisa que eu cheguei lá tentei construir junto com eles não. Foram coisas planejadas pelas instituições que eles participam, tipo escola, CRAS..." Vem Girassol falar sobre isso!". Então, foram ações pontuais em que não existia vínculo, em que aquilo não fazia sentido para eles porque não eram assuntos que eles estavam desejando, foi uma coisa imposta, então é isso.(Entrevista - Girassol 3)

Observa-se que o modo, como a pesquisa desenrolou permitiu a reflexão e a autocrítica. A condição para ser pesquisa-ação crítica requer um mergulho na práxis do grupo social em estudo, do qual se extraem as perspectivas latentes e o não familiar que sustenta as práticas, sendo as mudanças negociadas e geridas no

coletivo. Nessa direção, a pesquisa-ação colaborativa, na maioria das vezes, assume também o caráter de criticidade (FRANCO 2005).

Sendo assim, durante o cotidiano da prática tanto o papel de gestora e de profissional de Enfermagem se entrelaçam nas experiências colaborativas. Dessa forma, é relevante ressaltar que as práticas educativas compõem a prática social da enfermagem e caracterizam-se como instrumentos valiosos no processo de trabalho em saúde. Estando a educação em saúde presente no processo de trabalho e no ato de cuidar do enfermeiro, a participação desse profissional é de suma importância na organização e desenvolvimento das ações (FIGUEIRA, 2010). A Portaria n. 2.488, de 2011, especifica a prática educativa como atribuições comuns a todos os profissionais (BRASIL, 2011).

Dentre as Possibilidades de ações de educação em saúde com os Adolescentes escolares podemos perceber que os profissionais demonstram interesse ao descreverem nas falas:

Agora possibilidades é uma das Searas que a gente tem mais possibilidades porque ainda são cidadãos em formação, então a gente pega esse público, porque eles têm plasticidade, tem capacidade de evoluir, de se moldar, de pensar diferente. Não é como o nosso público adulto que é sedimentado. Eu noto que quando o vínculo é estabelecido, eles se abrem para as possibilidades. (Entrevista - Girassol1)

Eu pensei na politização das ações junto com eles porque essa questão do alheamento político me incomoda muito. E eu acho que os jovens tem muito potencial para a gente trabalhar com essas questões políticas apartidárias. A questão política mesmo do direito das pessoas enquanto brasileiros, enquanto cidadãos, enquanto usuários dos serviços de saúde, enquanto usuários da educação. (Entrevista - Girassol 3)

Fica evidente que a “melhor” estratégia deve ser aquela que é partilhada, ou seja, em conjunto com os adolescentes, de forma que todas as decisões sejam divididas e não sejam impostas em nenhum momento. Isto tem intuito de promover o empoderamento do sujeito, tornando-o autônomo em sua saúde. Nesse sentido se encaixam outros pilares que devem ser estabelecidos, como escolha de cenário, conteúdo, formação de parcerias e apoio em referenciais teóricos para embasar a metodologia que venha a ser utilizada (FERREIRA, 2016). Dessa forma, a educação em saúde atravessa várias práticas do cuidado interprofissional.

Normalmente eu não chego com a proposta, eu vou conversar com eles e vejo o que emerge da conversa e daí eu tento adequar para as coisas que eu posso contribuir, e quando não peço ajuda as colegas, então eu vejo que isso

é uma coisa ilustrativa que dá muito certo, porque eles vão com o objetivo principal da capoeira, do violão, só que lá tem um a mais, lá a gente conversa de escola, de estudo, de possibilidade de futuro, de cuidado com a saúde, que eu acho que é uma estratégia interessante porque trazê-los para a Unidade de saúde é muito difícil. (Entrevista -Girassol 1)

Mas para o adolescente em especial a gente tem que ser um pouco feiticeira, tem que fazer uma mágica, fazer sentido pra eles é muito importante. Se você chegar com o negócio já montado e imposto eles vão se colocar, alguns vão ficar quietinhos, alguns vão achar interessante, porque sempre tem quem goste. (Entrevista - Girassol 3)

Porque seria preventivo. Porque é na adolescência que tudo começa. O vício da bebida começa, o vício do fumo começa. A vida sexual começa. Então se a gente orienta esse adolescente para ele ter um início de vida preventivo, vai evitar uma gravidez, vai evitar uma sífilis, vai evitar um monte de coisas, que aquele adolescente, se aprender da adolescência a importância do uso da camisinha, ele vai levar para a vida inteira seria como se a gente tivesse atingindo a raiz, até então criança a mãe manda, o adolescente não. (Entrevista - Girassol 5)

A incorporação de diferentes profissionais possibilita a ampliação de cuidados ao adolescente dentro da perspectiva da integralidade, devido às diferentes visões de formação, de concepções, vivências, pois permite um alcance mais aproximado das múltiplas dimensões do ser adolescente. O Psicólogo com a sua visão de comportamento, o assistente social olhando para as relações que o adolescente estabelece, a Fonoaudióloga que percebe a importância da linguagem própria para além da verbal, mas também a forma que nos vestimos para estabelecer o primeiro contato, a integração do trabalho da Fisioterapeuta com educador físico.

5.2 Educação em saúde para adolescentes no território: desenvolvendo estratégias de articulação entre o NASF e as Escolas

5.2.1 A pesquisa-ação como estratégia do agir do NASF para educação em saúde

No decorrer da pesquisa, evidenciamos a ocorrência de metamorfoses que convergiram para a sua reorganização e produção de novos sentidos. Desse modo, o convite ao repensar o saber-fazer cotidiano dos profissionais no cenário de atuação da atenção primária, constitui-se um marco importante no redirecionamento das práticas de colaboração interprofissional e de educação em saúde para os adolescentes no território.

Desde o convite formal para a participação na pesquisa, que aconteceu em uma roda de conversa realizada na sala do NASF-AB, assim como os sucessivos

encontros de construção dos momentos, foi possível uma aproximação com os profissionais, por meio da pesquisa-ação, conforme apresentado a seguir:

Uma maneira de atuar em pesquisa. [...] um ato de pesquisar: pesquisa e ação. (Diário de campo – roda de conversa 1)

Pesquisa-ação para fazer; estar imerso no território, conhecer as demandas e necessidades do território, estar aberto para ver o outro, estar apto a fazer trocas de saberes, ter flexibilidade para acolher saberes diferentes, estar aberto a se desconstruir e reconstruir dentro dos processos, ter leituras e conhecimentos prévios, mas não ficar engessado nisso, vivenciar os processos inerentes ao pesquisar. Possibilita uma pesquisa dentro do processo de trabalho, que gera reflexão e sistematização da prática. (Diário de campo – roda de conversa 1)

Penso que seja a coleta de dados seguida de ações baseadas no que foi objeto de pesquisa no território em que atuo. (Diário de campo - roda de conversa)

Penso que a pesquisa-ação são estudos desenvolvidos a partir das vivências/experiências realizadas num determinado serviço, especialmente no nosso caso, ações práticas de saúde com estruturação de encontros delimitados e planejados (qualitativa). Por exemplo: Oficinas de alimentação saudável em creches (com ações interdisciplinares de mastigação, escolha de alimentos etc. (Diário de campo - roda de conversa)

Bem, ainda não estou bem a fundo da pesquisa-ação mas acho muito interessante e importante. (Diário de campo - roda de conversa)

Segundo Ibiapina (2008), para que a pesquisa seja classificada como pesquisa-ação emancipatória são necessárias três condições: a colaboração, que também é condição para que seja considerada emancipatória; ciclos sucessivos de reflexão crítica; envolver os partícipes nas atividades de pesquisa.

Cabe lembrar, conforme Ibiapina (2008, p. 26) que: a pesquisa-ação colaborativa se diferencia de outras, sobretudo, pela valorização das atitudes de colaboração e reflexão crítica, visto que os pares, calcados em decisões e análises construídas por meio de negociações coletivas, tornam-se co-parceiros, co-usuários e co-autores de processos investigativos delineados a partir da participação ativa, consciente e deliberada. (citação de 6 linhas e sem aspas)

É importante ressaltar que a operacionalização desse momento se revelou bastante oportuna, não somente por esclarecer aos participantes sobre a metodologia da pesquisa com vista a desenvolver a colaboração, tendo clareza da contribuição de cada participante, ante a cada momento do estudo. Ademais, os registros desse momento sinalizam uma tomada de consciência em relação à pesquisa não somente como um processo de produção de conhecimento, mas sobretudo de transformação

da realidade com base na identificação da problemática que configura o objeto de estudo, em que numa perspectiva colaborativa, os sujeitos se implicam em implementar ações transformadoras ainda do decorrer do estudo, como dimensão intrínseca do método ao induzir que os participantes se percebam implicados no seu saber-fazer no processo de trabalho.

Desse modo, o saber-fazer estará em sintonia com o pensamento de Paulo Freire acerca da conscientização, que assim, consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, ou seja, “que ultrapassemos a esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica” (FREIRE, 1980). (citação de 5 linhas)

O mesmo autor chama a conscientização de compromisso histórico, pois implica no nosso compromisso com o mundo e, portanto, também com nós mesmos, como sujeitos que fazem e refazem o mundo e assim sua própria história. Neste instante, a conscientização não se encontra mais somente na relação consciência/mundo, mas transcende, convidando-nos a assumirmos uma posição utópica frente ao mundo.

Saber que não apenas estamos no mundo, mas com o mundo e também pelo mundo; da mesma forma, que somos seres condicionados e não determinados, e que, portanto, nossa possibilidade de transformar a realidade que nos oprime e nos explora é a mesma possibilidade dialética que rege a história da humanidade e nos permite produzir novas formas de viver em sociedade. Saber que sonhar o sonho coletivo, que é um sonho acordado, real, passa pelo desejo de uma forma justa, fraterna e humana de viver em sociedade; este é o primeiro passo para a transformação social. Saber que a utopia é possível (FREIRE, 2001).

O ‘inédito-viável’ é na realidade, pois, uma coisa que era inédita, ainda não claramente conhecida e vivida, mas quando se torna um ‘percebido destacado’ pelos que pensam utopicamente, o problema não é mais um sonho, ele pode se tornar realidade (FREIRE, 2014).

Desse modo durante as entrevistas os profissionais foram questionados acerca das inserções de ações continuadas na agenda do NASF, sendo assim podemos perceber a reflexão e a necessidade de incorporar a educação em saúde nas escolas como na entrevista - Girassol 2 “é desafiador. É um desafio a ser implementado! É desafiador porque eu sairia da minha zona de conforto”. Sendo esse

sentimento compartilhado na entrevista – Girassol 7 “é muito importante, o adolescente está a parte, mas falta o manejo e de saber abordar, poderia haver um curso para capacitar os profissionais para interagir melhor com esse grupo de adolescentes”. Colaborando com o pensamento de Girassol - 6 “as ações continuadas para os adolescentes são importantes porque dentro da escola a gente atende um número maior e atinge previamente”.

5.2.2 Construção de propostas de educação em saúde de acordo com as necessidades dos adolescentes: desafios e as possibilidades do NASF-AB

Durante as entrevistas, os profissionais do NASF-AB foram indagados sobre o trabalho com adolescentes no território. Posteriormente, no momento de devolutiva das entrevistas e reflexão sobre os resultados identificados nas falas, houve a interseção dos olhares e do que foi dito. Contudo, foram preservadas as identidades dos participantes, embora tenha sido verbalizado na reunião as percepções sentidas e assim, a discussão trouxe algumas uniformidades e consensos nas reflexões.

Identificamos alguns desafios que se interpunham ao trabalho dos profissionais do NASF-AB junto aos adolescentes, entre eles desconhecimento sobre a política de saúde do adolescente, a formação insuficiente para atenção integral ao adolescente e desconhecimento sobre atividades grupais para esse público nas UAPS, conforme demonstrado no Quadro 3.

Dessa forma, as entrevistas ocorreram dentro de um cenário de movimentos, de reuniões e de imersão dos residentes no processo de territorialização, o que possibilitou o despertar de amplos sentidos. A visão dos profissionais foi ampliada, pois o que percebiam no cotidiano de prática, seja no atendimento ambulatorial, como atividades no CRAS e escola, foram comprovadas pelas percepções dos residentes durante as visitas aos equipamentos sociais.

Quadro 3 - Percepções dos Profissionais do NASF, 2019

Questões Norteadoras	Percepções dos Profissionais
Conhece a Política de Atenção Integral a Saúde do Adolescente?	Não (6); Sim (1)
Participou de algum curso de Capacitação e ou especialização para adolescentes?	Não (6); Sim (1)
Conhece alguma UAPS que tenha um grupo de adolescentes conduzidos pelos profissionais de Saúde?	Não (7)
Quais temáticas de Educação em Saúde para adolescentes você gostaria de aprofundar?	Bullying (6); Projeto de Vida (6) Política de Atenção Integral a Saúde do Adolescente (5); Equidade de Gênero (5) Relações familiares (5); A influência das Mídias e das Redes Sociais (5)

Fonte: Elaborado pela autora.

Portanto, acreditamos que as reflexões em ato durante as entrevistas foram intensificadas por vários movimentos de encontro e de reuniões, sendo assim, essa dinamicidade de momentos em espirais cíclicos autorreflexivos de pensar sobre a prática e a responsabilidade do processo formativo de capacitação de profissionais para o trabalho, possibilitou na mudança de comportamento dos participantes da pesquisa, conforme verbalizada por uma representante do NASF, “Nós nos transformamos a cada mês, a cada encontro.” (Diário de campo - Girassol 2).

A pesquisa colaborativa prevê a concretização de processo sistemático de reflexão e ação que utiliza a análise crítica da prática, de forma que se converta em práxis, na qual, a teoria e a prática se ampliam, complementam-se, transformam-se (IBIAPINA, 2008).

Durante as rodas de conversas houve o resgate da caminhada da equipe, evidenciando-se que anteriormente não ocorreu um processo de territorialização como norteador do campo de prática. Destarte, havia sido realizada apenas uma mera vinculação com os equipamentos sociais e a organização do cronograma de acordo com as demandas de escolas, creches, Centro de Referência de Assistência Social -

CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Ademais, um dos critérios seguidos para o desenvolvimento das ações e práticas nos territórios foi a afinidade, inerente a cada categoria profissional, associada à identificação pessoal com o estabelecimento de parcerias de trabalho com base na semelhança da área de atuação.

Assim, a realização das ações de educação em saúde era definida de acordo com a habilidade do profissional para discutir a temática, após sinalizada a demanda pelo equipamento social do território. Desconsiderava, portanto, a possibilidade de atuação compartilhada e colaborativa dos profissionais, bem como um planejamento estratégico das ações no território, tomando como base as necessidades de saúde.

Esse aspecto é uma das incoerências comuns de nosso processo de formação. Estamos, diariamente, diante de situações de vida e saúde muito complexas, que exigem um trabalho integrado, com foco no atendimento dessas necessidades, sendo a lógica do trabalho em equipe a premissa para que possamos avançar numa atenção à saúde mais integral e resolutiva (PEDUZZI et al., 2013).

Com base nessa situação, de uma dinâmica de trabalho por vezes com o foco na expertise profissional, as reuniões periódicas passaram a ter condução norteadas pelos princípios do Método da Roda, ou Método Paideia, que é uma proposta de cogestão de coletivos e democratização das relações de poder, apostando na politização da gestão nas equipes de trabalho, gerindo espaços de negociação e transformação de práticas (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Desta forma, foi incorporado ao processo, com vistas a potencializar o trabalho do NASF-AB em relação à territorialização e à educação em saúde, ferramentas de apoio institucional, incentivando a colaboração nos processos de trabalho do NASF-AB. Isso, por sua vez, favoreceu a reflexão sobre o papel dos profissionais que compõem a equipe e a compreensão do desafio de mensalmente construir uma agenda para um território populoso, de grande extensão territorial e que a equipe especializada está vinculada a 12 equipes de referência, um número além do preconizado de 9 equipes de ESF.

O apoio institucional é uma aplicação metodológica da concepção Paideia desenvolvida por Campos (2005), na tese intitulada Um método para análise e cogestão de coletivos. O autor parte de uma crítica à tradição da racionalidade

gerencial hegemônica, propondo uma concepção ampliada da gestão e do trabalho em saúde, fundamentada na análise crítica da teoria política, da administração e planejamento, da análise institucional e da pedagogia. O autor propõe uma reforma e a aproximação entre a gestão e as práticas de saúde, apostando no desenvolvimento de uma gestão democrática – a cogestão – e incentivando a participação dos sujeitos em coletivos organizados voltados para a produção de bens ou serviços, bem como para a educação permanente e para a gestão compartilhada da instituição e de seus processos de trabalho.

Dessa forma, durante o desenvolvimento do papel de gestora-pesquisadora, foram elencados fatores limitantes observados tanto durante as visitas *in loco*, como nos relatos dos profissionais dos serviços como nas percepções da equipe do NASF durante as reuniões, o que suscitou na equipe reflexões no grupo de que há necessidade de um desenho de cenário de atuação até que a oferta do serviço se efetive de fato.

Observou-se que as reuniões mensais fomentaram a reflexão sobre as estratégias adotadas para o atendimento à população. As visitas *in loco*, enquanto gestora-pesquisadora possibilitavam o feedback sobre a quantidade de atendimentos, a demanda reprimida e as necessidades reais do território. Dessa forma, a importância do apoio institucional permitia a construção de propostas condizentes com o contexto do Território e na medida que as lacunas da assistência aconteciam, havia justificativas para o repensar e readequar a agenda do mês seguinte.

Vasconcelos e Morschel (2009) afirmam que “segundo as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH), apoio é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde”. Como proposta para desfazer lógicas de hierarquização dos serviços e verticalização das decisões, a PNH lança mão do apoio institucional como estratégia metodológica que objetiva construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres. Busca, desse modo, implementar e mudar práticas.

Segundo Mori e Oliveira (2009), o apoio institucional é definido como acompanhamento qualificado do trabalho de equipes e tem, como característica principal, a oferta de estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e

dispositivos da Política. Ação de consultoria que coloca, em análise, os métodos de trabalho instituídos; incentiva trabalho cooperativo em equipe, de modo democrático, participativo e cogestionado; estimula troca dos saberes, enfrentamento das disputas de poder, circulação de afetos, análise dos movimentos institucionais e criação de processos de trabalho que não distanciem as atividades da gestão e da atenção.

No decorrer da pesquisa, ocorreram mudanças no grupo gestor, o que culminou na apresentação da coordenadora do PSE do município, realizada no dia 20 de maio de 2019. Nesse contexto, as transformações desencadearam a vinculação de escolas situadas na área de abrangência das UAPS ao PSE, o que se mostrou pertinente e comum para o NASF-AB, para os residentes e para a coordenadora do programa, que nesse movimento de aproximação com o território possibilitou a reflexão sobre a logística do deslocamento das equipes para fazer as ações. Haja vista de que para além do deslocamento dos profissionais, precisamos pactuar agenda, os horários e quais equipes estratégicas da área de abrangência correspondente ao posto poderão se responsabilizar pela ação.

A vivência do processo de Territorialização, ocorrido durante a pesquisa, permitiu à equipe NASF-AB identificar as necessidades de saúde concretas do território. Na roda de conversa, em que se promoveu a reflexão sobre os problemas de saúde dos adolescentes no território, foram relatados: necessidade de prevenção ao suicídio e automutilação nas escolas, além da falta de habilidade dos professores para o manejo de situações relacionadas à saúde mental. Sendo essa percepção adotada, “O mais gritante, o que mais surpreendeu é que a sociedade está doente, os professores pediram socorro, há necessidade de intervenção nas escolas... a gente tem que ir até eles” (Diário de campo – roda de conversa).

Dentre as possibilidades de intervenções os participantes relataram a importância de dar continuidade ao apoio nas escolas utilizando estratégias como: grupos de leitura, fortalecimento dos jovens, música, poesia, escuta, atividades com os pais, trabalhar com os estigmas (pessoas que tentaram a autolesão), rastreamento dos casos de tentativa de suicídios e plantão psicológico.

Com efeito, após a identificação das necessidades de saúde dos adolescentes, ocorrida durante a territorialização, os residentes retornaram ao equipamento social, no caso, a escola dentro da área adscrita para propor um plano de ação, levando sugestões de assuntos relevantes. Houve a inserção de Residentes

para ações continuadas na escola e a sugestão de proposta de Plantão Psicológico foi apresentada a direção da escola no dia 5 de junho de 2019.

Temas sugeridos para as rodas de conversas com os adolescentes escolares:

- A influência das redes sociais e jogos digitais
- A ditadura da beleza, padrões corporais e autocuidado
- A adolescência: relações sociais e afetivas
- Sexualidade e gênero
- Adolescentes como sujeitos de direitos
- Uso e abuso de substâncias químicas
- Saúde Mental
- Outro assunto de interesse

Cada temática proposta contém subtemas de relevância para a prevenção e promoção da saúde do adolescente e com o intuito de contemplar a aproximação da realidade de casos relatados e vivenciados no território. Levando-se em consideração o uso de uma linguagem clara, objetiva e própria para abordagem com esses atores.

A influência das redes sociais e jogos digitais (curtidas e realidades sem filtro, insônia e alterações no sono, ditadura da felicidade, uso abusivo de redes sociais e jogos eletrônicos, relacionamentos virtuais, exposição de imagens pessoais, autoagressão com e sem ideação suicida e violência, cyberbullying);

A ditadura da beleza, padrões corporais e autocuidado (transtornos alimentares, transtornos de imagem, padrões sociais, uso indiscriminado de suplementação, dietas da moda, higiene pessoal, exercícios físicos e práticas corporais, autoestima);

Adolescência: relações sociais e afetivas (pais e filhos, relacionamentos abusivos, bullying, abandono parental e alienação parental, timidez e inibição social, autocobrança);

Sexualidade e gênero (homofobia e transfobia, gestação na adolescência, ISTs (Infecções sexualmente transmissíveis) e métodos contraceptivos, abuso e assédio sexual, aborto, feminicídio);

Adolescentes como sujeitos de direitos (mercado de trabalho, orientação profissional, Estatuto da Criança e do Adolescente).

5.2.3 A Colaboração Interprofissional como estratégia para fortalecer as ações de educação em saúde para adolescentes

As reflexões desenvolvidas nas rodas de conversa induziram adequações das agendas dos profissionais do NASF-AB, pois havia o desafio de acrescentar dias de reuniões para os estudos, recepção dos Residentes e o rodízio dos profissionais para acompanhar o processo de imersão e visita aos equipamentos do território com os residentes.

Outros elementos que devem ser levados em consideração são os turnos para as rodas de núcleo, rodas de campo, tendas invertidas e o calendário de matriciamento promovido pela ESP/CE com o propósito de qualificação político-pedagógica dos preceptores que participam dos processos formativos em serviço dos residentes com o objetivo de fortalecer o circuito ensino-serviço-comunidade. Somando-se esses fatores, a habilidade e o manejo de alcançar as necessidades territoriais divergentes de 12 ESF.

Nesse sentido, incorporar a residência junto aos processos de trabalho foi uma experiência que potencializou o repensar as ações em saúde, as relações interprofissionais permeadas por subjetividades e dificuldades de construir consensos para o desenvolvimento do trabalho a partir de alinhamento de objetivos comuns. O desafio de articular os saberes e evitar a sobreposição e supervalorização de uma categoria profissional em detrimento de outras.

Percebeu-se que a construção de agenda interprofissional é processual, subjetiva, pactuada, dinâmica, flexível e que deve corresponder as necessidades do território, portanto, os profissionais precisam se apropriar do contexto da prática e sobretudo que tenham a habilidade de uma comunicação interprofissional efetiva, respeitosa e clara para elaborar uma agenda dentro da ótica interprofissional.

Dentre as percepções relatadas na roda de conversa estavam a dificuldade de conciliar as agendas com as diferentes categorias profissionais, a divergência dos pensamentos, o receio de não conseguir contemplar, a dificuldade de adequar agenda à rotina, sendo revelando desse modo, “É muito difícil fazer uma agenda mensal, que seja para direcionar e não para engessar. Percebi o impacto de dividir agenda com outro profissional” (Diário de campo – roda de conversa).

Uma das dimensões requeridas para as mudanças no modelo de atenção à saúde é a transição de uma atenção prescritiva e centrada na doença para uma atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família (MENDES, 2011).

Ante o exposto, foi lançada a proposta de realização de uma oficina sobre colaboração interprofissional, com vistas ao fortalecimento das ações educativas aos adolescentes, mas também contemplando as demais dimensões do processo de trabalho do NASF-AB. Durante o planejamento desta oficina, percebemos dificuldade de escolher a forma de abordagem e de otimizar o tempo discutindo temáticas pertinentes. Isto, por sua vez, provocou a reflexão no grupo, pois como não há institucionalização das reuniões das equipes, há muitos assuntos pertinentes e problemas no serviço que devem ser compartilhados, sendo assim, a escolha do que priorizar como problema para solução coletiva, foi pautada na territorialização e no diagnóstico situacional de falta de comunicação entre as equipes de referências e o NASF-AB, assim como ações estratégicas na escola de forma contínua, portanto, uma das estratégias para organizar o fluxo interno do serviço e a agenda do NASF-AB, esse momento tornou-se relevante para que as equipes possam organizar os processos de trabalho de forma efetiva e resolutiva.

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF-AB. Para tanto, sua equipe e as equipes de SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, 2010).

A criação do NASF aponta um movimento do Ministério da Saúde para a reestruturação produtiva do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), apostando em processos relacionais, interdisciplinares e de corresponsabilização para um trabalho integrado entre as equipes, de apoio e referência, associando o trabalho e a educação no cotidiano. Frente ao caráter inovador do NASF, estudos que visam ao conhecimento mais aprofundado são necessários, uma vez que, as melhorias nos processos de produção do cuidado poderão ter reflexos significativos na qualidade e na resolutividade do atendimento à população (PANIZZI, 2019).

A primeira oficina (Apêndice) de integração do NASF-AB com a equipe de referência aconteceu no dia 12 de junho de 2019, no horário das 14h às 16h30 e contou com a participação de vinte e seis profissionais na sala do NASF-AB, na UAPS Joaquim Braga. Dentre os profissionais presentes tivemos representantes das 4 equipes de referência: Médicos, Enfermeiras e Dentistas, da equipe de retaguarda especializada do NASF: Fisioterapeuta, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional e Psicóloga; dos Residentes das diferentes ênfases (ESF, Saúde Mental e Saúde Coletiva), como: Enfermeiras, Psicólogos, Educador Físico, Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social e a participação de Acadêmicos de Enfermagem.

Na segunda oficina (Apêndice C) de integração do NASF-AB com a equipe de referência, realizada no dia 10 de julho de 2019, estiveram presentes vinte profissionais. O encontro aconteceu na sala do NASF na UAPS Joaquim Braga, das 14h às 16h30. No primeiro momento houve o resgate da oficina anterior e na forma de minixposição dialogada com a temática Colaboração Interprofissional e no segundo momento foi apresentado o consolidado das três equipes, que se agruparam de forma aleatória, para que, em pequenos grupos compostos de diferentes categorias profissionais, pudessem pensar as questões norteadoras da oficina que foram as seguintes: Quando encaminhar para o NASF? e Como pactuar fluxos internos?

O objetivo de utilizarmos os casos clínicos foi o de aplicar aquilo concebido de critério para atendimento do NASF e do fluxo interno no serviço de saúde. A apresentação de cada caso pelas respectivas equipes foi um momento de compartilhar vivências, condutas, de sanar as dúvidas sobre quando encaminhar para a equipe de retaguarda especializada do NASF, da possibilidade do atendimento ser conjunto, e de esclarecimentos e dificuldades de conduzir casos de processos de luto.

Esse movimento foi um fato inédito que ocorreu entre equipe de saúde da família e equipe de NASF-AB, pois diferente do movimento de inserção do NASF no território e no serviço, os Residentes puderam fazer o percurso simultâneo de imersão no território e junto às equipes. O primeiro movimento de repensar o processo histórico do NASF, junto com a responsabilização do papel de preceptores de núcleo e campo proporcionou um novo momento, o de ressignificar as relações de trabalho no serviço de saúde. Pois a agenda do NASF era construída a partir da vinculação com os equipamentos sociais e, esse momento da oficina, foi para aproximação e reconhecimento dos profissionais como equipe, o que possibilitou a visão formativa dos Residentes para a atuação mais acertiva.

Desse modo, as oficinas como estratégia de educação em saúde potencializaram momentos de reflexão sobre a prática, do encontro com os profissionais que dividem o mesmo cenário de prática, para assim, fortalecer a organização dos processos de trabalhos que emergiram no decorrer da pesquisa. Ademais, esses momentos promoveram de forma potente o agir colaborativo interprofissional, reafirmando ser possível somar forças de trabalho para o pensar e construir um objetivo comum com a finalidade de transformar a realidade, coletivamente.

5.3 Pavimentando caminhos possíveis para colaboração interprofissional na educação em saúde com adolescentes: um olhar sobre os efeitos da pesquisa-ação colaborativa

Para refletir sobre a proposta de ações educativas em saúde para os adolescentes, como parte constituinte da agenda do NASF-AB, foi preciso induzir a reflexão sobre o processo de trabalho e o território de atuação.

Na imersão da fase exploratória foi observado que o problema de pesquisa tomou uma dimensão complexa e foi necessário entender que há profundidade na problemática em forma de espirais e que, quanto mais se aprofunda, corremos o risco de perder a conexão com a realidade dos fatores palpáveis para dar a continuidade das ações educativas no território. É importante ter a compreensão, a noção da dimensão do problema de estudo, mas sem perder de vista a vontade de intervir.

Evidencia-se que, para a concretização e a sustentabilidade da ação, há vários outros elementos a serem organizados. Portanto, uma das dificuldades é

encontrar um intermeio para não culpabilizar os entraves e fragilidades da rede de cuidados e, não se tornar refém da inércia de não se fazer, minimamente, o que de fato pode estar ao alcance dos profissionais e, sobretudo, não reproduzir o que se critica.

Os encontros com as equipes permitiram a formação de vínculos e parcerias, o que permitiu que, de forma gradual, ir sendo reconhecida como Coordenadora do grupo pela equipe, haja vista de que não há Coordenação para o NASF no Município. Mediante essa referência construída, foi possível inicialmente realizamos trabalhos em parceria como rever as agendas de atendimentos e a forma como cada categoria profissional no desempenho da sua função pode estar contribuindo com a sua formação para a compreensão do território, atentando-se para as necessidades emergentes do serviço, como também, as sinalizadas pela Coordenação durante as visitas realizadas nos postos durante o mês.

Diante do exposto, é nítida a necessidade de aperfeiçoar a gestão do trabalho dotando os serviços de mais recursos de apoio à colaboração interprofissional, que precisa ser entendida, não apenas como um esforço individual e pessoal do trabalhador em saúde, mas também como um esforço coletivo e ampliado de diversos agentes (profissionais, gestores e usuários) e componentes do sistema (gestão do trabalho, sistema de informação, entre outros). A implementação de um processo de construção dialogada e compartilhada de objetivos comuns entre apoio e referência exige uma gerência comprometida com a superação de suas barreiras estruturais (MATUDA, et. al 2015).

Sendo assim, com a institucionalização das reuniões mensais havia o retorno das agendas construídas para o serviço e a readequação dela, mas os desafios continuam, pois há o obstáculo de conciliar aos atendimentos clínicos e à sistematização de atividades extramuro.

As ações dos profissionais de saúde sempre têm uma direcionalidade, explícita ou implícita, quanto ao tipo de projeto ou aposta na qual o sujeito do trabalho se insere, refletindo as tensões entre o cuidado centrado nos procedimentos ou nos usuários; entre um agir privado ou público; e entre as distintas intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde (MERHY, 2007).

No decorrer dos encontros, a equipe foi surpreendida com uma lista de desligamento de profissionais, o que nos afetou negativamente, pois estávamos em sintonia no movimento de repensar para agir coletivamente. Dos dez profissionais do

NASF, quatro foram desligados. Dessa forma, após lamentar e sofrer o luto pelas relações construídas quanto pelos laços afetivos como profissionais, a equipe decidiu dar seguimento ao pactuado e refletiu durante os encontros que o grupo deveria se fortalecer, pois estaríamos sujeitos à rotatividade de profissionais para compor a equipe e, desse modo, havia a necessidade de construirmos um modo de fazer para quem fosse introduzido durante o processo se adequasse ao nosso agir em saúde.

[...] a multiplicidade de relações contratuais e de trabalho encontradas neste processo recente de reestruturação produtiva, têm sido chamadas, pelos defensores, de flexibilização e, pelos críticos, de precarização das relações de trabalho (PIRES, 2000, p. 260).

Desse modo, teremos como consequência, faz-se necessário destacar, dessas diferentes formas de relações contratuais e de trabalho, o desemprego e situação de vulnerabilidade, sobrepostos às suas determinações, que agravam a situação dos trabalhadores ao ocasionar rupturas em alguns segmentos sociais e ampliam o grau de pauperização. Inclusive, vale ressaltar que o desemprego tem se transformando em demanda para os profissionais que trabalham na saúde, principalmente, com o aumento das questões relacionadas ao sofrimento psíquico, que podem acarretar a baixa autoestima, estado de ânimo e humor reduzidos, estresse, ansiedade, sentimentos de vergonha, humilhação e distúrbios no sono (BARROS; OLIVEIRA, 2009; CAVALCANTE; PRÉSTES, 2010).

Dessa forma, há momentos que podem nos paralisar, e fazer com que não saibamos por onde começar, mas para que haja solidez nas ações é necessário compartilhar as ideias, sublimar as situações limites, pactuar objetivos comuns e somar forças colaborativas.

Logo, nesse momento, foi necessária a coesão da equipe durante o momento de reflexão para tomada de decisões significativas, pois os profissionais devem ter o controle da sua própria prática, não os políticos. Em consonância com esse pensamento no artigo sobre Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Panizzi, et. al (2018) relata que mudanças na gestão podem comprometer a manutenção de processos essenciais ao trabalho, demandando estratégias de minimização de conflitos.

Dessa forma, as mudanças ao nível institucional fazem parte do cotidiano do serviço, tornando-se pertinente que os profissionais tenham a sedimentação

teórica, a fundamentação de diretrizes de trabalho para nortear a execução das ações no cotidiano de trabalho.

As entrevistas promoveram reflexões na perspectiva subjetiva. No momento de realização das entrevistas, as profissionais já vinham em um processo de sensibilização da temática do adolescente, do ser adolescente, e sobre a adolescência, devido à devolutiva da territorialização e da mobilização dos residentes em fazer ações continuadas na escola durante o período da residência. Dessa forma, a soma de muitos movimentos sobre o refletir sobre o NASF e as suas práticas; as formas de organização e os desafios diários de construção das agendas para os postos do distrito, o que de fato mobilizou internamente o redirecionamento da caminhada profissional individual e coletiva.

Desse modo, os encontros e as entrevistas reverberaram na concretude da pesquisa a reforma do pensamento sobre o ser adolescente, o que possibilitou metamorfoses em ato.

É aquilo que você conversou várias vezes com a gente, da questão da necessidade e da demanda, de a gente se adequar a eles e não eles se adequarem a gente. Porque, por exemplo, eu estou aqui confessando que me sinto a vontade com crianças, só que eu não posso, se no meu território tem tantos adolescentes assim, e eles precisam ser também contemplados na educação em saúde, eu não posso dizer assim, ah! não me identifico, eu não gosto, ou prefiro criança, eu não posso dizer isso! (Entrevista - Girassol 1)

Para Sidani e Fox (2013), existem dados empíricos que mostram haver discrepância entre o cuidado ofertado pela equipe e o cuidado esperado pelos pacientes. De uma forma geral, quando a equipe trabalha de forma integrada, buscando consensos acerca das melhores terapêuticas, existe uma possibilidade de diminuição da distância entre essas expectativas. Para os pacientes é necessário que a equipe leve em conta suas necessidades. Já para os profissionais, a despeito de considerarem relevante que tais necessidades sejam levadas em conta, eles tendem a buscar os protocolos e os referenciais vigentes, o que os aproxima das demandas e os afasta das necessidades relatadas.

A integralidade caracteriza-se pela apreensão das necessidades do sujeito a partir do encontro com a equipe de saúde; para tanto, são necessários novos modos de cuidados e de cuidar associando-se aos saberes técnicos, operantes, e às tecnologias relacionais e subjetivas (SOUSA, ERDMANN, MOCHEL, 2010).

Outras propostas de trabalho com os adolescentes foram repensadas e construídas e um novo olhar para esse ator social foi proposto pelos profissionais, como podemos evidenciar na fala:

Bom, é desafiador, mas é desde a hora que você falou, fiquei imaginando sabe, chegar numa escola, ver se tem alguma representatividade de alunos, como era no meu tempo quando tinha o grêmio e tentar fazer vinculação com essas pessoas e a partir daí desenvolver alguma coisa, nem que seja só numa escola, tipo assim, é desafiador, porque eu saíria da minha zona de conforto, porque como eu falei eu gosto muito dessas coisas com os pais de trabalhar com quem cuida porque eu gosto muito disso porque você está cuidando você está fazendo junto de uma maneira que eu acho que vai ter um impacto maior na minha concepção, quando você trabalha junto de quem cuida você vai ter o impacto naquele ser humano que é o responsável pelo cuidado e naquele ser humano que recebe o cuidado dentro da família, então trabalhar diretamente com o adolescente é sair da zona de conforto é buscar um maior conhecimento, é necessário, mas eu acho que seria interessante. (Entrevista -Girassol 3).

Os caminhos de pavimentação para construção da colaboração interprofissional nem sempre podem apresentar linearidade, portanto, é necessário identificar os diferentes elementos convidados para alicerçar novos caminhos possíveis. Sendo assim, o aspecto que deve ser levado em consideração, quando se está imerso em um coletivo heterogêneo de categorias profissionais, é saber lidar com os elementos que podem romper com o canal de diálogos e da comunicação, fragilizando assim, as relações como: as diferentes percepções e construções do ser, os divergentes moldes de formação das instituições, o não respeito às diferentes personalidades e objetivos de escolha do sentido que cada componente dá para ao seu processo de trabalho. Sendo percebido pelo entrevistado, “Quando você fez essa pergunta eu pensei: eu tô pensando muito dentro de uma caixinha, né?! Quando falam de adolescente, eu consigo ver o adolescente. É, abriu um novo olhar”. (Entrevista - Girassol 2).

A lógica e estrutura atual do ensino superior são, obstáculos para a educação interprofissional. No contexto do ensino universitário, as estruturas físicas representam importantes barreiras. Os cursos funcionam em estruturas próprias, legitimando e fortalecendo a separação e dificultando a interação entre os cursos da área da saúde. Contudo, a barreira cultural ainda é o maior desafio. A lógica da formação específica é muito forte e exerce importante influência na construção das identidades profissionais. Corroborando com esses cenários, o processo de formação

é muito conteudista e dificulta a adoção de estratégias capazes de formar atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração (COSTA, 2016).

Assim, a superação das fronteiras interdisciplinares propostas pelo cuidado vai além da simples interação e integração dos saberes, mas reflete e amplia as discussões acerca das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado, o qual precisa ser compreendido enquanto sistema que implica na construção de redes não lineares, que atravessam as diferentes áreas do saber (DIAS, 2016).

Dentre outros desafios de construir coletivos é saber respeitar o tempo do outro que perpassa a dimensão de compreender o que está oculto nas falas, observar os silêncios, respeitar o tempo de manifestações das falas, escutar e respeitar o momento que o pensamento do outro vai se materializar, acolher as críticas, os apontamentos, as intersubjetividades.

O Adolescente não é só ele, realmente dá pra trabalhar com a capacitação, ou seja com os pais, com os professores, com educação com um novo olhar, não focado só com o adolescente, mas quem está com ele, quem convive com ele, quem ajuda a formá-los, seja família ou na escola. Nunca tinha parado para pensar nisso. (Entrevista - Girassol 2)

A importância da reflexão para o agir em saúde possibilita ressignificar os sentidos e por mais que o profissional não tenha a identificação ou o manejo do lidar com o público adolescente, ele descobre uma nova forma de não escolher quem vai cuidar, mas estratégias novas de se adequar e promover saúde.

No estudo realizado, assim como em qualquer grupo podemos vivenciar momentos de conflitos e de divergências, portanto, torna-se necessário perceber que o grupo pode ressignificar conceitos e utilizá-los para a proteção e ou acusação, ora conduzidas por um pseudogrupo, porque em falas particulares prevalece a percepção individual, pois nesse momento não há o consenso, mas o dissenso, às vezes, deturpado da realidade, ora fantasioso e com lances da realidade conduzidos por uma só voz, que ora é representativa e que ora não ressoa como verdade ao silêncio e à linguagem corporal de desacordo, que por não querer discordar com a maioria, a minoria se aprisiona no comodismo da não manifestação.

Desse modo, torna-se evidente que a comunicação é uma ferramenta valiosa para tecer as relações interprofissionais, Silva et al. (2013) apontam também que maior atenção deve ser dada às questões de comunicação e integração dentro da equipe, sendo necessária a construção de espaços multidisciplinares para estabelecimento de trocas de saberes, planejamento e discussão de casos.

As formas de comunicação e de interação entre os profissionais podem ser importante fonte de conflitos ou de colaboração interprofissional (CAMPOS, 1999). Nesse sentido, a investigação de aspectos relativos à interação profissional no âmbito da ESF e NASF pode auxiliar na identificação tanto dos elementos de suporte, como dos que representam barreiras à prática colaborativa, e oferecer subsídios para o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho na atenção primária (MATUDA, et. al, 2015).

Nesse sentido, a fragilidade nas relações interpessoais do trabalho em equipe na ESF, vai de encontro à diretriz do Humaniza SUS que preconiza a ampliação do diálogo entre os profissionais e a promoção de gestão participativa para a qualificação da assistência em saúde. Destarte, a existência de conflitos pessoais são os principais propulsores para a não realização do trabalho em equipe. Estes podem estar associados ao individualismo, à falta de cooperação, de comprometimento, de respeito e de corresponsabilização. Por outro lado, a manutenção de relacionamentos interpessoais saudáveis no ambiente de trabalho, pode ser facilitada por diálogo aberto e transparente, respeito e confiança entre os membros, espaços para discussão de ideias por meio de reuniões de equipe, gerenciamento de conflitos e, principalmente, valorização do trabalho em equipe (FERNANDES, et. al, 2015).

Pensar sobre esses fatores é crescer com os (des)afetos simultâneos, porque as vezes há múltiplas manifestações do ser para serem acolhidas, portanto, aprender a lidar com lideranças positivas e negativas no grupo ou no agrupamento (disfarce de grupo), todos esses são os desafios enfrentados por uma equipe que pensa em construção colaborativa participativa, reflexiva e crítica.

O trabalho em equipe apresenta conexão de diferentes processos de trabalho, consiste em uma reunião de profissionais que permite grandes relações interpessoais, formando uma equipe de integração e agrupamento, o que favorece a ocorrência da discussão e articulação de saberes, facilitando a formulação de uma melhor organização dos serviços de saúde. Essa equipe engloba a união de agentes e a integração do trabalho (MARQUES, 2007).

Desse modo, a possibilidade de agregar diferentes saberes, a fim de oferecer assistência às necessidades da população, é um dos principais pressupostos da ESF. Nos processos de gestão da promoção e prevenção da saúde, espera-se que os profissionais envolvidos no modelo proposto pela atenção primária pensem em

estratégias de maneira conjunta, com participação e envolvimento de todos os seus membros. Desse modo, para que os resultados possam ser alcançados é imprescindível a existência de diálogo e contato contínuo das equipes (CERVINSKI; NEUMANN; CARDOSO, 2012)

Para além dessa aproximação dialógica e do sentir e perceber o outro, o aprendizado não é construído somente dos momentos de partilha recíprocos dos consensos, mas dos dissensos, discordâncias e porque não de animosidades que possam surgir, sendo de fundamental importância diluir o que for contraproducente para que a equipe possa seguir de forma respeitosa, pois acredita-se que todos querem acertar o passo para garantir a sustentabilidade do SUS melhor a cada dia, sendo imprescindível a construção de uma identidade de grupo que venha integrar e colaborar mutuamente.

Compreende-se que a comunicação é uma estratégia de resolução de conflitos, visto que, através dela, existe a construção do respeito, da confiança, do vínculo, da colaboração e do reconhecimento do papel do outro (SOUZA et al., 2016). A colaboração interprofissional não visa solucionar todas as dificuldades que a equipe multiprofissional vai apresentar. Desse modo, algo que pode surgir em qualquer situação são os conflitos, já que a interação de dois ou mais profissionais com interesses opostos podem causar um desconforto no processo de trabalho (CLARO; CUNHA, 2017).

Conceitos como, partilha, interdependência, parceria e poder – presentes no cotidiano do trabalho em equipe – trazem nuances que exigem um tipo específico de imersão por parte do pesquisador, dada a sua complexidade. As abordagens qualitativas ampliam tanto a incorporação de instrumentais metodológicos mais adequados à aproximação com os fenômenos presentes nas práticas profissionais desenvolvidas em ambientes dinâmicos, como é o caso daqueles encontrados em unidades de atenção à saúde, quanto como com dimensões não mensuráveis presentes nas relações interpessoais de profissionais e pacientes e entre profissionais (ESCALDA e PARREITA, 2018).

Desse modo, torna-se um desafio alinhar esses conceitos no cotidiano de prática dos profissionais, haja vista, que as Instituições formadoras não fomentam de forma cotidiana a troca de saberes entre as diferentes categorias profissionais para construção de um trabalho na perspectiva colaborativa. Assim, é necessário aproximar a teoria com a prática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção dessa caminhada revela as minhas possibilidades de ser com os movimentos de deslocamentos de papéis sobre o problema de pesquisa que começou com um olhar de enfermeira da APS, seguido do papel de apoiadora na coordenação itinerante de seis postos de saúde com doze equipes de ESF e uma equipe NASF, contemplada com a experiência de pesquisa no Mestrado Profissional Saúde da Família, somado à responsabilidade de preceptoria de campo da RIS.

A pesquisa traz entre pesquisadora e pesquisados sem perder o foco em refletir junto ao NASF sobre as possibilidades de desenvolver ações educativas com os adolescentes escolares de forma contínua, o que se tornou um desafio, devido às intervenções nos processos de trabalho da equipe que foram suscitadas durante a pesquisa.

Desse modo, a pesquisa mobilizou a participação e incorporação de outros atores como os residentes que contribuíram nas reflexões, ações, avaliações e planejamentos. Sendo os seus objetivos alcançados de forma simultânea às ações implementadas no âmbito do planejamento. Mediante os atalhos seguidos durante a pesquisa até o reencontro com as perguntas norteadoras: Quais são os aspectos intervenientes nas atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo NASF-AB junto aos adolescentes escolares? Que ações sistemáticas de educação em saúde podem ser realizadas pela equipe do NASF? De que forma a colaboração interprofissional pode contribuir para atender as necessidades de saúde do adolescente escolar, utilizando estratégias educativas?

Para respondê-las movimentos foram desencadeados, utilizando as técnicas das rodas de conversas, dos diários de campo para os registros somado aos momentos de reflexão críticas, suscitados pelas entrevistas que possibilitou amenizar as inquietudes das perguntas diretivas e alcançar os objetivos propostos da pesquisa. Observou-se que durante a pesquisa os objetivos foram atingidos, simultaneamente, da mesma forma que a metodologia da pesquisa- ação não ocorre em fases fixas.

Consoante o primeiro momento da pesquisa, no qual a roda de conversa foi direcionada à discussão sobre os objetivos da pesquisa, ao método e à participação no NASF-AB, em que os participantes se tornam colaboradores, foi construído um entendimento sobre a metodologia da pesquisa-ação e suas potencialidades na mediação de reflexões e (re)construção do saber-fazer numa perspectiva

colaborativa. Neste caso, a ênfase estava no processo de trabalho, mais precisamente no desenvolvimento de ações de educação em saúde para adolescentes escolares.

A pesquisa demonstrou que as ações de educação em saúde podem ser implementadas de forma contínua pela equipe do NASF, tornando-se necessário e relevante para esse estudo, a efetivação da colaboração interprofissional como instrumento basilar no contexto de trabalho da equipe de saúde da família para dar sustentabilidade, vitalidade das práticas e assim, minimizar os entraves e obstáculos que possam surgir no processo de concretude das ações.

Os membros do NASF foram participantes ativos durante a pesquisa e os profissionais foram ressignificando a posição que desejam desempenhar, a partir do resgate histórico de inserção no território, nas rodas de conversas, nas metamorfoses em ato durante as entrevistas e no desejo de transformar o seu modo de fazer, ultrapassando barreiras pela não identificação, o não saber conduzir ou devido, às vezes, à lacuna da falta no manejo da abordagem ao adolescente ter sido nos processos formativos.

Assim, podemos perceber que há uma lacuna na habilidade técnica do profissional participante dessa pesquisa, no tocante ao cuidado ao adolescente, sendo importante identificar o momento em que o próprio profissional percebe que a falta da ação com o público adolescente é por falta do manejo sendo esse identificado pela percepção da lacuna no processo formativo. Desse modo, quando os profissionais conseguem fazer esse deslocamento de se afastar do seu papel de atuação e conseguem passar para a dimensão de observá-lo, percebemos que a reflexão sobre a prática possibilita a compreensão de que não é o serviço e a comunidade que deve se adequar ao profissional, mas o profissional que deve se reinventar, usar a criatividade e se adequar às necessidades de saúde correspondendo com a realidade do território de saúde, do usuário e das famílias.

Por isso, os processos reflexivos sobre a prática possibilitaram um novo olhar: mais ampliado e sensível da problemática no território, do fortalecimento da consciência coletiva e do desafio a ser implementado acerca do compromisso da inserção das ações continuadas de educação em saúde para os adolescentes na agenda do NASF.

Dessa forma, o Núcleo de Educação Permanente do município poderia intervir junto aos profissionais para proporcionar momentos de aperfeiçoamento, aprofundamento sobre metodologias ativas nas abordagens com adolescentes para

os servidores que precisam de instrumentos, ferramentas e melhor manejo para realizar as ações de educação em saúde para o público adolescente. Acreditando que a partir de uma aprendizagem significativa produziremos novos sentidos que serão fundamentais para produzir novas ações de educação em saúde.

A pesquisa foi além do alcance dos objetivos iniciais e a riqueza dos diferentes papéis executados, somando-se aos diferentes encontros da produção do conhecimento tecido de forma contínua.

Os problemas suscitados pela pesquisa fazem parte do contexto da realidade vivenciada no território, desse modo, o somatório dos olhares para a relevância de atividades continuadas com os adolescentes escolares foi devidamente discutida e reverberou em ações que estão na agenda dos residentes desde a Territorialização. Os profissionais residentes abraçaram a necessidade de desenvolver ações intersetoriais, fortalecendo o cuidado em rede e a parceria do setor educação e o serviço de saúde.

Dentre os desafios de desenvolver uma pesquisa colaborativa está em reconhecer a importância da comunicação como ferramenta de trabalho para alinhar os diálogos entre as diferentes categorias profissionais, saber lidar com as relações de poderes, mediar conflitos de conceitos, ideias, e manter a sincronicidade na construção de um objetivo comum.

Desse modo, a colaboração interprofissional cumpre o papel integrador, interativo e de estabelecer objetivos comuns entre os profissionais, orientando a sistematização das ações sem perder a sensibilidade do Território vivo, compreendo que o foco, hoje, pode ser a intervenção nas escolas com adolescentes, mas, que no próximo movimento de imersão proporcionado pela territorialização, será unir as percepções das turmas vindouras de residentes junto às equipes do NASF e ou equipes multiprofissionais para (re)planejar objetivos comuns e dar respostas às necessidades de saúde, conforme a dinamicidade encontrada no território de cada área de abrangência da ESF.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F.; GOMES, V.L.O.; FONSECA, A.D.; GOMES, G.C. Violence against women committed by intimate partners: visibility of the problem. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 24, n.1, p.121–127, jan./mar. 2015.

ALMEIDA, A. M. R. **A intersectorialidade e a estratégia saúde da família**: desafios da relação entre o discurso e a prática. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ANDRADE, A.C.V.; SCHWALM, M.T.; CERETTA, L. B. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.37, n.4, p. 439-449, 2013.

ALBUQUERQUE, G. A.; BELÉM, J. M.; CAVALCANTI, J. F.; LEITE, N. M. F.; ADAMI, F. Orientações familiares: impactos na saúde do adolescente do sexo masculino. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, p. 67-76, set. 2016.

ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M.I.; SANTO, E. M. J. **Trabalhando com o método de oficinas**. Fortaleza: Programa Editorial do Núcleo de Integração pela Vida, 2003. 124 p.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação como instrumento de análise e avaliação da prática docente**. Brasília: Plano, 2002. 106 p.

BARRETO, M. J.; RABELO, A. A. A Família e o Papel Desafiador dos Pais de Adolescentes. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v.19, n.2, p. 34-42, dez. 2015.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 615-626, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de saúde do adolescente**: bases programáticas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área de Saúde do Adolescente e do Jovem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde do adolescente e do jovem. **Marco legal:** saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde:** experiências do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 272 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas:** guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem. **Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 132 p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 6 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo XL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual Técnico 2018:** Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 38 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Educação em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União.** Seção 43, p. 38. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 03 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 50 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 13 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 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: Ministério da Saúde, 2017.

BARROS, C. A.; OLIVEIRA, T. L. Saúde mental de trabalhadores desempregados. **Rev. Psicol.**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 86-107, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572009000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2020.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. 236 p.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 23, p. 399-407, 2007.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A National Interprofessional Competency Framework**. Vancouver: College of Health

Disciplines, 2010. Disponível em: <http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf> Acesso em: 20 dez. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, jan./jun. 2004.

CERVINSKI, L. F.; NEUMANN, A. P.; CARDOSO, C.; BIASUS, F. O trabalho em equipe na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Perspectiva**, v. 36, n.136, p.111-122. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_312.pdf> Acesso em: 8 mar. 2018.

COSTA, I.C.C.; ARAÚJO, M.N.T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.1181-1189, 2011.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface**, Botucatu, v 20, n. 56, p. 197-198, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2020.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, p. 961-970, 2011.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & Demo**, São Paulo, v.11, n.1, p. 31-46, 2010.

CLARO, R. F. S.; CUNHA, P. F. S. S. Estratégias de gestão construtiva de conflitos: uma perspectiva dos profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 55-68, 2017.

CRESTANI, C. A. F. P. A influência das redes sociais no comportamento social dos adolescentes. **Revista Ciência e Sociedade**, Macapá, n. 2, jan./jul., 2017.

DOMITTI, A.C.P. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. 2006. 90 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

COSTA, R. F.; ZEITONE, R.C. G.; QUEIROZ, M. V. O.; GARCIA, C.I. G.; GARCÍA M. J. R. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Rev Esc Enferm.**, São Paulo, v.49, n.5, p.741-747, 2015.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, Inglaterra, supl. 1, p. 116-131, 2005.

D'AMOUR, D., OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, Inglaterra, v.19, p. 8-20, 2005.

D'AMOUR, G. L.; LABADIE, J. F.; MARTÍN, R. L. S.; PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv Res**, v.8, p.188, 2008.

DIAS, M. S. A. et al. Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1789-1798, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601789&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2019.

DINIZ, P. J. E. **A pesquisa na formação e no trabalho docente**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011. 200 p.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1717-1727, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601717&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2019.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 174 p.

FIGUEIRA, M. C. S. **Educação em saúde**: saberes e práticas de enfermeiras das equipes saúde da família em Santarém no Pará. 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2491-2495, 2006.

FERREIRA, C. P. S.; MARQUES, J.F.; ROZENDO, C. A.; FERREIRA, C. B.; PINTO, L. M. T. R.; FERREIRA, A. S. I. Estratégias pedagógicas para educação em saúde com adolescentes: uma revisão integrativa. **J. Res. Fundam. Care**, v.8, n.2, p.4197-4211, abr./jun. 2016.

FERNANDES, H. N.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R.; AMESTOY, S. C.; JACONDINO, M.B.; SOARES, M. R. Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. **Rev Pesq Cuid Fundam**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.1915-1926, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/54324/ssoarrevpesquisa-2015-1-fernandes_et_al-Interpersonal_relationships_in_work_of.pdf?sequence=1> Acesso em: 14 maio 2018.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 174 p.

FRANCO, M.A.S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980. 53 p.

FREIRE, P. **Ação Cultural para a Liberdade e outros Escritos**. 9.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. 120 p.

FREIRE, P. **O que é método Paulo Freire**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 65 p.

FREIRE, P. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: Unesp, 2001. 300 p.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009. 157 p.

FREIRE, A. M. A. Notas explicativas. In: FREIRE, P. (Org.). **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. p. 273-333.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência uma fase de oportunidades**. Nova Iorque: 3 United Nations Plaza, 2011. 137 p. Disponível em: < http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf >. Acesso em: 7 maio 2017.

FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cad Bras Saude Mental**., São Paulo, v.1, n.1, p.1-11, 2009.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface**, Botucatu, v.11, n.12. p.239-55, maio/ago. 2007.

GIOVANELA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.M.; FAUSTO, M.C.R.; DELGADO, M.M.; ANDRADE, C.L.T.; CUNHA, M.S.; MARTINS, M.I.C.; TEIXEIRA, C.P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-626.

GHEDIN, E.; FRANCO, M. A. S. **Questões de método na construção da pesquisa em educação**. São Paulo: Cortez, 2008. 264 p.

GONÇALVES, L. F. F.; FARIA, D. S. A.; BATISTA, E. S.; FERREIRA, S. R.; ASSIS, S. M. Promoção de saúde com adolescentes em ambiente escolar: relato de experiência. **SANARE**, Sobral, v.15, n.2, p.160-167, jun./dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informação sobre a população dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

ISHIDA, V. K. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Doutrina e Jurisprudência**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013. 744 p.

JESUS, D. M.; VIEIRA, A. B.; EFFGEN, A. P. S. Pesquisa-ação colaborativo-crítica: em busca de uma epistemologia. **Educação Real**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 771-788, set. 2014.

JESUS, V.; EFFGEN, A. P. S. Pesquisa-Ação Colaborativo-Crítica. **Educação Real**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 771-788, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/edurealidade>> Acesso em: 21 set. 2018.

JUSTO, L. G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p.1345-1354, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501345&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 02 nov. 2019.

KEMMIS, S. **Desarrollo profesional del docente**: política, investigación y práctica. Madrid: Akal, 1999. 686 p.

KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; ALBURQUERQUE, G.L. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.717-723, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>> Acesso em: 15 fev. 2019.

LEÃO, L.S. **Saúde do adolescente**: atenção integral no plano da utopia. 2005. 149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MADEIRA, K.H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na Saúde da Família**: um estudo de caso. 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

MARQUES, J.B.; APRIGIO, D.P.; MELLO, H.L.S.; SILVA, J.D.; PINTO, L.N.; MACHADO, D.C.D.; BASTOS, V.H.V. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.31, n.2, p.245-255, 2007.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.22, n.1, p.173-186, 2013.

MATUDA, C. G. et al . Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2019.

MEDEIROS, C. N.; SOUZA, M. J. N.; GOMES, D. D. M.; ALBUQUERQUE, E. L. S. Caracterização socioambiental do município de Caucaia (CE) utilizando sistema de informação geográfica (SIG): subsídios para o ordenamento territorial. **Geografia Ensino & Pesquisa**, Santa Maria, v. 16, n.2, p. 162-182, maio/ago. 2012.

MEDEIROS, L. C. M. Educação permanente como instrumento de mudança na rede de atenção à saúde com foco na estratégia saúde da família: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, Natal, v.1, n.1, p. 65-74, 2015.

MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência Cuidado Saúde**, Maringá, v.5, n.1, p.67-74, 2006.

MELO, E. A. **Caderno do curso Apoio Matricial na atenção básica com ênfase nos NASF**: aperfeiçoamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. 180 p.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 554 p.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 455 p.

MERHY, E. E. Todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e a produção do cuidado. In: MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 149-178.

MORGADO, L. V.; ANDRADE, L. C.; SANTOS, A.; NAREZI, J. **Ciclo vital da família**: A comunicação entre pais e filhos na fase adolescente. III Congresso internacional de ciência, tecnologia e desenvolvimento. 20 a 22 out. 2014.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização: a cogestão em ato. **Interface**, Botucatu, v. 1, n.13, p.627-640, 2009.

MORIN, E. **Sociologia**. Madri: Tecnos, 1995. 410 p.

MORIN, E. **O método**. Porto Alegre: Sulina, 1998. 319 p.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 128 p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. São Paulo: Bertrand Brasil, 2009.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 91-92.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_H_HPN_10.3_eng.pdf> Acesso em: 15 out. 2019. 64 p.

OLIMPIO, E.; MARCOS, C. M. A escola e o adolescente hoje: considerações a partir da psicanálise. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 498-512, dez. 2015.

OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 273-82.

OLIVEIRA, M.M. **Apoio matricial na atenção básica de campinas: formação e prática**. 2014. 178 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

PANIZZI, M. et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 155-170, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100155&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 23 dez. 2019.

PARENTE, J.R.F. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. **Sanare.**, Sobral, v.7, n.2, p.47-53, 2008.

PEDUZZI, M. et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEDROSO, C. A. **O Adolescente, a Educação em Saúde e o Serviço de Saúde: um caminho possível?**. Disponível em: <[https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/135505/000986985.pdf?sequence=1\(2015\)](https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/135505/000986985.pdf?sequence=1(2015))> Acesso em: 22 dez. 2019.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista. brasileira enfermagem.**, São Paulo, v 53, n 2, p. 51- 63, 2000.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

PORTELA, V.; PORTELA, A. V. **Gravidez na Adolescência**. Brasília: PRELO, 2005. 243 p.

PRIOTTO, E. P. **Dinâmicas de grupo para adolescentes**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 312 p.

RAMOS, F.R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C.R. M. Viver e adolescer com qualidade. In: RAMOS, F. R. S. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEN, 2001. P. 19 – 32.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.6, n.23, p.117-138, jul. 2009.

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, 2018.

ROECKER, S.; BUDÓ, M.L.D.; MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, v.46, n.3, p. 641-649, 2012.

ROTILI, A. L. D. **O adolescente e os vínculos familiares**. 2012. 49 f.Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Psicologia) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2012.

ROCHA, M.C. Juventude: apostando no presente. **Imaginario**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 205-223, jun. 2006.

SALCI, M.A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-30, 2013.

SALERNO, J.; MARSHALL, V. D.; PICKEN, E. B. Validity and Reliability of the Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services Adolescent Health Risk Assessment. **Journal Of Adolescent Health**, Michigan, v. 50, p. 595-599, maio 2012.

SANTIAGO, L.M., et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.65, n.6, p.1026-1029, nov./dez. 2012.

SANTOS, A. A. G.; SILVA, R. M, M. A.; MACHADO, F. A. S.; VIEIRA, L. J. E. S.; CATRIB, A.M.F.; JORGE, H.M.F. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p.1275-1284, 2012.

SANTOS, J.S.; ANDRADE, R. D.; MELLO, D.F.; MAIA, M.A.C. Educação em saúde na adolescência: contribuições da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.14, n.1, p. 20-26, jul. 2014.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 561-565, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 21 dez. 2019.

SENA, E. T al. Intersetorialidade e ESF: Limites e Possibilidades no Território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde**, Brasília, v.16, n.3, p.337-342, 2012.

SILVA, K. M.; QUEIROZ, M. V. O. **Visita domiciliar às mães adolescentes: enfoque no cuidado à criança**. 2014. 120f. Monografia (Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal) – Faculdade Metropolitana de Fortaleza, 2014.

SILVA, R. V. B. Os conflitos na Fronteira de Contato entre Pais e Filhos Adolescentes. **Revista IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 12, n.22, p. 53 – 66, 2015.

SILVA, E.P.; MELO, F.A.B.P.; SOUSA, M.M.; GOUVEIA, R.A.; TENÓRIO, A.A.; CABRAL, A.F.F. et al. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da

multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira Ciência Saúde**, Brasília, v.17, n.2, p.197-202, 2013.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MOCHEL, E.G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. **Revista Gaucha Enfermagem.**, Rio Grande do Sul, v.31, n.4, p.701-707, dez. 2010.

SOUZA, G. C. et al. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642 - 649, 2016.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIAO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601781&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2020.

SOUZA, E. F. D.; SILVA, A. G.; SILVA, A. I. L. F. Metodologias ativas na graduação em enfermagem: um enfoque na atenção ao idoso. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.71, n.2, p. 976-980, 2018.

TEIXEIRA, C.F. Promoção da Saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C. F.; SOOLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006, p.237.

TESSER, C.D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface**, Botucatu, v.21, p. 565-578, 2017.

TESSER, C.D.; POLI, N. P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, p.941-951, 2017.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1986. 115 p.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2014. 205 p.

VASCONCELOS, A.C.M.; OLIVEIRA, K.M.C.; ROCHA, N.N.V.; CAVALCANTE, J.H.V. O protagonismo dos adolescentes na escola: tecendo a rede psicossocial álcool, crack e outras drogas. **Sanare**, Sobral, v.14, n.2, p.117-22, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/835/5067>> Acesso em: 15 out. 2016.

VASCONCELOS, E. M. et al. Reflexões sobre o método de pesquisa utilizado. Educação popular e atenção à saúde da família. In: **Educação popular e Atenção da Família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. cap. 06, p. 280.

VASCONCELOS, M.F.F. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface**, Botucatu, v.13, n.1, p. 729-738, 2009.

ZWIEREWICZ, M. Do ensino linear ao ensino transdisciplinar: notas introdutórias para uma nova consciência na educação. In: ZWIEREWICZ, M. (coord.). **Criatividade e inovação no ensino superior:** experiências latino-americanas e europeias em foco. Blumenau: Nova letra Gráfica, 2013.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**CARACTERIZAÇÃO:****PARTE I - DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS DO ENTREVISTADO**

1- SEXO:

2- IDADE:

3- CATEGORIA PROFISSIONAL:

4- POSSUI PÓS GRADUAÇÃO:

() Não () Sim. Qual(is)? _____

() Especialização () Mestrado () Doutorado

5- VÍNCULO: () EFETIVO () CONTRATADO

6- TEMPO DE TRABALHO NA APS: _____

PARTE II- IDENTIFICAÇÃO DAS PERCEPÇÕES: PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELO NASF

1 - Conhece a Política de Atenção Integral a Saúde do Adolescente?

() Sim () Não

2- Participou de algum curso de capacitação e/ou especialização para adolescentes?

() Não () Sim

Qual(is)? _____

3- Quais os limites e possibilidades de desenvolver ações de Educação em Saúde com adolescentes? O que sugerem trabalhar com adolescentes?

4- Conhece alguma unidade de saúde neste município que tenha um grupo de adolescentes conduzido pelos profissionais da saúde?

() Não () Sim Qual(is)? _____

5- Na sua opinião, como devem ser planejadas/organizadas as atividades de educação em saúde dirigidas aos adolescentes escolares?

6- Quais temáticas de Educação em Saúde para adolescentes você gostaria de aprofundar?

() Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente

() Equidade de Gênero

() Bullying

() Projeto de Vida

() Cultura de PAZ

() IST/HIV/AIDS

() Métodos Contraceptivos

() Hábitos e Alimentação Saudável

() Outras _____

7- Fale sobre a inserção das Práticas continuadas de educação em saúde para os adolescentes na agenda do NASF dentro do território que você trabalha?

Dê sugestões:

APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde da
Família
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF

Prezada Dra. Maria Idalice Silva Barbosa,
(Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente do município de Caucaia – CE).

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“Colaboração Interprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) nas ações educativas em saúde para adolescentes escolares”** a qual envolve aplicação de uma entrevista semi-estruturada com os profissionais do NASF no campo de atuação na área da sede do Distrito I. Após consolidar os dados das entrevistas e agrupados em categorias temáticas, serão realizadas oficinas sobre os assuntos mais suscitados pelos profissionais. Serão entrevistados 9 profissionais do NASF na Unidade de Atenção Primária Joaquim Braga. Esse estudo é essencial para refletir sobre assuntos pertinentes ao planejamento de ações para os adolescentes com a proposta metodológica da pesquisa-ação. Desta forma, torna-se relevante refletir sobre as ações educativas à saúde do adolescente nos espaços que ele circula, seja no serviço de saúde e/ou na escola, tornando-se importante observar como são desenvolvidas as atividades, como acontece a participação dos adolescentes e se eles se fazem presente nesse processo apenas como expectadores ou como sujeitos participantes das práticas de promoção à saúde. Cabendo então, aos gestores e profissionais de saúde modificar a realidade do serviço oferecido aos adolescentes de acordo com as necessidades de saúde individuais e coletivas, incentivando espaços de reflexão e compreensão para os cuidados à saúde, atentando para uma metodologia de trabalho participativa e emancipatória dos sujeitos. Os participantes serão convidados por meio de uma mini exposição sobre pesquisa-ação. Somente participarão dos encontros, os profissionais que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados da pesquisa será iniciada no 1º. semestre de 2019, sendo conduzida pela pesquisadora Kerley Menezes Silva Prata, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da rede nordeste de formação em saúde da família – RENASF.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, 1 de Março de 2019.

Kerley Menezes Silva Prata

(Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/UECE)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
 Rua: Coronel Correia 2089, Centro
 CEP: 61.600 – 004 - Caucaia – CE Fone: (85) 3342-8027
 E-mail: sms@caucaia.ce.gov.br

Termo de Anuência

Eu, Maria Idalice Silva Barbosa coordenadora do Núcleo de Educação Permanente do município de Caucaia-CE autorizo a realização da pesquisa “Colaboração interprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) nas ações educativas em saúde para adolescentes escolares” a ser realizada por Kerley Menezes Silva Prata, a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE.

Autorizo a pesquisadora a utilizar o espaço da Unidade Primária de atenção à Saúde Joaquim Braga para a realização de entrevistas e oficinas com os profissionais do NASF do Distrito I. Afirmando que não haverá qualquer implicação negativa aos profissionais que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Fortaleza, 1 de Março de 2019.

Mª Idalice Silva Barbosa
 Psicóloga CRP 11/2043
 Coordenadora Núcleo de Educação
 Permanente em Saúde da Família

 Dra. Maria Idalice Silva Barbosa
 (Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente do Município de Caucaia)

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título: Colaboração Interprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) nas ações educativas em saúde para adolescentes escolares, que será realizada pela Mestranda Kerley Menezes Silva Prata, sob orientação do prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres. Essa pesquisa tem como objetivo: Desenvolver junto à equipe do NASF reflexões e propostas para o desenvolvimento de ações de educação em saúde com adolescentes escolares. Os objetivos específicos da pesquisa são: Identificar percepções e sugestões dos profissionais do NASF acerca da educação em saúde com os adolescentes na escola; refletir sobre as formas de organização do processo de trabalho dos profissionais do NASF e possibilidades de ações de educação em saúde com adolescentes escolares e elaborar propostas ensejando plano de ações educativas aos adolescentes no âmbito escolar.

A sua participação na referida pesquisa se dará através de entrevistas, bem como, através do envolvimento nas atividades que serão desenvolvidas, tais como: rodas de conversas, trabalhos em grupo e oficinas. Nessas atividades serão utilizadas técnicas de interação grupal que possibilitem a interação dos participantes entre si e destes com a pesquisadora, permitindo reflexões e contribuições coletivas ao refletir sobre o planejamento de ações continuadas de educação em saúde para os adolescentes escolares a partir da proposta metodológica da pesquisa-ação.

As informações obtidas serão mantidas em sigilo e não haverá divulgação personalizada das informações, ou seja, sua identidade não será revelada. Sua participação é voluntária e você poderá se recusar a participar do estudo aceitar ou não o uso do gravador, participar do registro de fotos ou não e desistir em qualquer momento, ou retirar seu consentimento sem trazer nenhum prejuízo ou penalidade no serviço que trabalha. Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará com suas informações, pois serão repassadas aos gestores e aos profissionais, trazendo momentos de reflexão, além de aumentar a visão dos pesquisadores e profissionais de saúde, sobre os pontos importantes a serem incluídos no planejamento, nas ações e nos cuidados aos adolescentes na escola. Assim, pensamos estar contribuindo também nas

sugestões de políticas públicas que melhorarão a qualidade dos serviços destinados aos adolescentes.

Se você aceitar as informações poderão ser gravadas e serão utilizadas somente para fins da pesquisa e os resultados serão organizados para apresentação e publicação em revistas de circulação nacional e internacional e apresentados em eventos científicos. Os riscos em relação a esta pesquisa poderá ser algum tipo de incômodo em compartilhar as informações pessoais, mas tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador que fornecerá cuidado integral ao participante. Você não receberá remuneração pela participação. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento, retirar dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento com a discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UECE. Kerley Menezes Silva Prata (85) 98813-9499/ e-mail: kerleymenezes@yahoo.com.br.

*(separei)

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador _____

Caucaia, ____ de _____ 2019.

APÊNDICE D - SISTEMATIZAÇÃO DA PRIMEIRA OFICINA

No primeiro momento houve acolhida dos profissionais com a troca de chocolates. Cada profissional na entrada da sala recebia um chocolate com uma etiqueta de identificação anexada ao doce. Após todos convidados chegarem, a dinâmica deu-se início, e na sequência, cada profissional lia o nome e entregava para a respectiva pessoa. Dessa forma, com essa dinâmica fomentamos o reconhecimento nominal de cada profissional presente, ressaltando a importância de conhecer o outro pelo nome para além da especialidade e a função que desempenhavam dentro da equipe.

No segundo, momento houve a apresentação dos Residentes e as percepções de territorialização do processo de inserção dos profissionais. Em seguida, foram lançadas duas questões norteadoras que fazem parte do diagnóstico situacional do serviço (Quando encaminhar para o NASF? e Como pactuar fluxos internos?). A oficina teve a sua organização na divisão em três grupos heterogêneos de forma que fomentasse o encontro e o convite aos profissionais presentes a pensar na perspectiva colaborativa interprofissional.

Desse modo, a primeira pergunta foi: Quando encaminhar para o NASF?

Sendo as percepções construídas dos grupos de discussão:

- 1- Estabelecendo critérios (inclusão e exclusão);
- 2- De acordo com as atribuições específicas de cada categoria profissional do NASF;
- 3- Criação de Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas
- 4- Quando o profissional da equipe de referência não consegue absorver a demanda do usuário, pois está para além da sua competência generalista
- 5- Fatores Sociais e Necessidades Psicossociais
- 6- Necessidades além da área
- 7- Boa receptividade da família

A segunda pergunta foi: Como pactuar fluxos internos?

Equipe 1:

- 1- A partir das demandas sinalizadas pelos ACS, pela demanda espontânea, durante as visitas domiciliares e nas escolas.
- 2- Com a Equipe de Referência, estabelecendo critérios para encaminhamentos: NASF/ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Equipe 2:

- 1- A partir do atendimento domiciliar seguindo o fluxo de identificação do caso na visita realizada pelo ACS, em seguida, comunicado a equipe de referência responsável e assim, após avaliação da necessidade de saúde, encaminhar para o NASF.
- 2- Consultas compartilhadas pré-agendadas para usuários específicos, reuniões entre equipes; registros de prontuários, contra-referência para odontologia, realizar o PTS (Plano Terapeutico Singular).

*(separei)

Equipe 3:

- 1- Ter a Equipe de Referência como porta de entrada para os encaminhamentos direcionados ao NASF
- 2- A partir de momentos coletivos institucionais periódicos. No entanto, é necessário reconhecer a necessidade de canais de comunicação mais informais como forma de facilitar o fluxo.

Após a oficina de integração de equipe de referência e equipe de retaguarda, foi realizado um breve momento para avaliação do momento, que em forma de roda, os participantes falaram sobre as suas percepções e no espaço a palavra que preponderou foi o desafio de adequar as agendas dos profissionais mediante a heterogeneidade de atuação das quatro equipes de ESF, sabendo da fragilidade da rotatividade de profissionais e na continuidade dos encontros para estar alinhando, resgatando, agregando, e repactuando com os novos profissionais que integrarão as equipes.

APÊNDICE E - SISTEMATIZAÇÃO DA SEGUNDA OFICINA

Os profissionais presentes foram divididos em três grupos e cada equipe construiu um cartaz sistematizando condutas de cuidados sobre o caso clínico analisado. Após as trocas de saberes e de manejo internos construídos por cada grupo, houve o momento de apresentação em plenária de cada equipe para que os demais profissionais compartilhassem e intervissem quando conveniente para contribuir no olhar de cuidados planejado coletivamente.

Caso Clínico 1:

Paciente, 64 anos, sexo masculino, casado, portador de Diabetes mellitus tipo II, Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Insuficiência renal crônica não dialítica. Tinha hábitos tabagistas há 15 anos. Em consulta com a enfermeira da equipe, referiu dor intensa e pulsante em MIE, limitação de movimento articular matinal e redução da sensibilidade do pé há cerca de algumas semanas. Relatou cansaço com pequenos esforços e constipação. Não toma medicação conforme prescrito. Compareceu ao serviço para renovação de receita e solicitou encaminhamento para a nutricionista conforme a orientação do ACS. Paciente relatou consumo de alimentos processados diariamente sendo relutante para mudança de estilo de vida. Dados do paciente: Peso: 87 kg; Altura: 1,56cm; Dx: 235mg/dl; PA: 140/100mmhg. A partir do caso exposto como você conduziria este paciente?

Conduta da equipe:

Acolhimento e cuidados emergenciais; consulta compartilhada com o médico, assistente social, enfermeira, e dentista.

Investigar contexto psicossocial e histórico clínico; parâmetros clínicos;

Apoio matricial com especialidades sem resolutividade na APS;

Hipótese: Fisioterapeuta; Nutricionista; Psicólogo, Nefrologista; Endocrinologista e Cardiologista.

Caso Clínico 2:

Emílio, 68 anos, aposentado, mora sozinho. A filha procurou atendimento para o pai, relatando que há cerca de duas semanas observa em seu comportamento dificuldade de reconhecer lugares e conseguir lembrar-se de situações que ocorreram há poucas horas ou dias. Além disso, Emílio afirma estar sendo perseguido pelos vizinhos que tentam prejudicá-lo, informação negada pela filha. Irrita-se com facilidade e tornou-se desconfiado, sobretudo, com a família. Ultimamente, tem afirmado ver vultos e escutar pessoas conversando dentro de casa. Não possui histórico de episódios semelhantes. Após insistência dos filhos, foi atendido na unidade básica de saúde. Verificou-se que o idoso apresentava desidratação e constipação intestinal

Condução da equipe:

No primeiro momento o paciente seria avaliado pela equipe de referência, em seguida seria encaminhado para investigar causas clínicas com exames laboratoriais e para o especialista geriatra, como também poderia ser encaminhado para o matriciamento e avaliação psiquiatria (CAPS).

Segundo momento: Visita do Acs, encaminhar para assistente social e para psicóloga.

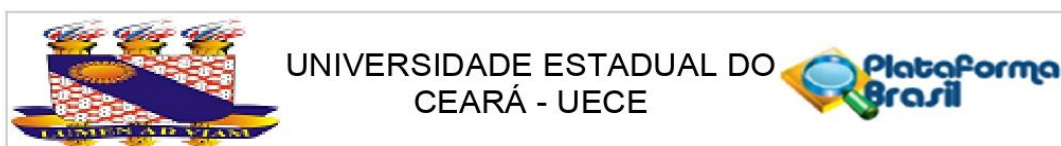
Caso Clínico 3:

Larissa, 7 anos, tem apresentado agressividade, agitação, perda de apetite, incontinência emocional quando contrariada. Apesar de não apresentar isolamento social, tem apresentado dificuldades de interagir com outras crianças por sempre querer conduzir as brincadeiras à sua maneira. Larissa perdeu a avó há cerca de 6 meses, com quem passava a maior parte dos dias. A mãe procurou atendimento relatando não saber lidar com o comportamento da filha.

Condução da equipe:

Interconsulta da ESF (médico, enfermeiro e ACS) e Psicólogo e Assistente Social. Hipótese diagnóstica: Luto

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Colaboração interprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) nas ações educativas em saúde para adolescentes escolares.

Pesquisador: KERLEY MENEZES SILVA PRATA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09956019.5.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.292.399

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa “Colaboração interprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) nas ações educativas em saúde para adolescentes escolares”. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com pressupostos na pesquisa-ação colaborativo-crítica. Será realizada numa Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), do município de Caucaia–CE. Os participantes serão os profissionais do NASF atuantes no Distrito I, que abrange os postos da sede do Município de Caucaia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Desenvolver junto à equipe do NASF reflexões e propostas para o desenvolvimento de ações de educação em saúde com adolescentes escolares.

Objetivo Secundário:

- Identificar percepções e sugestões dos profissionais acerca da educação em saúde com os adolescentes na escola;
- Refletir sobre as formas de organização do processo de trabalho dos profissionais do NASF e possibilidades de ações de educação em saúde com adolescentes escolares;

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

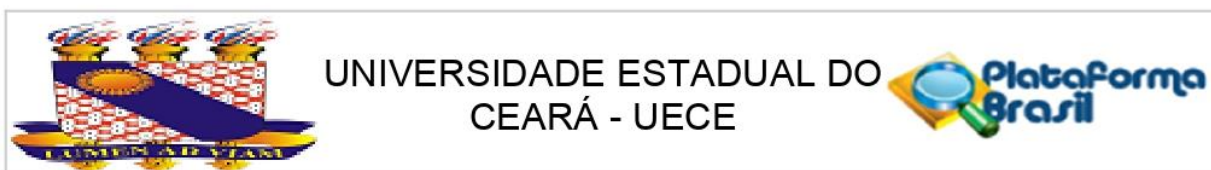
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.292.399

- Elaborar propostas ensejando plano de ações educativas aos adolescentes no âmbito escolar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora afirma que os riscos são mínimos, podendo ocorrer incômodo pelas informações pessoais dos profissionais, desconforto emocional, mas que podem ser sanados pelo cuidado e assistência integral do pesquisador.

Benefícios:

A pesquisadora acredita que esta pesquisa trará benefícios com suas informações, pois serão repassadas aos gestores e aos profissionais, trazendo momentos de reflexão, além de aumentar a visão dos pesquisadores e profissionais de saúde, sobre os pontos importantes a serem incluídos no planejamento, nas ações e nos cuidados aos adolescentes na escola.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado, e a pesquisa é relevante pois possibilitará o fortalecimento da parceria entre os setores saúde e educação, considerando que, é na escola que os adolescentes passam a maior parte do tempo e são nesses espaços coletivos adequados à ação de educação em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta Folha de Rosto devidamente assinada e carimbada pela Diretora do Centro de Ciências da Saúde da UECE ;
- TCLE está escrito em linguagem acessível;
- Termo de Anuência devidamente assinado e carimbado pela coordenadora do Núcleo de Educação Permanente do município de Caucaia;
- O orçamento está presente no projeto e será de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Recomendações:

Enviar relatório da pesquisa, quando concluída!

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.292.399

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1309917.pdf	15/03/2019 23:51:55		Aceito
Outros	cartanuencia.pdf	15/03/2019 23:46:55	KERLEY MENEZES SILVA PRATA	Aceito
Outros	tanuencia.pdf	15/03/2019 23:46:25	KERLEY MENEZES SILVA PRATA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	15/03/2019 23:43:11	KERLEY MENEZES SILVA PRATA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	15/03/2019 23:41:55	KERLEY MENEZES SILVA PRATA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	15/03/2019 23:41:29	KERLEY MENEZES SILVA PRATA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	15/03/2019 22:59:18	KERLEY MENEZES SILVA PRATA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/03/2019 22:58:08	KERLEY MENEZES SILVA PRATA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 29 de Abril de 2019

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br