UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RICARDO MATOS SANTANA

O Cuidado Colaborativo
como dispositivo de promoção da integralidade
da atenção à saúde

Ribeirão Preto
2014

RICARDO MATOS SANTANA

O Cuidado Colaborativo
como dispositivo de promoção da integralidade
da atenção à saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo – Curso Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Maranhão, tendo como associada a Universidade Estadual de Santa Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa:
Prática, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira

Ribeirão Preto
2014

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

Ficha catalográfica

Santana, Ricardo Matos

O cuidado colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade da atenção à saúde. Ribeirão Preto, 2014.

201p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Pereira, Maria José Bistafa.

1. Cuidado colaborativo. 2. Integralidade da Atenção à Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Atenção à Saúde. 5. Pesquisa-ação. 6. Processo de enfermagem. 7. Atenção ao Adolescente

SANTANA, Ricardo Matos

O Cuidado Colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade da atenção à saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo – Curso Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Maranhão, tendo como associada a Universidade Estadual de Santa Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

A Deus,
A meus pais, Ananias (In memoriam) e Carmelita, pelo
amor, compreensão, apoio, dedicação e exemplos de
sabedoria que é referência para as coisas que faço,
contribuindo para minha crença no coletivo.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dr.^a Maria José Bistafa Pereira, pela generosidade com que me dedicou o seu tempo, pelas orientações, ensinamentos, compreensão, disponibilidade e estímulo nesse processo de desenvolvimento pessoal e profissional. E também pelo afeto e escuta, que muito me auxiliaram a superar as adversidades acontecidas neste período.

Aos colegas colaboradores da pesquisa-ação, pela compreensão, atenção nessa caminhada e, principalmente, pelo convívio, troca de experiências e amizade. Como é bom estar com vocês.

Aos docentes e alunos da USP com os quais tive oportunidade de convívio durante realização das disciplinas no doutorado - na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pelo compartilhar de seu saber.

Aos colegas do Dinter, da Universidade Federal do Maranhão, e da Universidade Estadual de Santa Cruz, pela amizade, convívio e troca de experiências.

À Universidade Estadual de Santa Cruz, pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional, transformando em realidade um sonho há muito existente.

Aos colegas da Disciplina Gerenciamento de Enfermagem nos Serviços Hospitalares da UESC, pela compreensão, disponibilidade e colaboração durante toda a trajetória do curso de Doutorado.

A todos os meus irmãos, sobrinhos, demais familiares e amigos, pela compreensão e estímulo durante toda a minha trajetória.

E, finalmente, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, edital 005/2009 Ação Novas Fronteiras da CAPES/MEC.

*“Se as pessoas soubessem como colaborar
adequadamente, o mundo funcionaria melhor”*

Morten T. Hansen

RESUMO

SANTANA, R. M. **O Cuidado Colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade da atenção à saúde**. 2014. 189 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A complexidade da atenção à saúde, como um reflexo da influência de uma diversidade de fatores sobre o processo saúde-doenças das pessoas, requer uma combinação de saberes e fazeres, com as devidas competências técnicas e relações peculiares a cada profissão de saúde, com o estabelecimento de habilidades interpessoais para a produção de relações colaborativas entre os profissionais, os usuários e as organizações de saúde. Nesse contexto, emerge o Cuidado Colaborativo que acontece quando, em uma ação coordenada na tentativa de buscar atingir maior aproximação com a integralidade da atenção de que um usuário precisa, profissionais de vários núcleos de competência e responsabilidade da saúde, diversas organizações de saúde, incluindo os usuários, trabalham juntos cotidianamente para conseguir um benefício compartilhado e obter um objetivo comum. Esse estudo teve como objetivo analisar o processo de organização para implantar o cuidado colaborativo integrante do processo de enfermagem, à adolescente com condições ginecobstétricas, a partir da atenção hospitalar, como dispositivo na contribuição da promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde. Foi desencadeada a realização de uma pesquisa-ação, organizada dentro da estrutura metodológica do processo de enfermagem, tomando por referência a implantação da Linha de Ação Teias do Adolescer, de um núcleo de extensão universitária, em colaboração com mais duas instituições, um hospital materno-infantil e de uma prefeitura, todos de um município do interior da Bahia, compondo o cenário de estudo. Teve como sujeitos do estudo em uma equipe de pesquisa-ação composta por representantes das três instituições do cenário de pesquisa. Os dados empíricos foram coletados por meio da técnica de grupos de discussão. A análise dos dados se deu pelo método de Análise Temática, tendo como apoio para isso o uso do *software* de tratamento de dados qualitativos NVivo 10, da QSR *International*. Do material empírico analisado emergiram três conjuntos temáticos: a) O cuidado colaborativo na atenção à saúde na perspectiva da equipe do Teias de Adolescer; b) A integralidade na atenção à saúde na perspectiva da equipe do Teias de Adolescer; e c) O Processo de Enfermagem no contexto do Teias de Adolescer. Os resultados analisados no processo que está, e estará, permanentemente em curso vêm apontando, mesmo de forma incipiente, que o cuidado colaborativo tem potencialidade para contribuir para o cuidado integral e servir como disparador para promoção da integralidade da atenção à saúde, seja por meio da colaboração intraorganizacional e/ou interorganizacional.

Palavras-chave: Cuidado Colaborativo. Integralidade da Atenção à Saúde. Gestão dos Serviços de Saúde. Atenção à Saúde. Pesquisa-ação. Processo de Enfermagem. Atenção ao Adolescente

ABSTRACT

SANTANA, R. M. **Collaborative Care as an approach to boosting health care comprehensiveness**. 2014. 189 f. Thesis (Doctorate). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Health care complexity, as a reflection of the influence of a variety of factors on people's health-disease process, requires a combination of knowledge and action, with the necessary technical skills and peculiar relations to each health profession, with the establishment of relational skills for the production of collaborative relationships among healthcare professionals, users and organizations. Within such context, Collaborative Care emerges when, in a coordinated attempt to seek to achieve closer ties with the comprehensive care that a user needs, accountability and specialization health professionals, health organizations, including users, work together on a daily basis to achieve shared goals and benefits. This study aimed to analyze the organization process to apply collaborative care, as constituent of the Nursing Process, to teenagers with gynecobstetric conditions, in the context of hospital care, as an approach to promoting comprehensive care in the service network of the health system. The conducted action research was organized within the methodological framework of the nursing process, with reference to the implementation of the project "Teias do Adolescer" (which is part of a university extension teenager health care program), in collaboration with two other institutions: a maternal and child hospital, and a city hall administration, all in a city in the interior of the State of Bahia, Brazil. As study subjects of the action research, representatives of the three mentioned institutions were involved. Empirical data were collected through discussion groups. Data analysis was made by the method of Thematic Analysis, supported by the NVivo 10 of QSR International software. The empirical material analyzed revealed three thematic clusters: a) The collaborative health care from the perspective of the "Teias do Adolescer" staff; b) The completeness in health care from the perspective of the "Teias do Adolescer" staff; and c) the nursing process in the context of the "Teias do Adolescer" project. The results analyzed in the ever-ongoing process have pointed out, even incipiently, that the collaborative care has the potential to contribute to a total care and serve as a trigger for the promotion of integral health care, either through intra-organizational or interorganizational collaboration.

Keywords: Collaborative Care. Health Care Comprehensiveness. Health Service Management. Health Care. Action Research. Nursing Process. Teenage Care.

RESUMEN

SANTANA, R.M. **El cuidado Colaborativo** como dispositivo de promoción de la integralidad en la salud. 2014. 189 p. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La complejidad de la atención de la salud, como un reflejo de la influencia de diversos factores sobre el proceso salud-enfermedad de las personas, requiere una combinación de saberes y quehaceres con las debidas competencias técnicas y las relaciones propias de cada profesión de salud. Aun, deben promoverse habilidades relacionales para la producción de relaciones colaborativas entre los profesionales, los usuarios y las organizaciones de salud. En este contexto, surge la Atención Colaborativa que ocurre cuando, en una acción coordinada para lograr alcanzar más aproximación con la integralidad de la atención que un usuario precisa, profesionales de varios núcleos de competencia y responsabilidad en salud, varias organizaciones de salud, incluyendo los usuarios, trabajan juntos diariamente para obtener beneficios y un objetivo común. Este estudio tuvo como objetivo analizar el proceso de organización para implantar el cuidado colaborativo que integra el Proceso de Enfermería a la adolescente en condiciones gineco-obstétricas, en atención hospitalaria, como un dispositivo que contribuya con la promoción de la integralidad de la atención en la red de servicios del sistema de salud. Se realizó una investigación-acción, organizada en el marco metodológico del proceso de enfermería en relación con la implementación de la *Linha de Ação Teias do Adolescer*, un núcleo de extensión universitaria, en colaboración con otras dos instituciones, un hospital materno-infantil y una alcaldía, todos de una ciudad del interior de Bahía, componiendo de esta forma el escenario de investigación. Como sujetos del estudio hubo un equipo de investigación-acción compuesto por representantes de las tres instituciones involucradas. Los datos empíricos fueron recolectados a través de grupos de discusión técnica. El análisis de datos se realizó mediante el método de Análisis Temático, apoyándose para el mismo en el *software* de tratamiento de datos cualitativos NVivo 10 de QSR *Internacional*. Del material empírico analizado surgieron tres grupos temáticos: a) La atención colaborativa en la salud desde la perspectiva del equipo *Teias do Adolescer*; b) La integralidad en la atención de la salud desde la perspectiva del equipo *Teias do Adolescer*; y c) El proceso de Enfermería en el contexto de las *Teias do Adolescer*. Los resultados analizados en el proceso que está y estará permanentemente en curso apuntan, incipientemente, que la atención colaborativa tiene el potencial de contribuir con el cuidado integral y servir como un disparador para la promoción de la integralidad de la atención de la salud por medio de la colaboración intra y/o interorganizacional.

Palabras clave: Cuidado Colaborativo. Integralidad de la Salud. Gestión de los Servicios de Salud. Cuidado de la Salud. Investigación Acción. El proceso de enfermería. El cuidado del Adolescente.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O Cuidado Colaborativo dentro do Processo de Enfermagem	25
Figura 2 - O Processo de Enfermagem	51
Figura 3 - As fases da pesquisa-ação para o estudo	71
Figura 4 - O ciclo de pesquisa-ação	72
Figura 5 - Estrutura do Núcleo Jovem Bom de Vida – JBV	76
Figura 6 - O Hospital Manoel Noves	79
Figura 7 - Mapa de localização do município de Itabuna	82
Figura 8 - Fundação Marimbeta – Sítios de Integração da Criança e do Adolescente	83
Figura 9 - Logomarca do Programa Viv-À-rte – Núcleos de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente	85
Figura 10 - Tela do QSR NVivo® com as transcrições importadas para o aplicativo	92
Figura 11 - Tela do QSR NVivo® com os “nós livres” do processo de codificação dos dados	94
Figura 12 - Tela do QSR NVivo® com os “nós de árvore” que formaram os temas e subtemas de análise	95
Figura 13 - A natureza cíclica do processo de pesquisa-ação	102
Figura 14 - Um ciclo de pesquisa-ação e sua composição de ciclos menores	102
Figura 15 - Os ciclos de pesquisa-ação integrado ao processo de enfermagem ...	103
Figura 16 - Síntese dos momentos da pesquisa-ação vivenciados pela equipe de pesquisa e organizados dentro da estrutura do processo de enfermagem	105
Figura 17 - Diagrama de árvore do agrupamento por similaridade de codificação entre os temas <i>Cuidado Colaborativo</i> , <i>Integralidade</i> e <i>Processo de Enfermagem</i> dos dados empíricos do estudo. Via QSR NVivo®	128
Figura 18 - Diagrama de árvore do agrupamento por similaridade de codificação entre os subtemas de análise dos dados empíricos do estudo. Via QSR NVivo®	129

Figura 19 - Árvore de palavras do subtema de análise <i>Cuidado Colaborativo</i> . Com ordem de ramificações por nº de frequência. Via QSR NVivo® ...	131
Figura 20 - Árvore de palavras do subtema de análise <i>Integralidade</i> . Com ordem de ramificações por nº de frequência. Via QSR NVivo®	142
Figura 21 - Árvore de palavras do subtema de análise <i>Processo de Enfermagem</i> . Com ordem de ramificações por nº de frequência. Via QSR NVivo®	147
Figura 22 - Os Papéis do Enfermeiro para Sistematização das Ações de Enfermagem – SAE	148
Figura 23 - Representação esquemática de uma rede de atenção à saúde conectada por meio do cuidado colaborativo do processo de enfermagem	154

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Demonstrativo geral da equipe de pesquisa-ação	87
Quadro 1 - Plano de ação para a linha de ação Teias do Adolescer	119
Quadro 2 - Indicadores de avaliação quantitativa das intervenções da linha de ação Teias do Adolescer	123
Quadro 3 - Integração metodológica entre Metodologia de Sistemas Flexíveis, o Processo de Enfermagem e a Pesquisa-ação	157

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASBRA	Associação Brasileira de Adolescência
BA	Bahia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCC	Classificação de Cuidados Clínicos
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSEPE	Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
DCS	Departamento de Ciências da Saúde
DesprecarizaSUS	Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FMSICA	Fundação Marimbeta – Sítios de Integração da Criança e do Adolescente
GM	Gabinete do Ministro
HMN	Hospital Manoel Novaes
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
JBV	Núcleo Jovem Bom de Vida
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>

NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRI	Plano Diretor de Regionalização e Investimentos
PHPN	Programa de Humanização da Assistência Pré-natal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PROCENF	Processo de Enfermagem: Metodologias e Estratégias de Ensino-Aprendizagem
PROEX	Pró-Reitoria de Extensão
PSF	Programa de Saúde da Família
QSR	<i>Qualitative Solutions Research</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENEX	Rede Nacional de Extensão
SCMI	Santa Casa de Misericórdia de Itabuna
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UESC	Universidade Estadual de Santa Cruz
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Viv-À-rte	Núcleos de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	17
1	INTRODUÇÃO	21
1.1	O objetivo da pesquisa	29
2	REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL	30
2.1	O cuidado como ação terapêutica da enfermagem	31
2.2	O cuidado colaborativo como ação intrínseca na enfermagem	33
2.3	O cuidado colaborativo como elemento estruturante para o campo de competência e responsabilidade também da enfermagem	43
2.4	O cuidado colaborativo no processo de enfermagem	46
2.5	Integralidade: um princípio teórico para o cuidado colaborativo	55
2.6	As redes de atenção à saúde	61
3	METODOLOGIA	69
3.1	Tipo de estudo	69
3.1.1	A opção pela pesquisa-ação	70
3.1.1.1	A fase acadêmica da pesquisa-ação	72
3.1.1.2	A fase de campo da pesquisa-ação	74
3.2	O cenário de estudo	75
3.2.1	Apresentando o Núcleo Jovem Bom de Vida	76
3.2.2	Apresentando o Hospital Manoel Novaes	79
3.2.3	Apresentando a Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna	81
3.2.4	Apresentando a Fundação Marimbeta e o Programa Viv-À-rte	83
3.3	Os colaboradores do estudo	86
3.4	Estratégias para coleta de dados	88
3.5	Estratégias para análise dos dados	91
3.6	Aspectos éticos	96
4	O DESENHO DA PESQUISA-AÇÃO NA FASE DE CAMPO	98
4.1	Sobre a pesquisa-ação	98
4.2	O ciclo da pesquisa-ação	102
5	ASPECTOS DESCRITIVOS DO PROCESSO DE PESQUISA-AÇÃO VIVENCIADO	106
5.1	O Momento de Planejamento Inicial	106
5.1.1	Preparação da pesquisa	106
5.1.2	Detalhamento da pesquisa	109
5.1.2.1	Recorte do objeto de pesquisa-ação	109
5.1.2.2	Questão norteadora da pesquisa-ação	110
5.1.2.3	Objetivos da pesquisa-ação	111
5.1.2.4	Pressupostos da pesquisa	111

5.1.2.5	Referencial teórico para a pesquisa e para a ação	113
5.1.2.6	Metodologia	114
5.2	O Momento de Implementação	114
5.3	O Momento de Investigação	115
5.4	O Momento de Diagnóstico	116
5.5	O Momento de Planejamento Processual	117
5.5.1	Discussão das hipóteses de solução	118
5.5.2	Plano de ação para a intervenção	118
5.5.3	Plano de avaliação da intervenção	122
5.5.3.1	Estratégias para coleta de dados qualitativos	124
5.6	O Momento de Avaliação	125
6	ASPECTOS ANALÍTICOS DO PROCESSO DE PESQUISA-AÇÃO VIVENCIADO	127
6.1	Exploração dos dados empíricos	128
6.2	O Cuidado Colaborativo na atenção à saúde na perspectiva da equipe do Teias de Adolescer	130
6.3	A Integralidade na atenção à saúde na perspectiva da equipe do Teias de Adolescer	142
6.4	O Processo de Enfermagem no contexto do Teias de Adolescer	146
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
	REFERÊNCIAS	162
	APÊNDICES	180
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	181
	APÊNDICE B – Elementos pré-textuais do livreto: O Cuidado Colaborativo: bases teóricas e conceituais para enfermagem	183
	ANEXOS	190
	ANEXO A – Ofício de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP	191
	ANEXO B – Carta de Anuência da UESC	192
	ANEXO C – Carta de Anuência do Hospital Manoel Novaes	193
	ANEXO D – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna	194
	ANEXO E – Elementos pré-textuais do livreto: Teias do Adolescer: (re)pensando o processo de cuidar do adolescente	195

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa teve a intenção de estudar o cuidado colaborativo, a partir da atenção hospitalar, enquanto dispositivo para a promoção do cuidado na perspectiva da integralidade da atenção à saúde dentro do sistema de saúde, considerando que a assistência aos usuários internados em uma instituição médica requer articulação com os demais pontos da rede de atenção à saúde, tendo em vista a assegurar a integralidade do cuidado em saúde.

Esse tema surgiu primeiramente como uma questão conceitual, passando depois a ser inquietante do ponto de vista da prática profissional, sobre a qual considero oportuno tecer considerações.

O interesse sobre o tema do presente estudo é embasado por minha trajetória profissional enquanto enfermeiro assistencial e administrativo de hospitais do município de Itabuna, sul da Bahia, como enfermeiro sanitaria, atuando em diversos setores da Secretaria de Saúde desse município, bem como minha experiência como Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC. Essa experiência permitiu deparar-me com uma nítida dicotomia entre a produção de cuidado, fragmentado em intra e extra-hospitalar, com sérios prejuízos à integralidade da atenção à saúde dentro do SUS.

Meu caminhar dentro da graduação, amparado pela minha dissertação de mestrado (SANTANA, 2001) permitiu reconhecer que, embora o processo de enfermagem, historicamente, desenvolvido e utilizado na assistência, pode ser facilmente adaptado como um método para enfrentar problemas administrativos. A partir daí, as energias foram direcionadas para a construção de novas práticas de gestão e gerência do enfermeiro à luz da estrutura metodológica do processo de enfermagem. Produzimos, então, um modelo de sistematização do planejamento utilizando o processo de enfermagem adaptado à prática administrativa. Produto este que resultou em material didático publicado sob a forma de livro¹.

Ainda na função de Docente da UESC, desta vez apoiado por um estudo exploratório onde buscamos evidenciar a aplicabilidade da estrutura do processo de enfermagem como arcabouço metodológico para auditoria operacionalizada por

¹SANTANA, R.M.; TAHARA, A.T.S. **Planejamento em Enfermagem: aplicação do Processo de Enfermagem na prática administrativa**. Ilhéus: Editus, 2008.

enfermeiros, resultando, também, em subsequente publicação sob a forma de livro didático².

Na UESC, embora o processo de enfermagem estivesse sempre presente, sentimos a necessidade de buscarmos o aprofundamento teórico-prático do mesmo, com iniciativas no ensino, na extensão e na pesquisa, levando-nos a encaminhar um projeto de extensão à referida Universidade, denominado Processo de Enfermagem: Metodologias e Estratégias de Ensino-Aprendizagem (PROCENF), com início das atividades em janeiro de 2008.

O PROCENF tem como interesse fundamental correlacionar os conhecimentos das diversas áreas de atuação do enfermeiro à estrutura metodológica do processo de enfermagem objetivando congregar alunos, docentes, enfermeiros e demais profissionais da área da saúde na produção de conhecimento fundamentado em ações que articulem a teoria e a prática do processo de enfermagem nas práxis profissional e pedagógica. Ao considerar que a extensão favorece a execução de atividades de ensino, de educação permanente e de pesquisa, esse projeto de extensão tem buscado integrar o ensino, a extensão e a pesquisa no Departamento de Ciências da Saúde, da UESC.

Desde então, dentro do PROCENF, percebeu-se, também, a necessidade de adaptar o processo de enfermagem para aplicação na função educativa do enfermeiro docente. Nesse ínterim, buscamos desenvolver e organizar projetos de ensino-aprendizagem como proposta pedagógica das disciplinas do Curso de Enfermagem. Esses projetos já foram estruturados seguindo os cinco momentos do processo de enfermagem, cujos produtos, após testarmos e aperfeiçoarmos, foram registrados no formato de livretos técnicos³.

Além disso, o PROCENF tem conseguido inserção no cenário de práticas (do âmbito hospitalar) do Curso de Enfermagem da UESC, onde percebemos o processo de enfermagem como dispositivo integrador do ensino-serviço e como instrumento de educação permanente. Nesse cenário, buscamos a aplicação do processo de enfermagem no cotidiano de trabalho dessa profissão, contemplando todas as funções do enfermeiro e não só a assistência. Nessa situação, entre outras

²SANTANA, R.M.; SILVA, V.G da. **Auditoria em Enfermagem: uma proposta metodológica**. Ilhéus: Editus, 2009.

³BITENCOURT, A. de O. M.; SANTANA, R. M. **Processo de Cuidar do Adolescente: um Processo de Enfermagem Educativo**. Ilhéus, Ba, UESC, 2009.

SANTANA, R.M. et al. **Gestão do cuidado hospitalar: um processo de enfermagem educativo**. Ilhéus, Ba, UESC, 2010.

atividades, podemos destacar a organização de planos de ensino-aprendizagem resultando, também, na produção sob forma de livreto técnico⁴, cuja proposta pedagógica foi estruturada seguindo os cinco momentos do processo de enfermagem.

Outro ponto a ser levantado sobre o interesse nesse estudo diz respeito a minha atuação como dirigente do serviço de enfermagem de um hospital público de Itabuna-BA, enquanto sujeito deflagrador de discussões e negociações para implantação de acolhimento no serviço de emergência, principal porta de entrada ao serviço hospitalar, onde se pensava em utilizar o processo de enfermagem como instrumento para o planejamento do cuidado integral, articulando a atenção intra e extra-hospitalar a partir do cuidado colaborativo. Tentativa interrompida pelas mudanças políticas no município.

Assim, com essa motivação pela temática, apresentamos essa pesquisa que está organizada da seguinte forma:

No capítulo da introdução, encontra-se a contextualização do objeto de estudo – abrangendo desde o princípio da integralidade, situando o hospital na rede de atenção à saúde, cingindo o cuidado terapêutico dentro do processo de trabalho em saúde, abordando o processo de enfermagem e o cuidado colaborativo –, encontra-se, também, a questão norteadora, os pressupostos da pesquisa e, por fim, o objetivo da pesquisa.

No segundo capítulo, escrevemos o referencial teórico e conceitual que alicerçam a pesquisa. Este capítulo é subdividido nos seguintes tópicos: “o cuidado colaborativo como ação terapêutica da enfermagem”, “o cuidado colaborativo como ação intrínseca na enfermagem”, “o cuidado colaborativo como elemento estruturante para o campo de competência e responsabilidade também da enfermagem”, “o cuidado colaborativo no processo de enfermagem”, “integralidade: um princípio teórico para o cuidado colaborativo”, “as redes de atenção à saúde”.

Em seguida, no terceiro capítulo, descrevo a metodologia, abordando o tipo de estudo, o cenário, os colaboradores, o desenho do ciclo da pesquisa-ação, as estratégias para a coleta e a análise dos dados empíricos, bem como os aspectos éticos que envolvem o estudo.

⁴ SOUZA, J.B. et al. **Capacitação em ressuscitação cardiorrespiratória: o processo de enfermagem educativo para o pessoal de nível médio do PA-HCMF**. Ilhéus, BA: Santa Casa de Misericórdia de Itabuna: UESC, 2009.

No quarto capítulo, apresentamos o desenho da pesquisa-ação na fase de campo, onde se encontram os frutos da discussão entre os participantes sobre a referida proposta, representado pelo desenho final da pesquisa-ação. Nele aprofundamos o tema sobre o método escolhido e apresentamos o fluxograma do processo de enfermagem adaptado para a esse tipo de pesquisa.

No quinto capítulo trazemos os aspectos descritivos do processo de pesquisa-ação vivenciado, onde descrevemos o seu processo e apresentamos as atividades realizadas na pesquisa-ação desenhada nessa fase de campo, organizados na estrutura metodológica do processo de enfermagem adaptado ao papel de pesquisa do enfermeiro. O fluxo de atividades foi descrito seguindo a organização dos momentos de *Planejamento Inicial*, *Implementação*, *Investigação*, *Diagnóstico*, *Planejamento Processual* e *Avaliação*.

No sexto capítulo, apresentamos a análise dos dados empíricos. Este capítulo, após uma seção para exploração dos dados supracitados, foi organizado de acordo com a conformação de três temas de análise: “o cuidado colaborativo na atenção à saúde na perspectiva da equipe do Teias do Adolescer”, “a integralidade na atenção à saúde na perspectiva da equipe do Teias do Adolescer” e “o processo de enfermagem no contexto do Teias do Adolescer”.

Por fim, é apresentado as considerações finais, as referências, os apêndices e os anexos da pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

No contexto do Sistema de Saúde Brasileiro, doutrinado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, o princípio da integralidade passa a ser uma diretriz e um conceito central na construção e organização do fazer profissional, do trabalho e das políticas públicas. Através desse princípio, busca-se garantir ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os serviços integrantes do Sistema de Saúde, em qualquer nível de densidade tecnológica. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade – inserção social, e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009).

A integralidade, entretanto, apresenta um conceito que não é unívoco. Pode-se perceber vários sentidos relacionados ao tema que sugerem a necessidade de mudanças nos paradigmas que norteiam a formação e o processo de trabalho. Nesse sentido, não se pode entender a integralidade apenas como um princípio do SUS, instituído pela Constituição de 1998, embora o termo tenha sido correntemente utilizado para designar essa diretriz. Além disso, os vários sentidos para a integralidade, muitas vezes são imbricados e inter-relacionados, organizando-os ora como atributos das práticas dos profissionais de saúde, ora a atributos da organização dos serviços, ora às respostas governamentais aos problemas de saúde (MATTOS, 2001).

Esses atributos serão abordados de maneira mais aprofundada em uma seção específica para discutir a integralidade enquanto um princípio teórico para o cuidado colaborativo (seção 2.5). No entanto, cabe ressaltar aqui que essas práticas dos profissionais precisam ser operadas nos serviços que compõem o sistema de saúde, sejam serviços organizados sob a forma de rede ou não. Para isso, os profissionais de saúde precisam ter assegurado, no seu processo de organização, a articulação institucional, modos de operar que favoreçam a mobilização e a ação na perspectiva da integralidade da atenção.

Cecílio e Merhy (2007), por sua vez, acrescentam que a atenção integral, enquanto modo de atenção sob a perspectiva da integralidade, constituiria em um

esforço de uma abordagem completa, holística, integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, precisasse de cuidados específicos de uma unidade de saúde, como um hospital. Nessa direção, a integralidade implicaria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para o usuário.

Dessa forma, a integralidade pressupõe que as unidades de saúde devem realizar arranjos para o usuário receber os diversos tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro delas. Ou seja, não se quer dizer que todas as unidades devem oferecer todos os tipos de ações, mas, sim, que cada uma delas deva estar comprometida com esse princípio e agregando-se a uma rede de serviços (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, o cuidar pode ter o significado de...

assistir o ser humano em suas necessidades básicas e este é o caráter universal do cuidado. Entretanto, na prática, o cuidado se apresenta de forma histórica e contextual, portanto, é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante complexa (ROCHA; ALMEIDA, 2000, p. 98).

No que se refere às práticas de enfermagem, o cuidado integral é, também, uma concepção inserida no seu conjunto de ações, onde a busca pela integralidade da assistência, a negação do modelo medicocêntrico e biologicista como reparadora ou condutora ao consumo da saúde, conduz a uma feliz perspectiva: o cuidar como ação terapêutica da enfermagem (CROSSETTI et al., 1999; MENDES, 1999; RODRIGUES, 1999).

Por sua vez, a enfermagem institucionalizada, que historicamente sai do âmbito familiar, privado, doméstico e insere-se na esfera pública com a organização do setor saúde e das práticas médicas, fundamenta-se no conhecimento científico e adquire, a partir daí, o mesmo caráter de racionalidade e tecnologia que domina toda a esfera produtiva da saúde. Todavia, pelo fato do cuidado estar no cerne da enfermagem, esta não pode prescindir de seu aspecto holístico, afetivo, da sensibilidade e da intersubjetividade que se realiza na prática cotidiana (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Além do cuidado direto ao usuário, a construção de conhecimentos que possa contribuir para o enfrentamento dos desafios propostos pelo SUS aponta para a questão de tomar o trabalho de gerência dos serviços de saúde como tema de

importância, buscando a autonomia dos sujeitos que operam o trabalho em saúde, com vistas ao gerenciamento do cuidado (FRACOLLI; EGRY, 2001). Nesse sentido...

nos diversos serviços de saúde, especificamente no âmbito hospitalar, a gerência em enfermagem tem assumido fundamental importância na **articulação entre os vários profissionais da equipe**, além de organizar o processo de trabalho da enfermagem, buscando concretizar as ações a serem realizadas junto com clientes, que buscam estes serviços para atender às suas necessidades de saúde-doença (SPAGNOL, 2005, p. 120, grifo nosso).

Nesse contexto, acredita-se existir necessidade dos enfermeiros gerenciarem os seus processos de trabalho visando o alcance de uma atenção à população sob a perspectiva da integralidade. Para tanto, é necessário organizar e criar métodos de trabalho que possibilitem uma melhor compreensão e rendimento das atividades desempenhadas nas unidades de saúde, favorecendo a construção de conhecimentos que possam contribuir para o enfrentamento dos desafios propostos pelo SUS (SPAGNOL, 2005).

Essa prática gerencial do enfermeiro, conforme Castilho e Gaidzinski (1991), tradicionalmente é compreendida como a administração do cuidado de enfermagem, tendo como foco de atenção o usuário, visando o atendimento das suas necessidades. Afirma-se, ainda, que têm sido propostos vários métodos para o planejamento da assistência de enfermagem, sendo esses geralmente denominados de *Processo de Enfermagem*⁵, cuja metodologia sistematiza as atividades de enfermagem nos diferentes níveis de complexidade. Acredita-se que o conhecimento dos momentos da metodologia do processo ajudará o enfermeiro a torná-lo um instrumento útil, e não apenas teórico e inaplicável (CIAMPONE, 1991).

Ao afirmar que o processo de enfermagem pode sistematizar o processo de trabalho do enfermeiro, consideramos a prática do enfermeiro como uma ação articulada de todos os seus papéis – de assistência, administração, educação e pesquisa – que não são isolados, mas interdependentes e, muitas vezes, imbricados, onde o processo de enfermagem, que historicamente surgiu para sistematizar a prática assistencial, pode ser adaptado como modelo metodológico para sistematizar, também, as práticas administrativa, educativa e de pesquisa (SANTANA; TAHARA,

⁵Como se encontra classificado no *International Nursing Index* e segundo terminologia corrente na literatura nacional Daniel (1987).

2008) por ser efetivo em todas as abordagens de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Em função de sua prática gerencial, o enfermeiro demanda um papel preponderante nas múltiplas interfaces do cuidado, por ser um dos articuladores dos processos de trabalho, interagindo com todos os profissionais da saúde e não raramente coordenando a organização destes nos diferentes espaços (BACKES et al., 2006). O que possibilita a prática de ações interdependentes e pode ser um desencadeador para contribuir na promoção do cuidado colaborativo.

O cuidado colaborativo, por sua vez, enquanto trabalho interprofissional, não é simplesmente mais um implemento nas ações do cuidado. Ele sempre esteve presente no cotidiano da enfermagem e é importante, por complementar o atendimento às pessoas, uma vez que vários profissionais, cada um no seu espaço, às vezes não bem definido, atuam com sua parcela de contribuição (BETTINELLI, 2001).

O cuidado colaborativo pode ser definido como um processo interprofissional de atenção à Saúde, intra e interorganizacional, que perpassa a comunicação e tomada de decisão, permitindo o conhecimento separado e compartilhado e as habilidades dos profissionais de saúde para sinergicamente influenciar o atendimento ao usuário (BOON et al., 2009; BRUNER et al., 2011).

Na conjuntura da saúde, as equipes de profissionais que adotam cuidados colaborativos em todos os níveis podem lidar melhor com as condições múltiplas de saúde e, muitas vezes, complexas de seus usuários. Os resultados do cuidado colaborativo podem desenvolver ainda mais seu processo de colaboração e ajudar a melhorar os resultados de saúde da prestação de cuidados ao usuário (BRUNER et al., 2011).

Entende-se que o cuidado colaborativo é percebido como tal no momento em que os enfermeiros fazem seus diagnósticos. Ocasão na qual esses profissionais percebem estarem diante de alguns problemas muito complexos e que exigem a inclusão de outros profissionais para enfrentá-los. Perpassa a compreensão de que o processo de elaboração de diagnósticos de enfermagem e dos problemas colaborativos é parte integrante no método científico próprio dessa profissão, denominado de Processo de Enfermagem.

É percebido, no entanto, uma fragilização do cuidado colaborativo também pela falta de sistematização das suas atividades, pois o processo de enfermagem tem sido

direcionado somente por diagnósticos de enfermagem em detrimento aos problemas colaborativos. Uma vez que o cuidado deve ser planejado levando em conta esses dois tipos de demandas que, respectivamente, geram as ações independentes e interdependentes da enfermagem. Tal situação pode estar acontecendo em função do enfermeiro, na busca de maior empoderamento profissional, ter avançado na construção de um corpo de conhecimento sólido e próprio da enfermagem, fortalecendo o seu núcleo de competência e responsabilidade, o que é louvável e imprescindível para o desenvolvimento da profissão, porém, ao mesmo tempo, tem negligenciado o seu trabalho no aspecto interdisciplinar do seu papel no campo da saúde. Situação essa que também pode representar um fator que contribui para a fragmentação do cuidado, já que favorece a descontinuidade das ações de caráter multidisciplinar.

Ponderando a respeito dessa conjuntura, a Figura 1 ajuda a explicar como despontou o objeto de estudo desta tese. Ela situa o cuidado colaborativo dentro do fluxograma do processo de enfermagem assistencial, comumente utilizado tanto na academia quanto no campo profissional, onde evidencia um fator de fragmentação do processo de cuidar a partir da descontinuidade da sistematização/organização das ações multidisciplinares que são geradas, formalmente, após a identificação dos problemas colaborativos no momento de diagnóstico.

Figura 1 – O Cuidado Colaborativo dentro do Processo de Enfermagem
Fonte: Adaptado de Santana *et al.* (2007, p. 14)

Independentemente de ser no momento de diagnóstico onde se identificam os problemas interdependentes, escolhemos se ater ao estudo do cuidado colaborativo enquanto elemento integrante do processo de enfermagem e preterimos o estudo da dinâmica dos momentos desse processo. Embora entendemos que ambos, cuidado colaborativo e processo de enfermagem, devem ser indissociáveis e, até mesmo, imbricáveis.

Apresentamos uma discussão mais aprofundada sobre o processo de enfermagem (seção 2.3) e sobre o cuidado colaborativo (seção 2.2) no capítulo que traz o referencial teórico e conceitual (capítulo 2). Ocasão em que é possível descrever e discutir os fundamentos teóricos e conceituais do cuidado colaborativo e a dinâmica da metodologia do processo de enfermagem.

Continuando na elucidação do objeto de estudo, agora pensando no âmbito hospitalar, amparado por Cecílio e Merhy (2007), é possível alegar que o cuidado colaborativo pode ser percebido a partir de dois ângulos: a) a partir da integralidade do cuidado promovido dentro do próprio âmbito hospitalar (intraorganizacional), com a conjugação do trabalho dos vários profissionais ali existentes, e b) a partir da integralidade agenciada para além do hospital (interorganizacional), tendo este ângulo como referência para a inserção do hospital no sistema de saúde.

Ressaltando, ainda defendido por Cecílio e Merhy (2007), que a integralidade organizada para além do hospital só pode ser obtida em rede, onde a linha do cuidado pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde. O hospital, portanto, a partir do cuidado colaborativo, pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito do sistema de saúde. Dessa forma, o cuidado colaborativo pode servir de instrumento para repensar o hospital enquanto, também, porta de entrada do sistema de saúde, conectando-o, de forma mais adequada, à rede de serviços de saúde.

Diante do exposto até aqui, surge a oportunidade de iniciar uma reflexão pautada no cuidado colaborativo do processo de enfermagem desenvolvido no âmbito hospitalar, extrapolando-o e conectando-o com a rede de serviços, por entendê-lo como parte integrante do SUS. Destarte, demarca-se como **objeto desse estudo** o cuidado colaborativo organizado de modo a promover a integralidade na rede de serviços do sistema de saúde.

Para isso, delimita-se a seguinte **questão norteadora**: A partir da atenção hospitalar, de que maneira o cuidado colaborativo ao adolescente pode ser

organizado para contribuir na promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde?

Para nortear o estudo **pressupõe-se** que o cuidado colaborativo, por ser integrante do processo de enfermagem, ao esboçar os diagnósticos colaborativos, e por seu caráter policêntrico, serve como instrumento potente para contribuir na promoção do cuidado integral e, portanto, fortalecerá perspectiva da integralidade da atenção, tanto em nível intra, como em nível extra-hospitalar (pré e pós-internamento). Considerando que a descrição de um diagnóstico de enfermagem relaciona a etiologia do problema de saúde, bem como o levantamento de evidências, compreende-se que o enfermeiro depara-se com muitos diagnósticos, cuja etiologia é melhor trabalhada no espaço extra-hospitalar, devendo então lançar mão de todos os recursos disponíveis na rede de serviços do sistema de saúde para atender as necessidades da população.

A este raciocínio encadeamos outro **pressuposto**: O de que o planejamento de alta do usuário deve, permeado pelos princípios de acolhimento, ser iniciado no momento de admissão no hospital, conjuntamente com as intervenções necessárias a serem executadas durante o internamento, de forma policêntrica do ponto de vista dos trabalhadores de saúde e de forma unicêntrica quando se considera o usuário como o a principal razão para a organização do cuidado, e que precisa ter as suas necessidades de saúde atendidas dentro do sistema de saúde. Nesse sentido, o cuidado colaborativo, integrante do processo de enfermagem e amparado principalmente pelos diagnósticos colaborativos, enquanto complemento da dinâmica hospitalar, pode ser ponderado como dispositivo para a sua conexão com a rede de serviços de saúde, pensando a integralidade do cuidado de forma ampliada e considerando o hospital enquanto, também, porta de entrada do sistema de saúde, e não mais como ápice da hierarquia tecnológica do SUS.

Além disso, pode-se enriquecer o estudo ao concatenar mais um **pressuposto**: o de que o enfermeiro, já no momento de investigação do processo de enfermagem, deve buscar informações acerca das respostas humanas aos problemas de saúde, acerca do contexto social, dos serviços disponíveis na rede de atenção à saúde, e outras que julgar necessárias na situação vivenciada. Subsidiando, assim, o gerenciamento do cuidado que extrapole o âmbito hospitalar, ao esboçar uma linha do cuidado que contemple as demandas e ofertas de serviços em todo o sistema de

saúde, ou seja, que permitam aos enfermeiros elaborarem projetos terapêuticos que atendam às necessidades da população que procuram os serviços hospitalares.

Considerando que a maior parte da força de trabalho em instituições de Saúde é constituída de trabalhadores da enfermagem (GAIDZINSKI, 1991; BULHÕES apud GOLÇALVES, 2002; FUGULIN et al., 2010; ORCHARD, 2010; PEDUZZI e FELLI, 2010; PADILHA et al., 2011) que desenvolvem ações em todas as dimensões da saúde, fica claramente definida a importância desse profissional no panorama geral da saúde. É necessário não só transformar o atual paradigma centrado na alta tecnologia e na intervenção do agravo já estabelecido, como também viabilizar o cuidado de enfermagem como um direito de cidadania fundamentado num profundo respeito humano para lidar com as pessoas e buscar sempre potencializar o autocuidado para autonomia do sujeito usuário.

Apesar da maior parte das Políticas Indutoras Ministeriais desenvolvidas para o SUS centrar-se na reordenação da atenção básica, muitas dessas propostas são para todas as organizações que compõem o sistema de saúde, dentre elas destacamos a Política Nacional de Educação Permanente, Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (Residência), Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Considerando que tais propostas indutoras proporcionam uma aproximação com a academia, estimulam a renovação de conhecimento e tornam a prática um aprendizado mútuo e interdisciplinar, é preciso torná-las mais visíveis, compreender que se destinam a todos os serviços do SUS e precisam ser operacionalizadas de forma articulada. Nesse contexto, chama-se a atenção para que, fundamentalmente, haja transformação, também, no âmbito hospitalar como parte do sistema de saúde.

Acredita-se que o processo de reflexão favorecerá a um aprofundamento do conhecimento sobre o cuidado colaborativo, por reconhecer a escassez de literatura disponível nos meios científicos e acadêmicos compatibilizando este cuidado com os princípios da integralidade, que, por sua vez, também se apresenta de forma rarefeita na literatura que aborde a discussão da integralidade a partir da assistência hospitalar.

Além disso, poderá ser importante para o desenvolvimento tecnológico da área de enfermagem, considerando-se que o cuidado colaborativo privilegia a real necessidade do usuário e permite ao enfermeiro gerenciar e esboçar projetos

terapêuticos que abarquem toda a rede de serviços do sistema de saúde local, sem, contudo, sair do modelo médico-centrado para entrar num modelo enfermeiro-centrado. Então, poderá contribuir para melhor qualificar e viabilizar o cuidado colaborativo e integral, e assim cooperar para a promoção do método científico próprio da enfermagem, reconhecendo que, para tanto, o enfermeiro precisa desenvolver habilidades relacionais, comunicacionais e, ainda, ancorar-se em um conceito de processo de saúde que considere as dimensões sociais, culturais, econômicas e religiosas como condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

Considerando, como mencionado anteriormente, que a maior parte das propostas tecnoassistenciais desenvolvidas para o SUS centralizam suas propostas na reorganização da atenção básica, é importante que, fundamentalmente, haja transformação no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde, cuja maior parte da força de trabalho, também, seja constituída de trabalhadores da enfermagem que desenvolvem ações em todas as funções da saúde.

Nessa perspectiva, acredita-se estarmos diante de uma nova proposição, com caráter inovador e sem registros aparentes nos meios acadêmicos, carente de uma formulação teórico-prática a respeito da integralidade do cuidado operada pelo enfermeiro a partir da sistematização do cuidado colaborativo, tanto nos meios científicos como na prática profissional.

Nesse contexto, pensa-se que a melhor forma de fazer este estudo seria o delineamento de uma pesquisa de caráter colaborativo abalizada pela pesquisa-ação, como método que viabilize o exame do processo de organização para colocar o cuidado colaborativo do processo de enfermagem hospitalar como um dispositivo de promoção da integralidade na rede de serviços do sistema de saúde, ou seja, a partir da experiência coletiva entre o pesquisador e a participação de vários outros sujeitos que o auxiliaram na configuração do objeto de estudo, na discussão da temática e na análise dos dados.

1.1. O objetivo da pesquisa

Analisar o processo de organização para implantar o cuidado colaborativo integrante do processo de enfermagem, à adolescente com condições ginecobstétricas, a partir da atenção hospitalar, como dispositivo na contribuição da promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

2.1 O cuidado como ação terapêutica da enfermagem

No seu desenvolvimento histórico, a enfermagem estruturou-se como uma disciplina dentro de um campo particular do saber que é a saúde (LEOPARDI, 2006). Enquanto disciplina, estabeleceu como foco a ciência e a arte de cuidar que está presente em todos os atos, ações, palavras e gestos dos profissionais de enfermagem permeando o fazer, o saber e ser dessa profissão.

Segundo Waldow (1999) o cuidado é ação voluntária e consciente de fazer o bem, de estar com o outro e com ele preocupar-se; é a forma como se percebe e se interpreta o mundo, e demonstra aquilo que se é como pessoa; é ação planejada, deliberada ou voluntária, resultante da percepção do enfermeiro, da observação e análise do comportamento, situação ou condição do indivíduo, estendendo-se à família, no contexto em que se encontra; significa auxiliar o outro em situações em que este não consegue ou tem dificuldade para satisfazer suas necessidades biológicas, psíquicas ou sociais, conduzindo-o a se tornar independente, de acordo com suas possibilidades; requer inter-relação, interação e presença; é a essência da Enfermagem.

Extrapolando o núcleo de conhecimento da enfermagem e entrando no campo de responsabilidade da saúde, tem-se como uma das principais referências ao cuidado a Conferência de Alma-Ata, em 1978, que tinha como princípio fundamental à prestação de cuidado: *cuidado primário, cuidado individual e coletivo, cuidado continuado, cuidado compreensivo* como forma de proporcionar melhores condições de vida para as pessoas e populações, principalmente aos mais necessitados, utilizando-se dos recursos de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde, disponíveis a cada realidade. Dessa forma, abordou o cuidado, também, com determinantes sociais e não só biológico, sendo a atenção primária de saúde um “reflexo e consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades” (FERREIRA e BUSS, 2002, p. 10).

A esse respeito, para demonstrar a clareza da Declaração de Alma-Ata tomaremos apenas um trecho desse documento:

VII-3. Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aportação de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais;

VII-4. Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores (FERREIRA e BUSS, 2002, p. 10).

Além disso, o texto da Declaração de Alma-Ata também ampliou a visão do cuidado da saúde com o envolvimento da própria população, através do empoderamento da sociedade, fomentando “a auto responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde” (FERREIRA e BUSS, 2002, p. 10).

De lá para cá, segundo Coulter (2002), esta dimensão de prestação do cuidado ganhou força e, hoje, independentemente da situação socioeconômica das populações, reconhece-se que o cuidado moderno na saúde é a mais complexa atividade desenvolvida pelo ser humano.

A partir do quinquagésimo Congresso Brasileiro de Enfermagem, no ano de 1998, em Salvador, Bahia, o cuidar foi convencionado como Ação Terapêutica de Enfermagem (CROSSETTI et al., 1999; MENDES, 1999; RODRIGUES, 1999), pois o cuidado de enfermagem pode ser diferenciado de outras formas de cuidar, por ser justamente um ato com intenção terapêutica. Assim, o objeto científico, ou seja, aquele para o qual devem dirigir-se as pesquisas nessa profissão deve ser o cuidado, como ação privilegiada da enfermagem, mas não qualquer cuidado, e sim o “cuidado terapêutico” (LEOPARDI, 2005). Essa fundamentação teórica do cuidado terapêutico serviu de alicerce para o desenvolvimento desse estudo, compreendendo o cuidado colaborativo como uma interface do cuidado terapêutico.

Outrossim, o cuidado de enfermagem, além de exigir alta competência técnica, exige compromisso ético dos agentes, pois a arte de cuidar inclui o reconhecimento de uma interligação entre o si e o outro, condição da terapêutica. Em outras palavras, cuida de si e do outro com o mesmo empenho e, explicitando a interdependência do

cuidado terapêutico, busca ajuda quando não tem os meios para todo o cuidado (LEOPARDI, 2005).

Essa autora acrescenta que os sujeitos dessa ação terapêutica essencial são interagentes e coagentes, princípio fundamental do próprio conceito de cuidar, e cita Paterson e Zderad (GEORGE, 2000), ao afirmar que não existirá cuidado sem o indivíduo que necessita dele, sendo pois uma interação.

Por outro lado, nos últimos anos, a enfermagem vem progressivamente concretizando seu saber e fazer no cuidado ao ser humano enquanto um ser integral, ou seja, um ser humano com as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual (CELICH, 2003).

Contexto no qual o cuidado na perspectiva da integralidade, segundo Celich (2003), passa a ser um princípio que reforça o entendimento de que o cuidar na enfermagem não é composto por características isoladas e descontextualizadas, em função de apresentar como determinantes os movimentos sociais, políticos e econômicos da sociedade, que moldam o modo de ser e estar do homem no mundo. No entanto, para Leopardi (2005), a enfermagem, no plano da formação da mentalidade profissional, prossegue em busca de métodos de trabalho que acolham pressupostos de unidade, integralidade e totalidade dos seres humanos.

Nesse sentido, para o autor (Leopardi, 1997), ao admitir que a enfermagem tenha como finalidade a ação terapêutica no seu sentido multidimensional, não significa que se encontra aí um espaço somente seu, ao contrário, precisa-se admitir que outros profissionais da saúde tenham os mesmos compromissos que a enfermagem, então com eles pode-se fazer parcerias importantes para as mudanças desejadas.

Bettinelli (1998) acrescenta que a enfermagem vem se estabelecendo como uma profissão humanística que se completa no trabalho interprofissional, ou seja, não é uma tarefa individual, mas de muitas profissões, que exige o compromisso e o comprometimento de todos, na busca de assistência mais qualificada. Dessa forma, a enfermagem precisa repensar seus valores e suas atitudes na relação com o usuário e com a própria equipe interprofissional, em que sua intervenção deve ser menos isolada, deve pautar-se pela inclusão dos usuários no cuidado terapêutico – obviamente com exceção de algumas situações em que não se tem como o usuário se manifestar, como nas situações de urgências e emergências –, além de desenvolver uma postura menos passiva em relação a outros profissionais

Nesse sentido, percebe-se que o cuidado na enfermagem pode se dar enquanto ação independente, aquela que exige tomada de decisão somente do enfermeiro, e ações interdependentes, as quais são exercidas de forma contígua aos atos de outros profissionais e que podem ter diferentes dimensões, dado às relações de poder e à divisão social do trabalho na equipe de saúde (CROSSETTI et al., 1999).

Essas autoras enfatizam, ainda, que é possível constatar que o cuidado na enfermagem pode se caracterizar por ações terapêuticas e propedêuticas, que apresenta interfaces com as ações de outros profissionais da equipe de saúde, considerando-se os papéis que o enfermeiro desempenha em suas práticas, ou seja, educacional, assistencial, administrativo e de pesquisa.

2.2 O cuidado colaborativo como ação intrínseca na enfermagem

O exposto até aqui evidencia a importância de argumentar sobre uma definição de cuidado que consideramos importante para a promoção da integralidade através do caráter policêntrico das ações de enfermagem, compreendendo-as como independentes e interdependentes (colaborativas).

Como percebido nos parágrafos anteriores, a complexidade inerente à saúde humana exige o envolvimento de indivíduos com um conceito ampliado do processo saúde-doença e, portanto, com o reconhecimento e valorização de conhecimentos díspares para colaborarem em equipes interdisciplinares para proporcionar o melhor atendimento do usuário, ou seja, exige que a interdisciplinaridade seja um princípio básico para a operacionalização do cuidado colaborativo. Apesar disso, do crescente interesse e quantidade de literatura a respeito do cuidado colaborativo e sobre equipes de cuidados interdisciplinares de saúde, concordamos com Boon *et al.* (2009) quando argumenta que é importante haver clareza sobre o papel dessas equipes, indo além de "trabalhar juntos" para o bem dos usuários.

Concomitantemente, é importante começarmos fazendo uma distinção entre "colaboração" e "cooperação" e, assim, compreendermos o porquê do termo cuidado colaborativo e não cuidado cooperativo. Os verbos *colaborar* e *cooperar* significam trabalhar em conjunto com outras pessoas (FERREIRA, 2009; SANTIAGO-ALMEIDA, 2011; WEISZFLOG, 2012). No entanto, apesar de serem vocábulos sinônimos, a

Academia Brasileira de Letras, em publicação oficial de autoria do lexicógrafo Rocha Pombo (POMBO, 2011), chama a atenção para o emprego desses termos com pouca ou nenhuma propriedade como causador de imprecisão na transmissão de ideias e, conseqüentemente, com possíveis prejuízos no processo de comunicação. Esse lexicógrafo afirma que...

cooperar significa esforçar-se, agir pelo mesmo fim por que outro age ou se esforça. Quando nos empenhamos por alguma grande causa, pedimos a outros que venham cooperar conosco, isto é – que venham servir a mesma causa, e como lhes parecer que a servirão melhor. [...]a polícia, para exercer proficuamente as suas funções, precisa da *cooperação* que a imprensa lhe pode prestar. [...] muitas associações *cooperaram* na obra da abolição (POMBO, 2011, p. 319).

Diferentemente, o verbo *colaborar* carrega o sentido de “trabalhar junto, no mesmo trabalho”, ou seja, quando temos que dar conta de um serviço, de um relatório, por exemplo, e precisamos de auxílio, convidamos alguém a *colaborar* conosco. “Um ministro pode dever muito à *colaboração* de seus subalternos[...]. Dois poetas *colaboram* num poema” (POMBO, 2011, p. 319). Assim, consideramos ser adequado o uso da expressão *cuidado colaborativo*, por entendermos que a *colaboração* é o modo de trabalhar juntos, de maneira consensuada, entre as diferentes profissões, num mesmo objeto, num mesmo usuário do sistema de saúde, tanto na dimensão individual quanto coletiva. A *cooperação* se diferencia pela condição de não necessitar de consenso para se trabalhar juntos. Na *cooperação* cada profissão, mesmo trabalhando pelo mesmo fim, age como lhe pareça melhor.

Feito essas diferenciações no campo lexical e semântico, partiremos para as argumentações sobre o cuidado colaborativo, tendo como alicerce produções científicas da área da saúde.

Segundo Boon et al. (2009) o cuidado colaborativo, ou seja, a colaboração de diferentes prestadores de cuidados de saúde na prestação de cuidados do usuário, tem sido proposto como a resposta a muitas questões complexas de saúde, incluindo cuidados com restrições de recursos, taxas de crescimento cada vez maiores de doenças crônicas, e uma população em crescimento e envelhecimento. No entanto, existem muitas definições de cuidados colaborativos, além de haver falta de clareza quanto a diferença entre colaboração e integração.

Buscando amenizar esse problema, Sullivan, citado por Boon et al. (2009), realizou uma análise de conteúdo para os termos de definição encontrados na literatura e identificou a colaboração como...

um processo dinâmico e transformador da criação de uma parceria de partilha de poder para a aplicação generalizada na prática de cuidados de saúde, educação, pesquisa, e as configurações organizacionais para a atenção intencional às necessidades e problemas a fim de atingir prováveis resultados de sucesso" (p. 716).

Boon et al. (2009) acrescentam que a colaboração interdisciplinar tem sido descrita como o "processo pelo qual indivíduos de diferentes profissões estruturam uma ação coletiva a fim de coordenar os serviços que prestam aos clientes individuais ou grupos" (p. 716), e envolve estruturas e processos que são mais cooperativos e que preservam a singularidade da filosofia e os valores dos praticantes.

Para Bruner et al. (2011, p. 2) a colaboração interprofissional é o processo de "Promover e otimizar a participação ativa de todas as profissões de saúde na tomada de decisão clínica focado nas necessidades dos usuários, assegurando simultaneamente o respeito as contribuições dos membros da equipe". Além disso, segundo as mesmas autoras, a colaboração entre os profissionais de saúde é uma forma de promover, sob a perspectiva da integralidade, o acesso e a atenção integral e contínua em organizações de saúde também integradas. Esse processo é esperado para reconhecer as necessidades dos usuários, visando melhorar a qualidade do atendimento, segurança do usuário e os resultados, porque as contribuições por conhecimento particular de todos os profissionais de saúde são utilizadas e reconhecidas.

Iliadi (2010) acrescenta que a colaboração é uma relação de interdependência, baseada no respeito e entendimento das perspectivas únicas e complementares para cada profissão alcançar os resultados desejados, e que, entre os membros da equipe, três tipos de colaboração podem existir: a colaboração primária, secundária e participativa.

A *colaboração primária* começa quando o usuário e profissional começam a trabalhar juntos para lidar com uma situação difícil. A *colaboração secundária* existe entre vários profissionais que trabalham juntos para o benefício do usuário sem a sua presença. Em obstetrícia, por exemplo, a colaboração secundária poderia existir entre uma parteira, um enfermeiro obstetra, um médico obstetra e um endocrinologista que

estão lidando com uma mulher diabética com gestação gemelar. Finalmente, a *colaboração participativa* descreve as relações entre o indivíduo e o grupo de profissionais, quando o usuário está presente e participa na tomada de decisões.

Diferentemente de Iliadi, tem sido argumentado por Kinnaman e Bleich, citado por Boon et al. (2009), que existem diferentes níveis de colaboração que podem ocorrer entre os membros da equipe mesmo em situações diferentes, definindo quatro níveis de envolvimento interprofissional progressivamente maior, ou seja, a Tolerância, a Coordenação, a Cooperação e a Colaboração. Estes níveis descrevem um *continuum* cujo maior nível de colaboração pode ser alcançado quando as desigualdades de poder, tomada de decisão, as fronteiras profissionais e a hierarquia são transcendidas.

Em contraste, Boon et al. (2009) compõe outro *continuum* onde identifica a "integração", ao invés de "colaboração", como o objetivo final das equipes que trabalham em conjunto para resolver problemas complexos de cuidados do usuário, sugerindo, portanto, que a integração requer a colaboração como condição prévia, mas, contudo, a colaboração não exige integração. Esses autores viram a colaboração como uma abordagem distinta que possa ser necessária para atingir o conceito muito mais amplo de integração, ou seja, a colaboração é uma pré-condição para a integração e um dos métodos usados para criá-la.

Temos aqui, mais uma importante fundamentação teórica que serviu de alicerce para o desenvolvimento desse estudo, pois, seguindo o raciocínio proposto por Boon et al. (2009), a integração pode ser alcançada com a dissolução, no campo relacional, da hierarquia, das fronteiras profissionais e das desigualdades de poder e tomada de decisão. Esse entendimento, aliado aos escritos de Peduzzi (2007), ao abordar as modalidades de trabalho da “equipe integração” e da “equipe agrupamento”, faz brotar o pensamento de que, dessa forma, o cuidado colaborativo serve como uma atividade meio, uma maneira de superar o vazio existente entre dois polos: o da fragmentação e o da integração. Ou seja, por meio do exercício do cuidado colaborativo é possível haver um deslocamento do cuidado de um estágio fragmentado (representado por simples agrupamento de profissionais e serviços) para um estágio integrado (representado por equipes e organizações de saúde integradas). Assim, o cuidado colaborativo contribui para o alcance da integralidade da saúde por possibilitar a integração entre profissionais de saúde, entre equipes multiprofissionais,

entre instituições de saúde e, possivelmente, com organizações fora da esfera da saúde.

Extrapolando a esfera interna das instituições de saúde, a colaboração é o nível mais sofisticado de relações interinstitucionais. Ela envolve esforços para unir organizações e pessoas com o objetivo de alcançar metas comuns que não poderiam ser realizadas por qualquer indivíduo ou organização que atue sozinho, pois é mais do que redesenhar fluxogramas organizacionais. Embora a colaboração entre os serviços de saúde representa um grande avanço sobre a atenção e coordenação do serviço, não necessariamente transformam a relação hierárquica entre os serviços de saúde e os usuários (famílias, crianças e jovens, e até mesmo a comunidade) (OSHER, 2002).

Muitas vezes, o termo *colaboração* é usado como parte da definição de *integração* e vice-versa. A integração, por sua vez, é outro termo com várias definições na literatura e não é limitado aos profissionais de saúde. De acordo com Boon et al. (2009, p. 716), a integração:

a) Dentro de sua filosofia/valores: busca, através de uma parceria do usuário e profissional, para cuidar da pessoa como um todo, para auxiliar as propriedades de cura inatas de cada pessoa, e para promover a saúde e bem-estar, bem como a prevenção da doença (filosofia e / ou valores).

b) Na sua estrutura: é uma mistura, não hierárquica interdisciplinar das práticas de saúde convencionais e cuidados de saúde complementares e alternativos que fornece um contínuo ininterrupto de tomada de decisão, centrada no usuário, cuidados e apoio.

c) No seu processo: usa uma abordagem de colaboração em equipe orientada por consenso, respeito mútuo, e uma visão compartilhada dos cuidados de saúde que permite a cada profissional e o usuário contribuir com seu conhecimento específico e habilidades dentro do contexto de um plano compartilhado, sinergicamente implicado de cuidado.

d) Quanto aos resultados: os efeitos são mais eficazes e rentáveis ao combinar sinergicamente terapias e serviços de uma forma que ultrapassa o efeito coletivo das práticas individuais.

Quanto a este último item, há evidências, documentada por Jacob et al.⁶ e citada por Compton (2012), de que a abordagem dos cuidados colaborativos provê bom valor econômico (ou seja, é rentável economicamente), que é especialmente importante porque as decisões em torno de intervenções de saúde estão intimamente ligadas aos direitos econômicos, além de considerações humanitárias.

Ainda sobre a rentabilidade econômica, Katon et al. (1999), em estudo para analisar o custo-efetividade do cuidado, aponta que o custo por caso tratado com sucesso foi menor para o cuidado colaborativo do que para os cuidados habituais, porque a taxa de sucesso do tratamento foi aumentada em relação aos custos totais de tratamento por caso. Os resultados sugerem que a implementação de cuidado colaborativo melhoraria a relação custo-efetividade, abrindo, assim, uma forte perspectiva de se incentivar a implantação/implementação dessa interface do cuidado.

Feitas as diferenciações entre colaboração e integração pode-se dizer que o cuidado colaborativo é "...um processo interprofissional para a comunicação e tomada de decisão que permite o conhecimento separado e compartilhado e as habilidades dos prestadores de cuidados para sinergicamente influenciar o atendimento ao usuário." (WAY et al. apud BOON et al., 2009, p. 716).

Bruner et al. (2011) definem cuidados colaborativos como uma abordagem interdisciplinar de tratamento de saúde em um espectro que vai desde cuidados paralelos à colaboração em rede. Cuidado paralelo consiste em um processo de encaminhamento com sobreposição mínima de serviços, enquanto que na outra extremidade do espectro é colaboração em rede, onde há uma não-hierarquia, coprovisão de tratamento do paciente e da inclusão intencional de família, educadores e/ou da comunidade no processo.

Para Iliadi (2010) o cuidado colaborativo refere-se a iniciativas ou atividades que visam reforçar os laços entre os diversos profissionais que trabalham juntos em uma parceria caracterizada por objetivos comuns, um reconhecimento e respeito para as forças individuais e diferenças, equitativa e eficaz tomada de decisão, foco no usuário e comunicação regular e clara.

⁶JACOB, V.; CHATTOPADHYAY, S. K.; SIPE TA, et al. Economics of collaborative care for management of depressive disorders: a Community Guide systematic review. **Am J Prev Med.** 2012; 42 (5) : 539–49.

Nesse sentido, segundo Servili (2012), o cuidado colaborativo é baseado em uma forte parceria entre os trabalhadores de saúde de primeira linha e outros profissionais com diversificada experiência e incumbências, que trabalham juntos para atender às necessidades dos usuários, implicando em transformação e compartilhamento de tarefas entre equipe interprofissional.

De acordo com D'amour et al. (2008), os profissionais de saúde, diante dessa modalidade de cuidado, são confrontados com um pedido de colaboração tanto interprofissional e interorganizacional, o que implica em uma nova divisão do trabalho clínico entre os profissionais de diferentes disciplinas e entre os diferentes tipos de instituições: primárias, secundárias e terciárias. Essa é outra importante fundamentação teórica para o cuidado colaborativo, pois traz indicações da integralidade vista sob o ângulo do indivíduo e do sistema de saúde.

Gunn et al. apud Gask et al. (2010, p. 1) descreveram o cuidado colaborativo como uma intervenção "em nível de sistema com quatro características fundamentais":

1. Uma abordagem multiprofissional para atendimento ao usuário: Isso exige que e pelo menos dois profissionais de saúde (por exemplo, enfermeiro, médico, psicólogo, psiquiatra, farmacêutico) estejam envolvidos com a assistência ao usuário.
2. Um plano de gestão estruturado: na forma de diretrizes ou protocolos: as intervenções podem incluir e intervenções não-farmacológicas e farmacológicas.
3. Agendamento de acompanhamento do usuário: uma abordagem organizada para o acompanhamento do usuário de forma sistemática contatando com os usuários para fornecer intervenções específicas, facilitar a adesão ao tratamento, ou monitorar os sintomas ou efeitos adversos.
4. Comunicação interprofissional melhorada: Com a introdução de mecanismos para facilitar a comunicação entre os profissionais, que pode incluir reuniões de equipe, estudos de caso, consulta/supervisão individual, compartilhamentos de registros profissionais, usuário fornece feedback escrito ou verbal entre os cuidadores.

Corroborando com o enunciado dessa seção, que exprime o cuidado colaborativo como intrínseco nas ações de enfermagem, é importante citar a teórica e enfermeira brasileira Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979), pois, mesmo apoiando-se em referencial teórico distinto, ela já apontava a dimensão interdependente das ações de enfermagem, tendo similaridade com o cuidado colaborativo, ao explicitar a colaboração quando descreve que a enfermagem...

é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde **em colaboração com outros profissionais** (HORTA, 1979, p. 29, grifo nosso).

Desse conceito, Horta (1979) infere sobre as funções do enfermeiro distinguindo-as em três áreas: Uma **área específica**, na qual a função é assistir o ser humano na satisfação de suas necessidades básicas e ensinar o autocuidado com a finalidade de torná-lo independente da assistência. Uma **área interdependente** ou de **colaboração com a equipe de saúde**, na qual a finalidade é manter, promover e recuperar a saúde. E, por fim, uma **área social**, na qual os enfermeiros atuam como um profissional a serviço da sociedade, cujas atividades perpassam a pesquisa, o ensino, a administração, a responsabilidade legal e a participação nas associações de classe.

No cuidado colaborativo, os enfermeiros, bem como todos os outros profissionais de saúde, têm responsabilidade individual para a sua prática e uma responsabilidade compartilhada para o atendimento interprofissional (ORCHARD, 2010). Entende-se que essa responsabilidade dos enfermeiros deve ser desenvolvida a partir do processo de formação profissional. Nesse sentido, Ceccin (2006), ao se referir à força da formação e habilitação profissional na constituição das equipes multiprofissionais na saúde, argumenta que o esforço pela mudança na formação profissional deve ser norteado pela valorização à necessária multiprofissionalidade do trabalho em saúde e por uma prática híbrida, “capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade (sem hierarquizações e sem divisões técnicas ou sociais) com os usuários e com a equipe e saúde” (p. 261).

Os escritos de Ceccin (2006), por apresentar uma forte ligação com o cuidado colaborativo, enquanto um trabalho interprofissional, nos inspira a alegar que o cuidado colaborativo emerge da necessidade do trabalho interprofissional capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões, sem hierarquizações e sem divisões técnicas ou sociais entre a equipe de saúde e os usuários, nos diferentes níveis de atenção, nos diferentes âmbitos terapêuticos e como promotor da saúde integral do ser humano. Dessa forma, ainda movidos por Ceccin (2006), podemos expor que o cuidado colaborativo configura-se como ação intercessora, sendo o enfermeiro um ator privilegiado nesse contexto, em que a ação desse profissional produz

interferências, com introdução de diferenças através de agenciamentos, convocações ou modos de sentir-pensar-querer.

As abordagens colaborativas tem impacto importante no papel diagnosticador do enfermeiro que deve ter consciência de que não trabalha de forma isolada, pois muitos problemas são extremamente complexos e exigem mais do que os recursos de enfermagem para serem resolvidos de maneira oportuna, nos quais o enfermeiro precisa incluir para obter resultados mais efetivos (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Para essa autora, os enfermeiros, por estar em contato com o usuário a maior parte do tempo, são responsáveis pela coordenação dos cuidados durante a implementação e pela documentação dessa coordenação, unindo a contribuição de todas as disciplinas envolvidas no cuidado, mantendo o foco nas respostas humanas aos planos assistenciais interdisciplinares, e cuidando para que as necessidades dos usuários sejam consideradas no plano.

De acordo com os escritos de Stringer et al. (2011) os enfermeiros têm uma posição de destaque em programas de cuidados colaborativos porque funcionam como gestores desse tipo de cuidado. Nessa posição, eles são responsáveis, da melhor forma possível, pela continuidade e coordenação do cuidado, através de uma parceria intensiva com o usuário e com o restante da equipe interprofissional que poderá ser expandida com outros membros quantos necessários e possíveis. Embora cada membro da equipe de saúde desempenha um papel importante no processo de cuidado colaborativo e isso inclui o pessoal da recepção, médicos, enfermeiros, odontólogos e administradores (BRUNER et al., 2011).

Stringer et al. (2011) enfatizam que embora um programa de cuidado colaborativo ofereça uma estrutura objetivo-orientado, ele vem ao encontro das características da prática do enfermeiro para minimizar a descontinuidade da atenção, tais como: permanecer mais tempo com o usuário e estabelecer contato com diferentes profissionais que estão envolvidos na produção do cuidado. O que favorece a vir a ser uma oportunidade de ser proativo e de envolver outros profissionais para atender as necessidades do usuário.

Para Orchard (2010) o enfermeiro é uma das pessoas chave em todas as equipes. A maioria dos usuários com necessidades de saúde complexas exigem equipes colaborativas composta por enfermeiros, médicos, nutricionistas, e assistentes sociais como o grupo principal, onde os outros profissionais de saúde são adicionados dependendo do cenário e contexto. Quando a reabilitação fisioterápica

faz parte do plano de cuidados, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos são, muitas vezes, parte da equipe. Quando as questões de saúde mental devem ser abordadas, um psicólogo clínico, um psiquiatra e um enfermeiro de saúde mental pode fazer parte da equipe. Em saúde coletiva as equipes muitas vezes se expandem para não profissionais de saúde para atender às necessidades do usuário.

A enfermagem, que representa o maior número de profissionais em sistemas de saúde, sempre esteve presente como membro de equipes multiprofissionais. Equipes estas, colaborativas ou não, a depender da socialização profissional da formação dos membros da equipe (ORCHARD, 2010).

À esse respeito, Orchard (2010), ao abordar a socialização profissional dos enfermeiros, esclarece que, tradicionalmente, esta se dava apenas de maneira funcionalista, em que os estudantes de enfermagem aprendiam as suas funções através da observação de profissionais, professores e outros estudantes, e que, somente a partir da década de 1970, passaram a explorar metodologias interacionistas, em que os estudantes passaram a se desenvolver profissionalmente a partir de interações e explorações, de professores, colegas e profissionais em cenários de prática, do que significa ser um enfermeiro. Fato que contribuiu para os enfermeiros se tornarem atores importantes, muitas vezes na condição de protagonistas, para operacionalização de cuidado colaborativo, por trazerem tanto o seu conhecimento exclusivo de enfermagem como a capacidade, inata e/ou adquirida, de trabalhar com outros profissionais.

Dessa forma, segundo Orchard (2010), quando o cuidado dos usuários precisam ser compartilhados com outra profissão, o enfermeiro deve ser capaz de trabalhar dentro de relações de colaboração. Embora, no que diz respeito a prática de enfermagem com características de uma prática de interação, consideramos que ainda temos muito a construir. Tanto no processo de trabalho do ensino, quanto da assistência.

Nesse contexto, dentre os profissionais de saúde os enfermeiros são os principais prestadores de cuidados, cujo cuidado colaborativo oferece-lhes uma forma de estruturar a prestação de cuidados (STRINGER et al., 2011; COMPTON, 2012).

Equipes de saúde que adotam cuidados colaborativos em todos os níveis podem lidar melhor com as condições múltiplas de saúde e, muitas vezes, complexas de seus usuários. Os resultados do cuidado colaborativo podem desenvolver ainda

mais seu processo de colaboração e ajudar a melhorar os resultados de saúde da prestação de cuidados ao usuário (BRUNER et al., 2011).

A abordagem integrada de cuidados colaborativos é uma intervenção de saúde em nível de sistema que requer mudança organizacional. Ou seja, as organizações de saúde terão de comprometer recursos infraestruturas e humanos (para os elementos adicionais de coordenação e gestão de casos) para colher os benefícios dessa abordagem. Assim, o cuidado colaborativo é mais complexo de implementar e disseminar, pois, muitas vezes, dependem fortemente de tecnologia da informação (por exemplo, registros eletrônicos, contato telefônico e agendas eletrônicas) (COMPTON, 2012).

2.3 O cuidado colaborativo como elemento estruturante para o campo de competência e responsabilidade também da enfermagem

Como percebido nos parágrafos anteriores, o trabalho na área de saúde é complexo por exigir o envolvimento multiprofissional em um *campo de competência-responsabilidade*, bem como exigir práticas profissionais de disciplinas específicas de forma independente dentro dos seus *núcleos de competência e responsabilidade*.

Pode-se, então, afirmar, inspirado por Silveira (2011), que o cuidado colaborativo, por favorecer a interação de saberes e articulação de ações entre atores de distintas disciplinas, pode levar a uma afinidade interdisciplinar e construir um campo de competência e responsabilidade para a enfermagem e para a saúde, no qual cada categoria profissional participa com seu núcleo de competência e responsabilidade e contribui para a conformação de um campo de competência que seja comum a todos.

Os conceitos de campo e núcleo foram introduzidos na área da saúde através dos escritos de Campos et al. (1997) e Campos (2000), os quais resgatamos para pensar o cenário do cuidado colaborativo.

Campo de competência refere-se a uma área mais geral, de limites e contornos menos precisos, com responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões. Não representaria o monopólio de uma profissão; ao contrário, seria um campo de intersecção e interação de diversas áreas, em que

atores sociais de cada disciplina ou profissão buscariam, em outras disciplinas, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas, conformando uma nova práxis.

Núcleo de competência, por sua vez, diz respeito a uma especificidade, a atribuições exclusivas de uma disciplina que delimita uma área de saberes e práticas. É um conceito que se refere aos elementos de singularidade que definem a identidade de cada área profissional, com uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso, e concebido por meio das orientações dos conselhos profissionais que moldam uma área profissional.

A compreensão desses conceitos permite a reflexão sobre os processos de colaboração interprofissional nos serviços de saúde, uma vez que a orientação trazida por eles, apesar de não comprometer as identidades profissionais, delimita a existência de zonas de interconexão que propiciam a articulação profissional (PIROLO, 2008).

Antes de Campos et al. (1997) e Campos (2000), o sociólogo francês Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 2007) trabalhou de forma diferente esses conceitos. Para ele a passagem de **campo** ao **corpus** é uma entrada de certo senso comum ao saber dos especialistas. O **campo** se conforma como espaço aberto e **corpus** se configura no cerne de cada disciplina, ocorrendo a monopolização do saber e da gestão das práticas por aglomeração de especialistas. Segundo esse autor,

[...] é preciso situar o corpus assim constituído no interior do campo ideológico de que faz parte, bem como estabelecer as relações entre a posição deste corpus neste campo e a posição no campo intelectual do grupo de agentes que o produziu. Em outros termos, é necessário determinar previamente as funções de que se reveste este corpus no sistema das relações de concorrência e de conflito entre grupos situados em posições diferentes no interior de um campo intelectual que, por sua vez, também ocupa uma dada posição no campo do poder (BOURDIEU, 2007, p. 186).

Ao introduzir esses conceitos na saúde, Campos et al. (1997) e Campos (2000), modificam o sentido polar e antagônico atribuído aos dois termos. Dessa forma, segundo esses autores, núcleo indica uma aglutinação de saberes e práticas sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo. Assim, “igual à noção de corpus, a de núcleo também parte da necessidade, e da inevitabilidade de se construírem identidades sociais para as profissões e para os campos de saber”

(CAMPOS, 2000, p. 220), mas, ao contrário, as práticas poderiam ser organizadas de forma democrática, abertas a distintos campos de influência. O conceito de *corpus* (disciplina) enfatiza a concentração de poder, e o conceito de núcleo valoriza a democratização das instituições por sugerir que a escolha de seus caminhos funcione como uma possibilidade e não como uma ocorrência automática.

Campos (2000, p. 221) acrescenta, ainda que...

tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar.

É interessante citar, também, a contribuição de Merhy (2005) quando afirma que, na produção de saúde, coexistem vários núcleos, como o núcleo específico definido pelo problema concreto de um indivíduo doente e como o núcleo de recorte que cada profissional da saúde faz para intervir. Porém, seja qual for o encontro produzido, haverá sempre um outro núcleo operando na produção da ação, que o autor denomina de núcleo cuidador, no qual acontecem os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertencem a todo profissional em suas relações de trabalho.

Partindo do marco conceitual exposto, e entendendo que o trabalho em saúde é mesmo cooperativo, em que sempre há articulação do trabalho do conjunto dos profissionais, é pertinente situarmos o cuidado colaborativo como um trabalho equivalente ao campo de competência e responsabilidade da saúde, portanto, de todos os trabalhadores da saúde, sendo o papel do enfermeiro muito importante. Do mesmo modo, obviamente, o núcleo de competência e responsabilidade da enfermagem seria o seu fazer com base em seu corpo de conhecimento específico.

Nesse mesmo raciocínio, no processo de trabalho do mesmo, sistematizado pelo processo de enfermagem, no seu momento de diagnóstico, são identificados os diagnósticos de enfermagem que demarcam os limites da profissão e apontam para ações independentes, portanto dentro do núcleo de competência e responsabilidade também da enfermagem. Por outro lado, mesmo o processo de enfermagem sendo uma atividade privativa do enfermeiro, este profissional sempre se depara com problemas que exigem intervenções interdependentes ou multidisciplinares, demandando, assim, a colaboração de outros trabalhadores no seu processo de

trabalho (cuidado colaborativo), portanto, dentro do campo de competência e responsabilidade da enfermagem, que, por sua vez, é compartilhado com outros profissionais de saúde.

A interação dos diversos núcleos de competência e responsabilidade fazem do cuidado colaborativo uma estratégia capaz de contribuir para o desenvolvimento do princípio da integralidade no campo de competência e responsabilidade da saúde e, conseqüentemente, do Sistema Único de Saúde.

2.4 O cuidado colaborativo no processo de enfermagem

No decorrer de sua evolução histórica, a enfermagem, além da prática clínica, beneficia-se da evolução teórica da ciência da administração, especificamente a partir da visão sistêmica e contingencial, surgindo a ideia de processos nos estudos organizacionais, com o objetivo de maximizar o valor ao usuário, entendendo que os processos devem ser estruturados para o pleno atendimento destes, mais precisamente com o surgimento dos programas de controle de qualidade que percebiam que esta precisava ser gerada a partir do processo produtivo (PALADINI, 1995).

Esses processos, de acordo com os papéis do enfermeiro, são classificados em quatro tipos principais, a saber: os **processos assistenciais**, cujo produto é o cuidado direto ao usuário, tendo o conhecimento da clínica, nas suas diversas áreas, como principal norteador; os **processos administrativos**, embora pouco visíveis pelos usuários, são essenciais para a organização das funções desempenhadas pela equipe de trabalhadores, incluindo as decisões que os enfermeiros devem tomar para apoiar os demais processos; os **processos educativos** correspondem às atividades voltadas para o desenvolvimento humano, seja ele usuário, através da educação em saúde, seja profissional de saúde, através da educação permanente em serviço, além da formação de novos profissionais de saúde; já os **processos de pesquisa** dizem respeito aos métodos de estudo que contribuem para a base científica da prática de enfermagem, sejam elas assistenciais, administrativas ou educativas.

O enfermeiro, segundo Antunes e Guedes (2010, p. 26),...

precisa usar um método de trabalho para planejar, executar e avaliar suas ações, substituindo o modo de fazer empírico, desordenado, por registros que demonstrem como, de fato, as pessoas sob sua responsabilidade profissional foram cuidadas em qualquer ambiente do sistema de saúde. Por essa perspectiva, o processo de enfermagem, por ser sistemático é um instrumento de trabalho para o enfermeiro, favorecendo atingir sua finalidade prática – assistir o indivíduo em momentos do processo saúde doença.

Atendendo a essa necessidade, os enfermeiros possuem essa metodologia dinâmica de executar as suas ações que, ao decorrer do seu desenvolvimento histórico sofreu variações em sua nomenclatura, tais como Planejamento de Cuidados, Plano Assistencial, Plano de Cuidados, Metodologia da Assistência, Metodologia do Cuidado, Processo de Cuidado, Processo de Assistir, Consulta de Enfermagem e, contemporaneamente, Metodologia da Assistência de Enfermagem, processo de enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Essa diversidade terminológica, cujo excesso de termos utilizados para um mesmo significado, pode ter subsidiado a dificuldade de socialização do conhecimento, contribuindo para que profissionais não se apropriassem desse método científico em seu processo de trabalho (CARRARO, 2001; KLETEMBERG, 2004). Nesse estudo, adotamos o termo processo de enfermagem, por entendê-lo como abrangente a todas as ações de enfermagem, tanto na dimensão individual ou coletiva, sejam elas assistenciais, educativas, administrativas ou de pesquisa.

Independentemente da nomenclatura utilizada, a sistematização das ações de enfermagem norteou-se pelo processo de enfermagem que, por sua vez, é um modo especial de pensar e agir, é sistemático, usado para identificar, prevenir e tratar problemas atuais e potenciais de saúde e promover o bem-estar do ser humano. O processo de enfermagem também oferece uma estrutura na qual os enfermeiros usam seus conhecimentos e habilidades para expressar o cuidado com o ser humano (WILKINSON, 1992).

Para essa autora, o processo de enfermagem é um método essencial dessa profissão, é um modo específico de raciocinar e agir dos enfermeiros, é uma maneira de coordenar e resolver problemas, que oferece direção para o planejamento, implementação e avaliação da assistência, e envolve uma interação entre o cliente e o enfermeiro, considerando o cliente como foco principal, em que, juntos, utilizam o processo para tomar decisões (WILKINSON, 1992).

Marquis e Huston (2004), por sua vez, identificam o processo de enfermagem como um sistema teórico para solucionar problemas e tomar decisões. Ao ser

identificado o ponto de decisão, a tomada de decisão inicial ocorre e continua ao longo do processo pelo uso de um mecanismo de retroalimentação.

Ciampone (1991) acrescenta que a metodologia do processo de enfermagem sistematiza as atividades de enfermagem nos diversos papéis do enfermeiro, tanto em nível individual ou coletivo. Acredita-se que o conhecimento dos momentos dessa metodologia ajudará o enfermeiro a torná-la um instrumento útil, e não apenas teórica e inaplicável ao seu processo de trabalho.

O processo de trabalho do enfermeiro, segundo Kletemberg (2004, p. 2), “deveria estar embasado em uma metodologia científica, que privilegiasse cinco etapas: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, execução e avaliação”. Nesse sentido, é pertinente afirmar que o processo de trabalho do enfermeiro pode ser sistematizado pelo processo de enfermagem, tornando-o um recurso com potência para a promoção da integralidade do cuidado em função do caráter policêntrico das ações executadas pela enfermagem, ao defini-las como *independentes* e *colaborativas* (interdependentes).

Ao afirmar que o processo de enfermagem pode sistematizar o processo de trabalho do enfermeiro, consideramos a prática do enfermeiro como uma ação articulada de todos os seus papéis – de assistência, administração, educação e pesquisa – que não são isolados, mas interdependentes e muitas vezes imbricados, onde o processo de enfermagem, que historicamente surgiu para sistematizar a prática assistencial, pode ser adaptado como modelo metodológico para sistematizar, também, as práticas administrativa, educativa e de pesquisa (SANTANA; TAHARA, 2008) por ser efetivo em todas as abordagens de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Além disso, as transformações no processo de trabalho, ao sistematizá-lo com o método do processo de enfermagem, tem sido apontado como instrumento de encaminhar projetos de luta da enfermagem para dar um novo delineamento ao seu trabalho. Tais como: tentativa de ampliação e superação do modelo anatomopatológico, com vistas à equidiversidade e extensividade da assistência de enfermagem e para dar melhor qualidade a mesma; e a busca de autonomia, legitimidade e valorização para o trabalho do enfermeiro por meio de novas práticas (LEOPARDI, 2006).

A esse respeito, é coerente concordar com Leopardi (2006, p. 54) quando ela afirma que...

Somos uma força de resistência ao que está instituído, mas infelizmente dividida entre a norma e a utopia, que nos cristaliza em um modo de fazer automatizado e desumanizado. Normas são necessárias, especialmente quando a estrutura do trabalho é complexa, mas não devem engessar a relação de cuidado a ponto de nos fazer esquecer nossa utopia. A utopia, quando aponta um futuro melhor, restaura a fé e a esperança, para que possamos cuidar com compaixão, no sentido de experimentar sentimentos empáticos na relação terapêutica.

Essa autora acrescenta que se houver preocupação com a implantação da sistematização da assistência de enfermagem através da metodologia do processo de enfermagem, de forma a ser conduzido, compreendido e identificado com os valores profissionais, os enfermeiros poderão mudar as características da visibilidade social da profissão.

Esse referencial permite compartilhar com o pensamento de Antunes e Guedes (2010), ao citar Santos e Assis (2006), quando afirmam que...

Sistematizar a assistência implica pensar na organização dos serviços. Tal organização, em qualquer situação, deve ser percebida no contexto de um processo de trabalho que seja considerado eixo integrador dos diversos serviços de saúde, fazendo face aos problemas e às dificuldades do dia a dia da atenção à saúde em um sistema organizacional plural que envolve a equipe de profissionais e os usuários recuperando valores e o reconhecimento do trabalho. É importante não negligenciar o entendimento de que o foco do trabalho em saúde é o cuidar. E pensar em cuidar é pensar em integralidade, pois não se pode cuidar de partes. O cuidar é amplo e abrange a garantia de atender a necessidades e problemas de saúde naquilo que as pessoas e as comunidades por si só não conseguem resolver. Nem sempre é possível curar, mas sempre é possível cuidar, ouvir e/ou amenizar o sofrimento do outro (ANTUNES e GUEDES, 2010, p. 25).

Tomando como referência as discussões no campo da micropolítica do trabalho em saúde sobre as tecnologias *duras*, *leve-duras* e *leves*⁷ que atravessam o processo de trabalho em saúde, mesmo apresentando perspectiva teórica diferente dos autores acima citados, os textos de Merhy (2000; 2005) e de Merhy et al. (2006), nos levam a reconhecer, ao olharmos para o processo de enfermagem, que nele se expressam principalmente as tecnologias duras e leve-duras, fato que reflete uma adaptação ao trabalho em saúde (predominantemente conformado por essas tecnologias) e com

⁷Segundo Merhy e Franco (2008) o processo de trabalho em saúde é estruturado conforme o arsenal tecnológico utilizado por seus profissionais, que pode ser composto por tecnologias materiais e não-materiais. Para esses autores, as “*tecnologias duras*” são o conjunto de tecnologias materiais, e são compostas por instrumentos/artefatos (estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, etc). Dentre as tecnologias não-materiais, estão as “*tecnologias leve-duras*” compostas pelo saber técnico estruturado (clínica, epidemiologia, etc) e, por último, as “*tecnologias leves*” caracterizadas pelas relações entre sujeitos (trabalhador e usuário) que só têm materialidade em ato.

menor intensidade as tecnologias leves. Esse quadro é evidenciado pela forte presença do uso de protocolos e normas, em detrimento da escuta qualificada (em oposição à escuta com respostas pré-direcionadas pelos protocolos e pelas normas).

Na produção do cuidado, os enfermeiros, da mesma forma que outros profissionais de saúde, utilizam-se dos três elementos que compõem a tríade da tipologia tecnológica, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; ou pode existir uma produção do cuidado “em que os processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras” (MERHY e FRANCO, 2008, p. 431).

Os escritos dos autores supracitados (MERHY, 2000; 2005; MERHY et al., 2006; MERHY e FRANCO, 2008) nos norteiam na compreensão de que é importante o processo de enfermagem acontecer, principalmente, no campo das tecnologias leve-duras e tecnologias leves, com a presença das tecnologias duras em menor intensidade. Tecnologias leves, enquanto operado em processos de intervenções no encontro, servindo de mediação de relações, entre o trabalhador e o usuário (trabalho vivo em ato). Tecnologias leve-duras, tomada enquanto saber bem estruturado que sistematiza o trabalho da equipe de enfermagem. As tecnologias duras são percebidas pelo uso de instrumentos materiais do trabalho, tais como: equipamentos, insumos, normas e estrutura física.

Pereira (2001) considera que as diversas tecnologias tratadas pelos autores citados acima não têm hierarquização de valor; a depender da situação todas serão importantes, porém não se deve esquecer que em todas as situações as tecnologias leves precisam estar sendo operadas. É crível que hoje existe uma tendência muito acentuada de falar das tecnologias leves e tende a cristalizar que as outras deixam de ser importantes. Onde, com uma cultura da fragmentação sempre presente, permanece o “pêndulo da saúde”: uma hora supervaloriza a prevenção e outra hora só o tratamento, ou com muitos achando que a tecnologia leve é que resolve tudo e outros tantos se esquecendo ou não dão a mínima importância a tecnologia leve.

No que diz respeito a estrutura metodológica do processo de enfermagem, este é constituído por momentos que envolvem a identificação de problemas, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de intervenções, a implementação das ações planejadas e a avaliação, sendo estruturado em cinco momentos inter-relacionados (Figura 2): investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Esses momentos agregam as ações intelectuais de enfrentar problemas, e oferece uma estrutura na qual os enfermeiros possam usar seus conhecimentos e habilidades para expressar o cuidado integral ao ser humano (WILKINSON, 1992; CARPENITO, 2002; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

É importante ressaltar que o termo “momento”, nesse estudo, é utilizado adotando o sentido matusiano do termo (MATUS, 1993, p. 297), onde nenhum

Figura 2 – O Processo de Enfermagem
Fonte: Adaptado de Santana e Tahara (2008, p. 52)

momento começa ou termina no tempo preciso, nem é necessariamente anterior ao outro, nem fecha ou termina o processo encadeado, bem como, não fica definitivamente para trás, nem se esgota numa só instância, voltando a se repetir outras vezes para, no futuro, transitoriamente dominar. Contrapondo, assim a aceção de fases ou etapas que remonta ao sentido de sequência tradicionalmente encontrado na literatura. Esses momentos podem ser descritos da seguinte forma

No **Momento Investigação** as atividades são concentradas em reunir informação a respeito do usuário (na dimensão individual), e a respeito da família, da comunidade e do sistema de saúde (na dimensão coletiva). Nesse momento é possível reconhecer a presença dos três elementos formadores da tipologia tecnológica que atravessa o processo de trabalho em saúde. Onde as tecnologias leves são representadas por uma relação intercessora entre os sujeitos (trabalhador e usuário) e por uma escuta qualificada, servindo como um momento privilegiado para a mediação de relações que influenciarão o restante do processo. O saber estruturado da enfermagem, indispensável para a identificação das necessidades dos usuários, representa as tecnologias leve-duras. As tecnologias duras são representadas, por exemplo, pelos instrumentos/artefatos necessários para o exame físico, enquanto atividade característica desse momento

O **Momento de Diagnóstico** é caracterizado pelas tecnologias leve-duras próprias do saber da enfermagem. Nele os dados coletados na investigação são criticamente analisados e interpretados e são feitas conclusões no que dizem respeito às necessidades, problemas, interesses e respostas humanas do usuário.

Neste momento, dentro da função assistencial do enfermeiro, o saber estruturado da enfermagem (tecnologias leve-duras) pode ser legitimado pelo uso de tecnologias duras, composta não por recursos materiais como um estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, etc., mas por artefatos intelectuais materializados enquanto produto do trabalho morto, representados pelos sistemas de classificação que padronizam termos representativos e significativos dos fenômenos comuns na prática clínica da enfermagem. Tais como: CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (COMITÉ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007) e NANDA – Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA *International* (NANDA INTERNATIONAL, 2013).

O momento de diagnóstico fornece um enfoque central para os outros momentos, pois são identificados os Diagnósticos de Enfermagem que apontam para

o cuidado de enfermagem de forma independente, como também são identificados os Problemas Colaborativos que direcionam os cuidados colaborativos (cuidado interdependente que integra o objeto deste estudo), ou seja, baseado nos diagnósticos de enfermagem e nos problemas colaborativos, o projeto terapêutico é desenvolvido, implementado e avaliado.

Retomando o exposto no capítulo da introdução, e demonstrado pela Figura 1, é no momento de diagnóstico que aparece o objeto de estudo desta tese ao se identificar um fator de fragmentação do cuidado a partir da descontinuidade da sistematização das ações multidisciplinares que são geradas, formalmente, após a identificação dos problemas interdependentes nesse momento do processo.

No **Momento de Planejamento** as ações são idealizadas para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados no diagnóstico de enfermagem. A partir dos diagnósticos de enfermagem e dos problemas colaborativos, identificados anteriormente no momento de diagnóstico, o enfermeiro se depara com dois fluxos de ações a planejar. O primeiro fluxo se enquadra no núcleo de competência e responsabilidade da enfermagem, onde se planeja os cuidados específicos de enfermagem. O segundo fluxo diz respeito aos cuidados colaborativos, os quais enquadram no campo de competência e responsabilidade da saúde, portanto tem caráter interdisciplinar e deve ser planejado conjuntamente com as outras profissões da área de saúde, ou seja, o planejamento dos cuidados colaborativos precisa ser realizado de maneira interdisciplinar, onde o enfermeiro se desponta como um ator importante para a coordenação do processo de cuidar. Ressaltamos que o usuário do sistema de saúde deve, sempre que possível, participar do processo de planejamento de seus cuidados, independentemente de serem específicos de uma categoria profissional ou colaborativos.

Nesse momento, existe o risco do profissional supervalorizar as tecnologias leve-duras e duras, através das ações instituídas tanto pelo serviço de saúde, como dentro da enfermagem enquanto uma instituição, tais como as normas, rotinas (formais e informais) e protocolos, bem como, dentro da função assistencial do enfermeiro, pelos sistemas de classificação existentes na enfermagem. Tais como: CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (COMITÉ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007), NIC – Nursing Interventions Classification/Classificação das Intervenções de Enfermagem (BULECHEK et al., 2010), NOC – Nursing Outcomes Classification/Classificação dos Resultados de

Enfermagem (MOORHEAD et al., 2010), e CCC – Classificação de Cuidados Clínicos (SABA, 2008).

Para não supervalorizar, no sentido de ficar preso às tecnologias leve-duras e duras, o profissional deve sempre levar em consideração que o processo de enfermagem é fundamentado, também pela criatividade, porque propicia encontrar soluções além do que é tradicionalmente feito (POTTER; PERRY, 2004).

O **Momento de Implementação** é considerado como o início e o fim das ações necessárias para o alcance dos objetivos definidos no momento de planejamento. Envolve a realização interativa das ações pactuadas no momento de planejamento com todos os sujeitos que participam ou que se envolvem no cuidado, ou seja, os cuidados colaborativos podem ser executados por membros da equipe de saúde, pelo usuário, ou por familiares do usuário.

Nesse momento, o enfermeiro continua coletando dados a respeito da condição do usuário e de sua interação com os diversos espaços sociais onde vive, compreendendo que a coleta de dados é uma atividade que não cessa nunca, mesmo que ela se repita com diferentes conteúdos, propósitos, datas, ênfases e em diferentes contextos situacionais. Dessa forma o projeto terapêutico está sempre pronto e sempre sendo feito. Só o conceito de momento permite compreender o significado desta frase aparentemente contraditória (SANTANA; TAHARA, 2008).

Os três elementos da tipologia tecnológica, que atravessa o processo de trabalho em saúde, também são reconhecidos no momento da implementação. Esse momento é um espaço privilegiado para a utilização das tecnologias leves, já que é um momento caracterizado por uma forte interação entre os sujeitos envolvidos no processo, ou seja, entre o(s) trabalhador(es) e usuário(s) e entre os trabalhadores de saúde, sem, no entanto, deixar de ser entremeado pelo saber técnico estruturado da enfermagem e da saúde (tecnologias leve-duras). Da mesma forma, as tecnologias duras se fazem presentes por meio do arsenal de artefatos que permeia o trabalho em saúde, podendo, a depender do modo de produzir o cuidado, haver a predominância da lógica instrumental.

No que diz respeito ao **Momento de Avaliação**, embora, geralmente, seja apontado como o último do processo de enfermagem, está presente em todos os outros momentos do processo. Este momento consiste em um processo contínuo que determina a extensão pela qual os objetivos foram alcançados. Nele os sujeitos,

profissionais de saúde e usuário, avaliam o progresso das atividades realizadas e, se necessário, institui modificações no projeto terapêutico.

Como já foi referido, o processo de enfermagem, deve acontecer em um contexto de processo de trabalho que seja considerado eixo integrador dos diversos serviços de saúde. E pensar em cuidar assim é pensar em integralidade, que se mostra pelo entendimento que os profissionais devem ter do usuário: "sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere" Machado et al. (2007, p 336).

Isso nos faz visitar aos escritos de Bachion et al. (2010, p. 332) que afirma:

Ao agir de modo coordenado e integrado em uma instituição, ou em um cenário de atendimento, surge ainda outro desafio: como unir os esforços com as demais instituições que compõem a cadeia de elos do atendimento em saúde? Estamos falando da referência e contrarreferência. [...] que permite a consolidação de informações acerca do atendimento oferecido em um dos elos do SUS, e permite apontar as demandas ou necessidades de saúde ainda não atendidas, abrindo espaço para as demais instituições para a corresponsabilização.

Por fim, com base em Machado et al. (2007) e Bachion et al. (2010), é possível acreditar que o processo de enfermagem pode ser compreendido como um dispositivo para a conexão dos diversos pontos da rede de serviços de saúde, pensando a integralidade do cuidado de forma estendida no SUS, considerando que o processo de e enfermagem, conforme Alfaro-Lefevre (2005), é fundamental à todas as abordagens de enfermagem, promovendo o cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo. Além disso, estimula os enfermeiros a sucessivamente examinarem o que estão fazendo e estudarem como poderia fazê-lo melhor.

2.5 Integralidade: um princípio teórico para o cuidado colaborativo

As práticas de saúde no Brasil, ao longo da sua história, têm se dicotomizado em desenhos tecnoassistenciais de caráter médico-sanitarista, predominantemente com enfoque coletivo/preventivo, e desenhos tecnoassistenciais de caráter medicalizador, predominando ações de assistência biologicista, curativista, individualista, reducionista, fragmentada e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional de recursos tecnológicos e medicamentosos existentes, gerando, entre

várias consequências, baixa cobertura, pouca resolatividade e insatisfação de usuários (BRASIL, 2000). Assim ocorrendo o estabelecimento da hegemonia das ações de caráter medicalizador em detrimento das ações médico-sanitarista.

A superação dessa dicotomia, entre prevenção e cura, torna-se possível com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), estando sua construção regulada pelo Estado, e doutrinada pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Para sua operacionalização tais princípios são “acompanhados dos preceitos administrativos de regionalização, hierarquização e descentralização político-administrativa, bem como de formas democráticas de gestão e de controle social dos serviços de saúde.” (FRACOLLI; EGRY, 2001, p. 14).

Segundo Antunes e Guedes (2010), a integralidade nos processos assistenciais, no Brasil, pode ser considerada como uma finalidade recente nas políticas públicas de saúde, já que sempre predominou o enfoque curativo, deixando em segundo plano o paradigma histórico-social das doenças.

Essas autoras acrescentam que a discussão da integralidade no sistema de saúde brasileiro começou com um movimento iniciado na década de 1970, conhecido como Movimento Preventivista na Saúde, que debatia, em âmbito nacional a falência do sistema e a piora das condições de vida da população. O Movimento Preventivista foi fundamental para a preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, que foi um marco para as transformações atuais do setor de saúde no Brasil, e cuja finalidade era obter subsídios para contribuir para a reforma do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos que, mais tarde, foram absorvidos na Assembleia Nacional Constituinte.

A partir daí, com a promulgação da Constituição de República Federativa do Brasil (BRASIL, 2012), o seu artigo 196, assegura:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

O artigo 198 abona que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, onde, no inciso II acrescenta: “o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2012).

Derivada da Constituição de 1988, foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2011a). Essa Lei explicita, no inciso II, do artigo 7º, que a “integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, prevendo, então, a integração dos atos preventivos e curativos, individuais e coletivos.

A integralidade se torna, assim em um dos princípios éticos e doutrinários do SUS e determina um conjunto de responsabilidades para os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), com o objetivo de assegurar o acesso às ações e serviços públicos de saúde, por reconhecer que a articulação das ações e dos serviços é necessária para efetivação da integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011b).

Para Pinheiro (2001, p. 65), perante às políticas públicas nacionais, o termo integralidade possui um caráter polissêmico. Para ela, integralidade é...

[...] uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (no plano individual - onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico - onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos são considerados.

Além disso, essa autora, ao distinguir a integralidade em planos individual e sistêmico, descreve-os como diretrizes para viabilizar a integralidade do cuidado e destaca a interação dos atores como mecanismo importante nessa construção.

Por outro lado, Mattos (2001) aprofunda o debate ao discutir um conjunto de sentidos da integralidade:

“O primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática independentemente de ela se dar no âmbito do SUS” (MATTOS, 2001, p. 61), ou seja, valor a ser sustentado e defendido nas práticas policêntrica dos profissionais, redefinição da equipe de saúde e seus processos de trabalho, através de uma clínica ampliada, e encontro interprofissional com o usuário. Considera-se aqui que o policentrismo se baseia na ideia de que a organização do processo de trabalho se

assenta na existência de vários centros de direção ou decisão numa organização, num sistema, com os quais se formará uma rede de profissionais (CARMO, 2008).

“O segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços” (MATTOS, 2001, p. 61). Onde se busca: a articulação de práticas de saúde pública com práticas assistenciais; o acolhimento do usuário, conforme suas necessidades, no ponto de entrada no sistema de saúde, seja qual ele for, evitando a formação de vários pontos de entrada distintos e desarticulados; e, por fim, uma reorganização do processo de trabalho, buscando articulação entre demanda espontânea e demanda organizada.

O terceiro conjunto justapõe-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. Devendo-se elaborar políticas de saúde não reducionistas, que releguem os sujeitos em objetos descontextualizados, integrando e interconectando tanto programas de saúde como políticas de saúde preventivas e assistenciais.

Esses conjuntos de atributos revelam um caráter polissêmico do termo integralidade, que, entretanto percebe-se traços de semelhança, analogias e fios de ligação que articulam todos os sentidos a ele atribuídos.

No seu texto o referido autor pontua que a integralidade pode ser entendida como uma crítica à atitude médica, a partir do referencial da Medicina Integral; como uma crítica à prática dos profissionais de saúde, de modo a produzir ações de saúde para além da atenção individual curativa; como modo de organizar as práticas, ao criticar a separação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, entre ações de saúde coletiva e atenção individual e, também, crítica aos programas verticais; como um modo de organizar o processo de trabalho em saúde, de maneira a otimizar o seu impacto epidemiológico, articular atenção à demanda espontânea com a oferta programada de atenção à saúde; como acesso a diversos níveis de atenção; como construção de políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde e à busca de qualidade de vida, ou seja, integralidade como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas.

Destacamos o sentido da integralidade referente às práticas dos profissionais de saúde, enfocando que a enfermagem, segundo Bachion et al. (2010), tem o seu escopo pautado pela noção de integralidade, que não só atende como extrapola algumas dimensões apresentadas por Mattos (2001), indo...

além da prevenção e da assistência, identifica situações de bem-estar que podem ser melhoradas, apresenta ações voltadas para o indivíduo, a família e a comunidade, assume no foco de suas terminologias a dimensão biopsicossocial e espiritual e integra, a priori, atores (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) para produzir ações de enfermagem. Dispõe de metodologias de atendimento personalizado, individual, grupai e coletivo. Falta ainda garantir isso, de modo geral, na sua práxis (BACHION et al., 2010, p. 333).

No que se refere as metodologias de atendimento, citadas pelas autoras acima, a integralidade do cuidado pode ser percebida nos escritos da enfermeira Liliana Felcher Daniel ao relatar que o processo de enfermagem...

[...] não consiste somente de um *modus operandis* de planejamento específico e direto para o atendimento das necessidades básicas dos indivíduos mas, igualmente, de um sistema amplo e abarcante que engloba, além do estudo do plano assistencial, a situação contextual geral onde esse será desenvolvido. (DANIEL, 1987, p. 83).

Percebe-se, então, que os enfermeiros, em função da sua atuação nos três níveis de complexidade do SUS, devem se engajar na luta pelos valores por ele preconizados, bem como na concretização do princípio da integralidade. É sabido que se trata de um discurso presente, desde a formação do enfermeiro, de que o cuidado deve ser integral, procurando cuidar sempre de modo holístico (ANTUNES; GUEDES, 2010). Dessa forma, segundo esses autores (p. 25), “Inovações no processo de trabalho nas unidades prestadoras de serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade são necessárias, assim como na forma de organização das unidades assistenciais”.

É importante chamar a atenção que, para alcançar a integralidade, não só os enfermeiros, mas todos os profissionais devem refletir e sensibilizar-se de que “a atenção à saúde deve ser totalizadora, humanizada, contextualizada, integral e principalmente deve ser considerada como prioridade tanto pelos profissionais de saúde como pelos gestores” (FONTOURA; MAYER, 2006, p. 535). Para essas autoras, as concepções e as análises das práticas de saúde são frutos de uma construção coletiva, envolvendo motivação pessoal dos profissionais de saúde e iniciativa público privada de órgãos governamentais e não governamentais.

Nesse sentido, segundo Pirolo (2008), para se introduzir no sistema de saúde brasileiro o princípio da integralidade é preciso que todas as esferas de governo deem prioridade a essa premissa, para em seguida, de forma encadeada, o profissional de saúde mudar sua prática. Para isso, esses profissionais precisam desenvolver um

novo olhar para o usuário, para o colega de trabalho e para si mesmo, com a intenção de ir além da realização de atos formais, ou seja, concordando com Antunes e Guedes (2010, p. 23), os profissionais hão de “produzir saberes que fundamentem essa modalidade de se trabalhar em saúde, adotando inovações de se trabalhar em saúde”.

Fora da esfera dos profissionais de saúde e adentrando na esfera da gestão em saúde, Starfield (2002) afirma que a integralidade da atenção à saúde se concretiza por meio da multiplicidade de serviços com capacidade para atender problemas específicos de uma determinada população.

Nessa perspectiva, Mendes (2001) alega que a integralidade tem relação com:

A oferta de serviços, de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção à saúde, por meio de um sistema de gestão da clínica, e a existência de uma população adscrita, cuja saúde é de responsabilidade inequívoca do sistema (MENDES, 2001, p. 72).

Além da disponibilidade estrutural para constituição da rede de serviços de saúde, Cecílio (2001) afirma que a qualidade da atenção deve ser alcançada para que a integralidade se efetive. Para isso, de acordo com Giovanella et al. (2002), são imprescindíveis a gestão do sistema e a organização da rede de serviços, de forma a efetivar a integração e a qualidade da atenção na perspectiva da integralidade. Dessa forma a articulação e colaboração entre gestores é imprescindível para a gestão compartilhada da estrutura dos serviços nos diferentes níveis de atenção.

Esses autores, ao compartilhar algumas experiências sobre avaliação da integração de serviços, esclarecem que o objeto “rede” deve ser interpretado sob duplo significado: primeiro, como estrutura organizacional que existe em função da produção de serviços; e segundo, como dinâmica de atores em permanente renegociação na busca de novas soluções para velhos problemas. Segundo esses autores,

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 331).

Para esses autores a integralidade nunca será plena na dimensão de um serviço singular, e defendem a ideia de que o conceito da integralidade remete ao de integração de serviços por meio da construção de redes assistenciais que reconheçam a interdependência dos atores e organizações, onde o cuidado atravessa inúmeros serviços de saúde para que aconteça de forma plena.

2.6 As Redes de Atenção à Saúde

Diante do objeto de estudo e percebendo que a integralidade organizada para além do hospital só pode ser obtida em rede, na perspectiva do cuidado colaborativo favorecer a integração dos serviços de saúde para a formação de uma rede de cuidados, optou-se por explorar, nos parágrafos seguintes, um entendimento a respeito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), enquanto concretude da colaboração interorganizacional.

O quadro das condições crônicas, fez com que o Brasil, desde a final da década de 1980, após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira, buscasse estratégias para reorganização dos serviços de saúde. Nesse interim, no ano de 2001, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Plano de Reorganização da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com ênfase na rede de atenção primária à saúde que deve atuar por meio de ações integradas intersetoriais e interinstitucionais de promoção, prevenção, detecção e controle a saúde de pessoas diabéticas (CHAZAN; PEREZ, 2008).

A busca por maior integração operacional da atenção à saúde no SUS adquiriu ênfase a partir do Pacto Pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 2010).

Nessa conjuntura, a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das RAS no SUS, é pensada como uma estratégia para

superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

A fundamentação para a implantação das RAS encontra-se no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, além das experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em regiões de saúde de diversos estados (BRASIL, 2010).

Entretanto a proposta de redes de atenção à saúde não é nova, tendo sua origem apontada para o Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês. Este relatório, que ainda hoje surpreende por sua abrangência e profundidade, buscava, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A partir dos anos 90 as redes de atenção à saúde foram revisitadas em função da crise da saúde nos países desenvolvidos e surgiram, então, várias propostas de superação dos sistemas de saúde fragmentados. Recentemente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou documento “propondo as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde prevalecente em seus países-membro” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011, p. 17), cujo documento preliminar dessa publicação serviu de base a resolução de em que as nações da Região das Américas e do Caribe se comprometem a implantar, nos respectivos países, as redes de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

No processo de construção do SUS, o termo rede é muitas vezes utilizado para definir um grupo de serviços semelhantes. Por exemplo, rede básica de saúde é o termo utilizado para definir uma rede homogênea composta de unidades básicas de saúde. O mesmo vale para a rede de saúde mental, a rede hospitalar, etc. Fato que pode, à primeira vista, provocar alguma confusão. No entanto, extrapolando o encapsulamento até então presente, as recentes Redes de Atenção à Saúde, inovam no processo de organização do sistema de saúde ao apresentar-se transversal e acontece pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços,

movimentos e políticas num dado território, ou seja, uma rede heterogênea que pode produzir nas distribuições de poderes e saberes (BRASIL, 2010).

Vários campos de conhecimento, como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia da informação, têm desenvolvido o conceito de rede (MENDES, 2011). Entretanto temos nos norteado pela definição do Ministério da Saúde de RAS encontrada na Portaria 4.279/2010 (BRASIL, 2010, p. 5), a qual a conceitua como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, sendo composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde distribuídos num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde.

O texto desta Portaria traz, ainda, enquanto caráter norteador desse estudo, que a Rede de Atenção à Saúde...

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010, p. 5).

No sentido de “teia”, os serviços e equipamentos de saúde são como os “nós” de uma rede e são denominados como Pontos de Atenção à Saúde que são as unidades funcionais onde se ofertam ações e serviços de saúde para indivíduos e coletividade, igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam, como por exemplo: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, um hospital, entre outros. Em uma mesma unidade de saúde podem existir vários pontos de atenção, como, por exemplo, os hospitais que podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório especializado e serviço de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010).

Entretanto, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Implica em definir como estes serviços se relacionarão, estabelecendo um padrão comunicacional entre as diferentes equipes e os diferentes serviços, em definir os modelos de atenção e de gestão que serão produzidos nestes serviços. Onde a operacionalização da rede se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos, que são: população e região de saúde, estrutura operacional e pelo modelo de atenção à saúde. (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

O **primeiro elemento constitutivo** das redes de atenção à saúde, e sua razão de ser, é uma **População**, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, e a Região de Saúde. A identificação da população em uma RAS marca a atenção à saúde baseada na população, o que é uma característica essencial das redes de atenção à saúde. Essa população é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos – PDRI (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Como **segundo elemento constitutivo** das redes de atenção à saúde temos a **Estrutura Operacional** que é constituída pelos pontos de atenção à saúde das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes pontos. Essa estrutura é composta por cinco componentes, a saber: o ponto de atenção primário e centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários (atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária, respectivamente); os sistemas de apoio (sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência); os sistemas logísticos – conjunto diversificado de ações e atividades de suporte à RAS (o registro eletrônico em saúde, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da rede de atenção à saúde, que é o conjunto de ações e atividades organizadas especificamente para possibilitar tanto a governabilidade da Rede de Atenção à Saúde, incluindo instâncias, processos e instrumentos de gestão, como a Gestão do Cuidado (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

O **terceiro elemento constitutivo** das redes de atenção à saúde é representado pelos **Modelos de Atenção à Saúde**. Estes são....

sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011, p. 209).

Os modelos de atenção à saúde para a implantação da RAS devem provocar uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS (centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas), exigindo uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde os modelos de atenção às condições crônicas são mais complexos e atuam sobre todo o ciclo de uma condição crônica e de forma integral. Assim, envolvem ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde, onde buscam uma atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010, p. 23), chama atenção que o desconhecimento da necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos leva a evolução das condições crônicas. O que induz a acreditar que “um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas”. Em outras palavras, encarar as condições crônicas “por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência”.

Esta portaria alerta, também, para a diferença entre Rede de Atenção à Saúde, que tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, e rede de urgência e emergência que está no papel da APS. “Na rede de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas na Rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos

pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessa Rede” (BRASIL, 2010, p. 23).

A esse respeito, Cecílio (2001) defende a ideia de que são necessários, além de novos fluxos, várias portas de entrada no sistema garantindo a ampliação da captação de usuários. Rompe-se com a ideia da pirâmide para a atenção à saúde, tendo a rede básica como única porta de entrada no sistema de saúde.

Assim, o hospital, ao ser concebido como uma das portas de entrada no sistema, cumpre o papel de prestador de saúde desenvolvendo ações sobre a demanda espontânea, devendo ser idealizado como um “espaço privilegiado para entender fluxos e demandas do ‘cidadão comum’, com seus desejos e necessidades” (CECILIO, 1997, p. 470). Assim, pode ser “visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade que necessita.” (CECÍLIO; MERHY, 2007, p. 202).

Isso nos faz acreditar que o enfermeiro da área hospitalar, “precisa ampliar seu campo de atuação, adotando novas estratégias direcionadas para a melhora da assistência do paciente, a fim de que suas ações se desenvolvam em um contexto capaz de garantir a eficiência e a qualidade de seus serviços” (GONZALES et al., 2003, p. 228).

Nessa perspectiva apontada por Gonzales et al. (2003), entendemos que os princípios do Sistema Único de Saúde, regulamentados pelas Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 2011a; b) são fundamentais para serem incorporados pelos trabalhadores de saúde, e materializados na operacionalização do cuidado, para possibilitar essa ampliação no campo de atuação da produção da saúde. Além dos princípios do SUS, temos atualmente como ordenadora do sistema de saúde brasileiro a Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, os atributos da APS fortalecem ainda mais os princípios do SUS e carregam mais potencialidade para desenvolvermos uma atenção na perspectiva da integralidade do cuidado, portanto aumentando a potência de respondermos a afirmação de Gonzales et al. (2003).

Entre os atributos da APS apresentado por Starfield (2002) destacaremos o da integralidade, a coordenação e a continuidade da atenção como essências para contribuir com práticas comprometidas com o campo de atuação visando a integralidade da atenção.

O princípio da integralidade tratado na APS diz respeito a um conjunto de recursos e arranjos que os profissionais dispõem e/ou acessam para possibilitar atender ao máximo as necessidades apresentadas pelos usuários. Esses recursos não necessariamente precisam estar disponíveis na própria unidade, no entanto podem ser mobilizados fora da unidade em que o usuário vem sendo atendido, ou mesmo fora do setor saúde. Esse conceito para ser materializado no campo da saúde implica em assegurar o encaminhamento para os serviços que compõem os diferentes serviços integrantes do sistema de saúde, como também serviços de internação domiciliar e outros disponíveis de caráter comunitário (STARFIELD, 2002). Nesta perspectiva, a amplitude de variedade dos problemas apresentados e detectados no processo de assistência passam a exigir que os trabalhadores da saúde mobilizem e articulem diversos recursos. A autora destaca que os profissionais precisam desenvolver práticas de atenção procurando ofertar e reconhecer “adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais” (STARFIELD, 2002, p. 63).

Starfield (2002) considera um conhecimento de relevância reconhecer e lidar com problemas sociais, uma vez que a incorporação desta concepção amplia a compreensão do conceito do processo saúde-doença e permite estabelecer relação direta com o ambiente social e reconhecer que este tem forte influência nas causas dos sofrimentos e enfermidades.

As diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil considera que além dessas características atribuídas a integralidade, ainda se faz necessário complementar a prática dos encaminhamentos com o aspecto da responsabilização pelo atendimento nos demais níveis do sistema, ou seja, não basta enviar o usuário com os requisitos exigidos, por exemplo, com a guia de referência, mas além da exigência administrativa o profissional deve se comprometer em estabelecer comunicação que assegure a atenção e ainda monitorar se ocorreu o atendimento eleito como necessário no outro serviço e desta forma a complementaridade e continuidade da atenção se processa (PEREIRA, 2008).

Esta atitude de buscar estabelecer contatos de diferentes formas com o serviço que se encaminha o usuário, também contribui com a possibilidade de maior aproximação entre os diversos serviços do sistema e na construção de redes de atenção.

A integralidade da atenção implica no entendimento de que as necessidades dos usuários precisam ser desvendadas em suas múltiplas dimensões considerando a diversidade e complexidade das mesmas frente às relações materiais de existência dos usuários e, portanto, os profissionais precisam acionar, articular e incorporar diferentes e diversos saberes e recursos para contribuir na resolução ou pelo menos na minimização do sofrimento daquelas pessoas que estão sob nossos cuidados, condição esta pertinente aos cuidados colaborativos.

O princípio da coordenação da atenção expressa o esforço em comum por parte dos profissionais das equipes envolvidas no atendimento das pessoas. Para operar a coordenação é essencial que as informações a respeito dos problemas dos usuários estejam à disposição, entre os profissionais que processarão o atendimento, principalmente informações que podem contribuir para resolver as necessidades do presente momento. Além desta dimensão na prestação da assistência, também reforça a possibilidade de maior integração entre os serviços e assim a construção de um sistema integral e integrado.

A continuidade da atenção é um princípio que se constitui nos mecanismos utilizados para garantir a transferência das informações pertinentes aos problemas apresentados pelos usuários ou detectados pelos profissionais, e ainda as informações relacionadas aos procedimentos e ou outras ações prestadas no processo de atenção vinculadas aos problemas do usuário. Este princípio é considerado um elemento estrutural para a viabilidade da coordenação (STARFIELD, 2002).

Apesar dos incontáveis avanços produzidos na organização de nosso sistema de saúde, há indícios que a implantação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil tenha sido menos vigorosa. Esta situação, aliada a necessidade organizar uma rede de atenção, configura-se como ponto de partida do processo de investigação de campo que este projeto contempla.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa se caracteriza por uma investigação qualitativa, do tipo estudo de caso, com abordagem de pesquisa colaborativa por meio da pesquisa-ação.

O estudo de caso, segundo Yin (2005, p. 32), é utilizado quando se pretende investigar “um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Esse autor acrescenta que no estudo de caso as questões da pesquisa centram-se no “como” ou no “porquê”, a estratégia de pesquisa é abrangente, recorrendo a várias fontes de evidência e a diversas triangulações de dados, além de ser um tipo de estudo que consiste em esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões tomadas, implementadas e seus resultados.

De acordo com Gil (1999, p. 72) um estudo de caso “é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”, onde o pesquisador busca “apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto” (MARTINS, 2006, p. xi).

Com a investigação qualitativa, segundo Demo (2008), é possível buscar o significado profundo do objeto estudado, permitindo uma melhor compreensão daquilo que se pretende pesquisar. Quando planejada como sendo uma iniciativa mais abrangente e multidimensional e para satisfazer os aspectos qualitativos dos dados encontrados, pode conter uma variedade de procedimentos metodológicos e de concepções que estão sendo desenvolvidas nos últimos tempos; onde o modo pelo qual os dados são coletados, é realizado através da comunicação entre os sujeitos pesquisados, tendo a interpretação como forma de tratamento dos achados.

Devido a pesquisa qualitativa buscar explicar um fenômeno social, e não apenas compreendê-lo, é necessário haver um contato interno e convivência com a realidade na qual se insere tal fenômeno (DEMO, 2008).

3.1.1 A opção pela pesquisa-ação

Considerando que a investigação qualitativa parte do pressuposto que a teoria e a prática são indissociáveis, Lessa (1997, p. 47) reforça que a construção da teoria científica deve levar em consideração que, “na verdade, todo trabalho contém em si uma ação sobre o conhecido e um salto para o desconhecido”. Nesta acepção, o processo de pesquisa-ação reúne o pensamento e a ação de uma ou mais pessoas, no esforço da elaboração de conhecimentos sobre aspectos da realidade (MINAYO, 2013).

Neste sentido, a abordagem da pesquisa-ação, conforme Thiollent (2011), supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro, onde os pesquisadores buscam desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados.

A opção pela pesquisa-ação foi alentada pelo entendimento de que esta tem um caráter colaborativo e, dessa forma, reforça um alinhamento com o objeto de estudo dessa tese. Neste estudo, assumimos a definição de que toda pesquisa-ação é essencialmente uma pesquisa colaborativa (MIZUKAMI, 2003; FRANCO, 2005; PIMENTA, 2005; MOLINA, 2007; THIOLENT, 2009; THIOLENT, 2011; CHACON, 2014), sem, no entanto alterar a nomenclatura de pesquisa-ação.

A pesquisa-ação, de acordo com Macke (2010), é uma estratégia de condução de pesquisa aplicada de natureza participativa e reflexiva, uma concepção de pesquisa que utiliza a colaboração para promover os processos de mudança, na qual acontece um engajamento dos participantes onde, por meio de um processo colaborativo de transformação social, eles aprendem e mudam suas formas de engajamento. É uma pesquisa aplicada porque se preocupa com a identificação de problemas, elaboração de diagnósticos e a solução dos mesmos, tendo como verdadeiro diferencial sobre outros métodos de pesquisa o fato de estar na dimensão coletiva, participativa, colaborativa ou cooperativa, criando um espaço de interlocução entre os atores (THIOLENT, 2009), exigindo...

conhecimentos, métodos e técnicas que são bastante diferentes dos recursos intelectuais mobilizados em pesquisa básica. Em particular, são exigidas maiores habilidades de comunicação e trato com pessoas e grupos (THIOLENT, 2009, p. 37).

De acordo com David Tripp (TRIPP, 2005), a pesquisa-ação constitui-se como um dos tipos de investigação-ação. Sendo este um termo genérico para explicar qualquer processo que siga um ciclo de aprimoramento da prática pela oscilação sistemática entre a ação, no campo da prática, e a investigação a respeito dela. Na pesquisa-ação a solução de problemas tem início com identificação das dificuldades encontradas, seguido pelo planejamento de uma saída, sua implementação, seu monitoramento e a avaliação de sua eficácia.

Com base em Thiollent (2011) podemos considerar que o planejamento de uma pesquisa-ação é dotado de flexibilidade considerável. Contrariamente a outros paradigmas, ele não segue uma série de fases ordenadas de forma rígida. Este autor, embora apresentando um roteiro para a operacionalização da pesquisa-ação, prefere apresentar um ponto de partida (fase exploratória) e o ponto de chegada (divulgação dos resultados), sabendo que os temas intermediários estão em constante vaivém, havendo uma variedade de caminhos metodológicos a serem escolhidos em função das circunstâncias.

A estrutura da pesquisa, para esse estudo, seguindo os preceitos do enfoque da pesquisa-ação, foi elaborada em duas fases: uma *fase acadêmica* e uma *fase de campo* (Figura 3), explicados nas duas seções adjacentes.

Figura 3 – As fases da pesquisa-ação para o estudo

3.1.1.1 A Fase Acadêmica da pesquisa-ação

A fase acadêmica consiste no cumprimento das exigências da universidade e do programa de pós-graduação. Esta fase aconteceu em dois estágios: um estágio anterior e outro posterior aos trabalhos de campo.

No estágio pré-campo, houve, de uma forma geral, a elaboração da proposta genérica de pesquisa-ação atendendo às exigências da academia para qualificação do projeto de pesquisa e tramitação no Comitê de Ética em Pesquisa - CEP. Onde definiu-se que a pesquisa-ação seria organizada de forma cíclica e estruturada em cinco momentos: INVESTIGAÇÃO, DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO e AVALIAÇÃO (Figura 4) (DICK, 1993; KOCK JR. et al., 1997; WATERMAN, 2001; BORGES et al., 2003; DICK, 2003b; DICK, 2003a; HADLEY, 2004; MORIN, 2004; TRIPP, 2005; MCNIFF; WHITEHEAD, 2006; BARBIER, 2007; DIONNE, 2007; NORTON, 2009; WILLIAMSON et al., 2012).

Figura 4 – O ciclo de pesquisa-ação

Considerando o conceito de momento (MATUS, 1993), abordado anteriormente, ressalta-se que a ordem de apresentação dos seus momentos não representa uma linearidade sequencial.

No **Momento de Investigação**, segundo a proposta genérica da fase acadêmica, acontece a exploração do cenário de estudo e é assegurado a colaboração dos participantes implicados na pesquisa-ação, seguido de identificação e explicação da situação para oportunizar as ações (KOCK JR. et al., 1997), ou seja, busca desvendar o cenário de estudo, os interessados e suas expectativas, equivalendo, assim, à fase exploratória de pesquisa, como prefere Thiollent (2009; 2011).

Cabe ao **Momento de Diagnóstico**, complementar o momento de investigação, buscando a compreensão da problemática do cenário de estudo e envolver a demarcação de um problema concreto, culminando com a descrição dessa problemática situacional com vista à pesquisa e à ação, sendo este um momento chave para não isolar a pesquisa da ação, nem a ação da pesquisa (DIONNE, 2007).

O **Momento de Planejamento** acontece em dois estágios. O primeiro estágio é denominado de *Planejamento Inicial*, onde ocorre o detalhamento da pesquisa, culminando com o desenho definitivo da pesquisa-ação. Esse planejamento inicial demarcou o começo do processo de pesquisa. O segundo estágio, denominado de *Planejamento Processual*, compreende a discussão das hipóteses de solução, a formulação de um plano de ação para a intervenção para atingir o problema demarcado no momento de diagnóstico, como também o planejamento da avaliação da intervenção (KOCK JR. et al., 1997; O'BRIEN, 2003; RICHARDSON, 2003; DIONNE, 2007). Dessa forma, o momento de planejamento abrange tanto a mudança na prática quanto a avaliação dos efeitos da mudança da prática.

O **Momento de Implementação**, tem como atividade principal efetivar a investigação e o plano de intervenção, além de documentar a execução das ações. Ele tem a característica de envolver todos os outros momentos do processo de pesquisa-ação, ou seja, na implementação é feita a coleta de dados (momento de investigação), acompanhada da descrição da problemática (momento de diagnóstico), seguida pelas intervenções necessárias (momento de planejamento) e dos critérios para a avaliação da intervenção (momento de avaliação) (GRABAUSKA et al., 2003; RICHARDSON, 2003; SANTANA; SILVA, 2009).

No **Momento Avaliação** ocorre o estudo dos resultados alcançados após as ações implementadas. Nele é feita a análise dos dados e uma reflexão sobre os resultados obtidos. Será o momento de debruçar sobre os dados coletados, desde o momento de investigação até a prática documentada no momento de implementação (GRABAUSKA et al., 2003), para se consumir a construção dos conhecimentos adquiridos com a pesquisa, que culminará com a confecção de relatório com as mesmas formalidades dos outros tipos de pesquisa, bem como com a difusão dos resultados em periódicos científicos, eventos, congressos, conferências, etc. (GIL, 2010).

No estágio pós-campo, houve a entrega do relatório final da pesquisa, em atenção às “Diretrizes para apresentação de teses da USP” (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2009) e em cumprimento as exigências básicas para a obtenção da titulação acadêmica almejado.

3.1.1.2 A Fase de Campo da pesquisa-ação

A continuidade da elaboração do projeto de pesquisa-ação durante o início dos trabalhos no cenário de estudo se justifica pelo fato de que todo projeto de pesquisa-ação pressupor uma forte interação com atores sociais (participantes e pesquisadores) e se desenrolar em uma aliança de atores implicados na transformação de uma situação particular. Essa parceria entre os atores é concretizada a partir da determinação do assunto a ser pesquisado e seu desdobramento, em um processo constante de discussão com os participantes (EL ANDALOUSSI, 2004; DIONNE, 2007; THIOLENT, 2011).

Dionne (2007, p. 51) acrescenta que a pertinência do objeto de pesquisa não é construída isoladamente pelo pesquisador, mas se apresenta como resultado de discussões e debates com os parceiros sociais da pesquisa”. Dessa forma, cada parceiro é, ao mesmo tempo, pesquisador e ator na resolução de problemas (EL ANDALOUSSI, 2004).

Esse raciocínio é finalizado pelos escritos de El Andaloussi (2004, p. 137), ao afirma que...

A escolha do assunto, os métodos e as hipóteses que o pesquisador elabora no início só podem compor um anteprojeto que, uma vez negociado com os atores, pode tomar um rumo bem diferente. O processo da pesquisa-ação

não deve ser concebido em um universo fechado, parametrizável e definível do início ao fim da experiência. O papel do pesquisador consiste em assegurar a abertura da pesquisa-ação não só dentro do respeito aos valores éticos, como também dentro do contexto e dos ritmos próprios a cada parceiro, com o intuito de permitir a participação de todos e a emancipação de cada um.

Segundo esse autor, esses postulados são atualmente mais aceitos em função da propagação dos “trabalhos em parceria”, conjuntura onde se percebe um intercâmbio permanente, confronto de pontos de vista e realização de ações comuns, buscando atingir interesses comuns. Em tal situação é possível perceber uma generalização, na comunidade e na academia, de trabalhos cooperativos, associativos, colaborativos, etc., nos quais se busca atingir interesses comuns.

Partindo dessas considerações, e entendendo os marcos conceituais do cuidado colaborativo, onde existe a articulação do conjunto de atores sociais, identificamos a existência de um alinhamento entre o método da pesquisa-ação e o objeto de estudo desta pesquisa.

Dessa forma, na fase de campo, houve a aproximação com o cenário da pesquisa e os possíveis sujeitos colaboradores, acompanhado de estabelecimento de parceria para a pesquisa-ação. Em seguida houve a apresentação e discussão, entre os participantes, da proposta aprovada na fase acadêmica e efetuado o detalhamento do modelo para a pesquisa-ação, finalizando, assim o desenho definitivo da pesquisa-ação.

Por ser fruto do trabalho de campo e este se caracterizar pela coleta de dados, esta fase da pesquisa é apresentada em um capítulo próprio, Capítulo 4 – “O desenho da pesquisa-ação na fase de campo”. No referido capítulo encontra-se o detalhamento da pesquisa e seu embasamento teórico.

3.2 O cenário de estudo

Esta pesquisa possui um cenário interinstitucional, constituído por três instituições: a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), representada pelo Núcleo Jovem Bom de Vida (JBV); A Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, representada pelo Hospital Manoel Novaes (HMN), no município de Itabuna-BA; e a Prefeitura Municipal de Itabuna, representada pela Secretaria Municipal de Saúde

(SMS) e Fundação Marimbeta. Compondo, respectivamente, uma tríade que envolve Universidade, Serviço Hospitalar e Município. Embora cada um dos elementos dessa tríade tenha uma especificidade no seu processo de trabalho – a Universidade com o ensino, pesquisa e extensão e os serviços com a assistência –, para esta pesquisa tiveram como compromisso a interface: assistência, pesquisa e ensino, tendo a extensão como meio integrador desses elementos.

O Núcleo Jovem Bom de Vida (Figura 5), neste estudo, se constituiu como alicerce dessa tríade pois, foi através dele que houve a articulação entre a extensão, a pesquisa, o ensino e entre as outras duas instituições complementares deste cenário de estudo.

3.2.1 Apresentando o Núcleo Jovem Bom de Vida

O referido projeto faz parte do rol de projetos de extensão vinculados ao Departamento de Ciências da Saúde da UESC (DCS) e contou com a realização desta

Figura 5 – Estrutura do Núcleo Jovem Bom de Vida - JBV

Fonte: Bitencourt et al. (2013, p. 14)

pesquisa-ação para implantar e implementar uma nova linha de ação: “Teia do Adolescer: Ações Integradas de Cuidado ao Adolescente”. Essa linha de ação tem como objetivo organizar uma rede de atenção à saúde do adolescente. Por considerar este objetivo bastante amplo e requerer um prazo superior ao cronograma desta pesquisa, os trabalhos desta pesquisa-ação se concentraram na implantação e organização das atividades da linha Teia do Adolescer a partir da área hospitalar.

Institucionalizado desde 1998, através da tramitação no Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) e registro na Pró-Reitoria de Extensão da UESC (PROEX), o Jovem Bom de Vida, está cadastrado na Rede Nacional de Extensão (RENEX) e na Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), tem como objetivo desenvolver a atenção à saúde do adolescente, no âmbito extensionista, articulando, assim, ensino, pesquisa e extensão (BARRETO et al., 2009; BITENCOURT et al., 2011), buscando impulsionar a operacionalização nas políticas públicas de atenção à saúde do adolescente na área de abrangência da UESC (BITENCOURT et al., 2013).

A partir do ano de 2007, o JBV tem se articulado com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, através das 6ª, 7ª e 14ª Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), conferindo o seu reconhecimento como referência em saúde do adolescente na região (OLIVEIRA et al., 2009).

Atualmente, conforme Bitencourt et al. (2011), as suas ações estão organizadas em Linhas de Ação, compatíveis com linhas de pesquisa, no intuito de estimular e subsidiar a produção científica. Nesta perspectiva estão assim distribuídas:

- **Saúde do Escolar:** desenvolve ações de atenção integral à saúde do adolescente utilizando a escola como espaço estratégico, a partir das políticas públicas voltadas para a adolescência;
- **Jovem Socorrista:** Promove a vivência cidadã dos adolescentes, através do socorrismo;
- **Bom de jovem:** Desenvolve os processos educativos junto à comunidade atendendo, especialmente, as demandas espontâneas e privilegiando o protagonismo juvenil;
- **Comunicação em Ação:** Espaços de processos comunicativos que proporcionem ao adolescente interação social e desenvolvimento de projetos de vida, com vista à redução de vulnerabilidades.

A linha de ação Saúde do Escolar do JBV foi implantada em 2007 (OLIVEIRA et al., 2009) e procura desenvolver as suas atividades a partir dos pressupostos das políticas públicas de atenção à saúde do adolescente. Esta linha, até então, tem funcionado como piloto para análise de estratégias de viabilização dessas políticas. Desenvolvendo suas atividades através da participação da jornada pedagógica das escolas acompanhadas, realização de consultas hebiátricas de enfermagem, atividades educativas, participação de reuniões entre pais/responsáveis e a equipe escolar e visita domiciliar, uma vez que se percebe como um laboratório social onde experimenta-se estratégias de viabilização políticas supracitadas (BITENCOURT et al., 2011).

Desde a implantação dessa linha de ação, a produção do cuidado ao adolescente acontece no espaço escolar, no entanto em função da busca pela integralidade da atenção à saúde do adolescente, com vistas a compreendê-lo não apenas no âmbito preventivo (como até então tem acontecido no espaço escolar) mas, também, durante o seu processo de inserção no sistema de saúde, a equipe do JBV decidiu expandir o campo de atuação para a área hospitalar, ponderando o hospital, também, enquanto espaço estratégico para viabilização das políticas públicas de atenção à saúde do adolescente e sua família, ao considerar esta instituição como uma porta de entrada distinta para o sistema de saúde, como apontado por Cecilio (1997).

A idéia de sistematizar o cuidado ao adolescente no âmbito hospitalar vem proporcionar ao mesmo condição de uma assistência que lhe permita receber uma atenção integral. Considera-se, aqui, que a produção do cuidado ao adolescente internado requer articulação interdisciplinar intra e interorganizacional, ou seja, que além do cuidado ao adolescente envolver relacionamentos colaborativos com profissionais de diversas disciplinas da área de saúde dentro do próprio âmbito hospitalar, envolve, também, fluxos colaborativos com os demais pontos da rede de atenção à saúde a partir da integralidade agenciada para além do hospital, aproveitando este como ponto de inserção do adolescente no sistema de saúde.

O JBV, com implantação da linha de ação Teia do Adolecer, tem a intenção de contribuir para a assistência ao adolescente no âmbito hospitalar das principais cidades inseridas na área de abrangência da UESC. No entanto, optou-se pela implantação em um hospital que servisse como piloto para os demais.

Figura 6 – O Hospital Manoel Novaes
Fonte: Santa Casa de Misericórdia de Itabuna (2011)

3.2.2 Apresentando o Hospital Manoel Novaes

Foi escolhido o Hospital Manoel Novaes (Figura 6), em Itabuna, município localizado na região Sul da Bahia como campo de atuação do JBV, através da implantação e implementação da linha de ação Teia do Adolecer: Ações Integradas de Cuidado ao Adolescente, numa situação que foi bastante propícia para a realização da pesquisa-ação proposta nesse estudo.

O referido hospital pertence à Santa Casa de Misericórdia de Itabuna (SCMI), que é uma Instituição filantrópica composta por três hospitais (Hospital Calixto Midlej Filho, Hospital Manoel Novaes e Hospital São Lucas) um Hemocentro, um Centro de Radioterapia, um Centro de Radiologia, um Centro de Diálise, uma Escola de Técnica em Saúde, um Laboratório de Análises Clínicas, um Centro de Diagnósticos Especializados, um cemitério e Plano Próprio de Saúde – PLANSUL.

A ideia de construção da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, surgiu em 1916, quando, em casa do Monsenhor Moyses Gonçalves do Couto, que mais tarde seria o seu provedor, reuniram-se 30 senhores da comunidade para discutir sobre os problemas de saúde da população carente, frente ao crescimento populacional de Itabuna que, naquela época, já passava de trinta mil pessoas. A condição de

saneamento precária favorecia o aparecimento de epidemias e a manutenção de endemias, apresentando alta taxa de morbidade e mortalidade (MACEDO, s/d).

Tal quadro culminou com a inauguração do primeiro hospital da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna em 7 de setembro de 1922, com o nome de Hospital Santa Cruz, ocasião do primeiro centenário da Independência do Brasil. Em 29 de junho de 1953, é inaugurado o Hospital Manoel Novaes para o atendimento em saúde da mulher e da criança (MACEDO, s/d).

Atualmente, o referido hospital, possui caráter filantrópico, reconhecida de Utilidade Pública com registro no Conselho Nacional de Assistência Social, atende ao Sistema Único de Saúde e a diversos outros convênios, destina-se a atenção à saúde da mulher e à criança, atendendo em regime eletivo e de urgência. É um hospital de médio porte, com 133 leitos, dos quais 93 são destinados ao SUS, possui em seu quadro 37 enfermeiros que atuam executando atividades de caráter gerencial, assistencial e educativo, bem como 22 Auxiliares de Enfermagem e 184 Técnicos de Enfermagem.

O HMN funciona como um dos principais hospitais de ensino da região, onde os docentes e discentes dos Cursos de Enfermagem e Medicina da UESC realizam suas práticas e estágios curriculares, contando, também com um Programa de Residência Médica. Além atender as demandas de ensino prático de diversas instituições de ensino superior de caráter privado, em cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Serviço Social, e das Escolas Técnicas de Itabuna em cursos Técnico de Enfermagem e Técnico de Nutrição.

Em 1995, o HMN foi contemplado com o título de “Hospital Amigo da Criança”, em reconhecimento ao trabalho que desenvolve, promovendo ações de humanização de assistência materno-infantil, com ênfase no programa de incentivo ao aleitamento materno e atividades de coleta, processamento e distribuição do leite humano, através do Banco de Leite. Mantendo essa linha de atuação, essa unidade hospitalar foi indicada para receber o Prêmio Bibi Voguel, após avaliação do Ministério da Saúde em 2005. É integrante em nível terciário do Sistema Estadual de Referência para Atendimento a Gestante e Recém-nascido de Alto Risco, tendo aderido ao Programa de Humanização da Assistência Pré-natal de alto risco (PHPN), contemplado na Portaria do Ministério da Saúde nº 912 de 19/11/2002 (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA, 2011).

Desde o ano de 2002, é integrante em nível terciário do Sistema Estadual de Referência para Atendimento a Gestante e Recém-nascido de Alto Risco, tendo aderido ao Programa de Humanização da Assistência Pré-natal de alto risco (PHPN), Portaria nº 912 de 19/11/2002.

Por ser um hospital especializado voltado para a clientela materno/infantil, o HMN realiza atendimentos através das Unidades de: Internamento; UTI Neonatal; Emergência; Ambulatório; Radiologia; Ultrassonografia; Mamografia; Tomografia Computadorizada; Banco de Leite Humano; Programas Sociais; Unidade Semi-Intensiva Neonatal; Unidade de Tratamento Especial (U.T.E.); Unidade de Emergência Pediátrica; Unidade de Emergência Ginecológica e Obstétrica; UNACON com Radioterapia; Ambulatório de Gineco/Obstetrícia, Pediatria, Ortodontia, Oncologia Clínica e Cirúrgica, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cabeça e pescoço e Banco de Leite Humano (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA, 2011).

Além disso, segundo a mesma fonte, conta com os seguintes Programas Sociais: Mãe Acompanhante, Brinquedoteca, Assistência ao Adolescente, Aleitamento Materno, Planejamento Familiar, Pré-Natal de Alto Risco e Climatério.

Este hospital, devido credibilidade dos serviços oferecidos ao longo dos anos, é uma referência municipal e regional, visto que recebe pacientes encaminhados de outros municípios, atendendo a uma população flutuante que abrange uma área que vai do norte de Minas Gerais e do Espírito Santo até próximo a Salvador (cerca de 2.000.000 de habitantes), em sua maioria pertencente às regiões do Sul, Extremo-Sul e Sudoeste do Estado (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA, 2011).

3.2.3 Apresentando a Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna

Integrando o cenário de estudo, ao considerar que a produção do cuidado ao adolescente internado requer, também, articulação interorganizacional, tivemos a participação da Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna, representada por profissionais pertencentes ao seu quadro de recursos humanos

A referida cidade, hoje chamada Itabuna já foi um simples povoado para pouso de tropeiros, depois, Vila de Tabocas. Em 28 de julho de 1910, a vila foi elevada à categoria de cidade ocasião em que foi confirmado o atual nome da cidade (ROCHA, 2010; FOGUEIRA et al., 2011).

Itabuna é um importante entreposto comercial do estado, situada na mesorregião econômica Litoral Sul da Bahia (Figura 7), às margens da BR-101 e BR-415 e do Rio Cachoeira, cuja extensão é de 110 km, e uma média de 40m de largura. Possui uma extensão territorial de 444,8 Km² e está afastada, cerca de 429 km, da capital Salvador por via rodoviária (ITABUNA, 2013). A economia do município baseia-se no comércio, agricultura, pecuária, indústria, e serviços. Possuidora de uma grande rede de prestadores de serviços, Itabuna se consolidou, principalmente, como polo de saúde, de educação e turismo de serviços.

Itabuna, com uma população de 205.286 habitantes, integra a 7ª Região Administrativa de saúde. Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado da Bahia, situa-se na Macrorregião de Saúde Sul, Microrregião Itabuna, que abrange 21 municípios com um total de 502.561 habitantes, sendo referência da macrorregião, microrregião e sede da 7ª DIRES. Possui quarenta e quatro bairros, cinquenta e sete loteamentos e dois distritos (Itamaracá e Mutuns) localizados na zona rural.

Com relação ao Sistema de Saúde o município se encontra habilitado como Gestão Plena do Sistema Municipal. Apresenta 43,60% de cobertura da atenção básica, com 22 Equipes de Saúde da Família implantadas, 12 Equipes de Saúde Bucal

Figura 7 – Mapa de localização do município de Itabuna
Fonte: Xavier e Almeida (2014)

implantadas , 432 Agentes Comunitários de Saúde, 10 Unidades Básicas de Saúde, 18 Unidades Especializadas de Saúde, 01 Hospital Público Municipal e 5 Hospitais Privados (ITABUNA, 2013).

Sua rede de saúde é organizada por um sistema modularizado de unidades de saúde de diferentes níveis de densidade tecnológica de atenção, obedecendo aos critérios de adscrição de clientela, regionalização e hierarquização. Desse modo, a organização do sistema local de saúde está dividida em quatro módulos, e em cada um deste, há um centro de saúde de referência.

3.2.4 Apresentando a Fundação Marimbeta e o Programa Viv-À-rte

Completando o cenário de estudo, e também representando a Prefeitura Municipal de Itabuna, temos a Fundação Marimbeta – Sítios de Integração da Criança e do Adolescente (FMSICA) (Figura 8). Esta é uma organização governamental, dotada de autonomia administrativa, financeira, sem fins lucrativos, com patrimônio próprio e vinculada à Secretaria de Educação e Cultura do Município de Itabuna, instituída pela Lei Municipal nº 1387 de 30/11/1987. Quando foi fundada tinha a denominação de Fundação Sítio do Menor Trabalhador de Itabuna, no entanto em atenção à nova legislação a respeito da criança e do adolescente, teve a nomenclatura

Figura 8 – Fundação Marimbeta – Sítios de Integração da Criança e do Adolescente
Fonte: Fundação Marimbeta (2013)

modificada para a vigente, por meio das pelas Leis Municipais nº 1841 de 27/12/2001 e nº 1.958 de 16/12/2004 (ITABUNA, 2004a).

A Fundação Marimbeta, inspirada nos princípios de solidariedade humana vinculada à prática social, tem por finalidade elaborar e executar as políticas municipais na criação de condições favoráveis à promoção da cidadania, dos direitos básicos da criança e do adolescente, da educação complementar e formação para o trabalho de crianças e adolescentes, priorizando as oriundas das classes populares e em situação de risco pessoal e social, para as quais oportuniza-se o desenvolvimento de suas potencialidades, através de atividades socioeducativas, artísticas-culturais, ecológicas, desportivas e profissionalizantes, no turno oposto à escola (ITABUNA, 2004b), competindo-lhe:

- I - Promover a integração da criança e do adolescente por ela atendidas à rede pública escolar quando estiverem fora da escola e ou em programas específicos educacionais e sociais se necessário.
- II - Defender os direitos básicos da criança e do adolescente, inclusive encaminhando-as aos órgãos competentes para atendimento.
- III - Estimular o desenvolvimento de crianças e adolescentes através de atividades socioeducativas e complementares, no turno oposto que a criança/adolescente estuda.
- IV - Proporcionar meios para a integração dos adolescentes atendidos com idade entre 14 a 18 anos incompletos à vida econômica e social da comunidade e complementação da renda familiar através da educação para o mercado de trabalho, estágios e 1º emprego e preparação de formação profissional (ITABUNA, 2004a, p. 1).

Atendendo a finalidade elaborar e executar políticas públicas municipais voltadas para a criança e ao adolescente, a Fundação Marimbeta criou o Programa Viv-À-rte - Núcleos de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (Figura 9).

O referido programa foi criado com a missão de oferecer às crianças e aos adolescentes do município de Itabuna, atenção integral nos seus múltiplos aspectos biopsicossocial, empoderando-os para elaboração de projetos de vida saudáveis, em prol do fortalecimento de uma cultura de paz, enquanto estratégia do programa Itabuna Uma Cidade de Paz⁸, atuando prioritariamente nas áreas de arte, cidadania, cultura, esporte, saúde, educação, ação social e geração de renda com o total de até 200 bolsas de auxílio, tendo assessoria, consultoria e acompanhamento direto da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, através do “**Núcleo Jovem Bom de**

⁸O programa, que agrega outros 25 projetos acessórios, se caracteriza pelo enfrentamento da vulnerabilidade e risco social e visa preparar Itabuna para os próximos vinte anos (ITABUNA, 2013b).

Figura 9 – Logomarca do Programa Viv-À-rte - Núcleos de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
Fonte: Programa Viv-À-rte (ITABUNA, 2014)

Vida”, vinculado ao Departamento de Ciências da Saúde da referida instituição (ITABUNA, 2013a).

Por meio do Viv-À-rte a Prefeitura de Itabuna, busca minimizar o índice de exposição dos jovens à violência, criminalidade, drogas e prostituição; oferecer às crianças e aos adolescentes do município um atendimento integral de caráter transversal- saúde, educação, esporte, arte e lazer; favorecer o despertar da autoestima, resiliência e protagonismo entre os sujeitos envolvidos; estimular a construção de projetos de vida saudáveis, sólidos e solidários entre o público ora em foco; oportunizar compreensão e uso da arte e do esporte enquanto mecanismos de transformação e inclusão social; estimular efetivação de rede transversal de atenção ao adolescente; identificar e encaminhar novos talentos, oportunizando a profissionalização destes; bem como efetivar o anseio da gestão municipal de oferecer aos jovens do município de Itabuna uma vida com qualidade e possibilidades de pleno desenvolvimento (ITABUNA, 2013a).

O Viv-À-rte é operado por meio de educadores sociais que trabalham com arte, esporte e cidadania em áreas de vulnerabilidade, bem como de técnicos coordenadores e supervisores, compondo equipes multiprofissionais para atuarem em quatro núcleos de atenção integral (Núcleos Viv-À-rte), enquanto polos de excelência em atenção à criança e ao adolescente e fomento de práticas transversais de arte, cultura, esporte, lazer, saúde e educação, no município de Itabuna (ITABUNA, 2013a).

3.3 Os colaboradores do estudo

A seleção dos atores sociais que colaboraram com o estudo foi baseada no reconhecimento de que, na pesquisa-ação, os atores sociais em situação devem estar envolvidos com o processo de pesquisa.

Foram considerados aptos a se tornarem colaboradores do estudo, os docentes extensionistas e os discentes bolsistas de Iniciação à Extensão e de Iniciação ao Ensino do Jovem Bom de Vida, representando a UESC; profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna e da Fundação Marimbeta, representando a Prefeitura Municipal de Itabuna; e enfermeiros do Hospital Manoel Novaes, representando a Santa Casa de Misericórdia de Itabuna.

Para esta pesquisa foi estabelecida, também, uma parceria com o Projeto de Extensão processo de enfermagem: metodologias e estratégias de ensino-aprendizagem (PROCENF). Esta parceria se caracterizou como assessoria ao Projeto Jovem Bom de Vida na organização do processo de trabalho da linha de ação Teia do Adolescer, através da sistematização das ações de enfermagem (educativas, assistenciais, administrativas e de pesquisa), do projeto de extensão.

Dessa forma, para compor a equipe de pesquisa-ação, foram convidados docentes e discentes do JBV (bolsistas de Iniciação ao Ensino e bolsistas de Iniciação à Extensão), docentes integrantes do PROCENF, enfermeiros do Hospital Manoel Novaes e, por fim, profissionais de saúde da SMS de Itabuna. Para a seleção dos profissionais do HMN e da SMS foi estabelecido o critério de priorizar os profissionais que possuíam cargos de gestão e de educação, como forma de potencializar a tomada de decisão e disseminação das atividades da pesquisa-ação nas instituições representadas.

Após solicitação, por parte Fundação Marimbeta, de parceria com a UESC para colaborar com o programa Viv-À-rte, bem como a constatação de alinhamento entre os objetos de trabalho e estudo da a pesquisa-ação proposta para implantação do Teias do Adolescer e do Viv-À-rte, dois enfermeiros da Fundação Marimbeta, compuseram a equipe de colaboradores desta pesquisa-ação.

O quantitativo representou a disponibilidade e aceitabilidade destes em colaborarem com pesquisa e após a formalização com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 466/2013 do Conselho

Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). No entanto, foi garantido uma representatividade tanto da academia como do serviço nas reuniões do grupo de discussão.

Assim, tivemos, além do pesquisador responsável por este estudo, o total de dezoito colaboradores compondo a equipe de pesquisa (Tabela 1).

A UESC foi representada por cinco docentes, sendo quatro pertencentes ao quadro do JBV e um do PROCENF, entre os quais professores das áreas de saúde do adolescente, saúde da mulher, gestão em saúde coletiva.

Do Hospital Manoel Novaes tivemos a participação de seis profissionais, destes, cinco eram enfermeiras e ocupam cargos variados (diretivos, educativos e assistenciais) e uma exercia a função de técnica de enfermagem e que, também, tem a graduação em Serviço Social.

A Prefeitura Municipal de Itabuna foi representada por sete profissionais, dos quais cinco são enfermeiras, uma assistente social e uma pedagoga, todas ocupavam cargos de gestão na SMS (Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde do Escolar, Educação Permanente). Duas das cinco enfermeiras da prefeitura, representavam a Fundação Marimbeta e tinha uma peculiaridade: além de formação em enfermagem, também tinham formação em outras áreas, uma em medicina veterinária e outra em balé, esta última com experiência no ensino do balé e em gestão cultural.

Esta pesquisa contou, também, com a cooperação de dois discentes da UESC, que colaboraram como auxiliares de pesquisa que cooperaram com a coleta de dados, sendo eles dois bolsistas de Iniciação à Extensão, um do Jovem Bom de Vida e outro do PROCENF.

Tabela 1 – Demonstrativo geral da equipe de pesquisa-ação

CATEGORIA	UESC		Hospital Manoel Novaes	Prefeitura Municipal de Itabuna		TOTAL
	JBV	PROCENF		SMS	Fundação Marimbeta	
Docente	4	1	-	-	-	5
Enfermeiro	-	-	5	3	2	10
Assistente Social	-	-	1	1	-	2
Pedagoga	-	-	-	1	-	1
TOTAL	4	1	6	5	2	18

3.4 Estratégias para coleta de dados

Considerando que, na pesquisa-ação, os dados vão sendo produzidos no decorrer do processo de interação entre o pesquisador e os colaboradores da pesquisa (THIOLLENT, 2011), dar-se-á preferência à utilização de técnicas grupais, pelo entendimento que por meio de discussão coletiva, obter-se-á dados mais consistentes, favorecendo o desenvolvimento da consciência reflexiva em torno do cuidado colaborativo como um dispositivo de promoção da integralidade na rede de serviços do sistema de saúde, além de fortalecer as relações dos envolvidos no estudo (ESPERIDIÃO, 2005).

Considerando os objetivos propostos para o presente estudo, o método adotado e o problema a ser investigado, que direciona para uma situação real no trabalho da comunidade acadêmica, enfermeiros do serviço de saúde hospitalar e da Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna, optou-se pela coleta de dados através da técnica de grupo de discussão.

A técnica de grupo de discussão, semelhantemente à técnica de grupo focal, é uma técnica de conversação que faz parte da família das pesquisas de índole qualitativa, pode ser definida como uma técnica de pesquisa em que se reúnem pessoas para, a partir do diálogo e do debate entre elas sobre um tema específico, proceder a coleta de dados. Nela os participantes são encorajados a interagirem uns com os outros, a se perguntarem e a trocarem experiências que permitem ajustar, articular e integrar perspectivas individuais e coletivas para, ao final, se possível, chegarem a um consenso sobre o tema introduzido. Esse possível consenso é um dos principais diferenciais entre o grupo de discussão e o grupo focal (SANTOS, 1987; TURRA NETO, 2011).

Esta técnica privilegia a seleção de participantes que possuam algumas características em comum que os qualificam para a pesquisa. O grupo foi focalizado, no sentido de que envolveu um tipo de atividade coletiva com um objeto comum de atividade (GATTI, 2005; MOLINA; MOLINA NETO, 2012).

Trata-se de uma técnica que permitiu explicitar conteúdos sobre assuntos que interessam ao grupo de sujeitos da pesquisa, que partilha algumas dimensões sociais de suas vidas, que se reúnem para discutir assuntos do seu interesse (PINTO et al., 2006).

O grupo de discussão tem a característica de reunir entre oito a dezoito pessoas na presença de um moderador que coordena a discussão. As reuniões tiveram duração média de duas horas. Período considerado suficiente para se estabelecer uma relação com os participantes e explorar suas crenças, ideias, atitudes e percepções sobre os tópicos abordados.

No grupo de discussão foi possível produzir evidências qualitativas para a sistematização de conhecimentos sobre atitudes, percepções, opiniões, sentimentos, posicionamentos, entre outras dimensões, dos participantes acerca do objeto desta pesquisa (MOLINA; MOLINA NETO, 2012). Santos (1987) acrescenta que essa técnica é de importância acentuada para desenvolver a coleta de informações em estudos de situações revestidas de alguma complexidade. Nesse sentido, foi útil para lidar com a complexidade do cuidado colaborativo intra e, sobretudo, interorganizacional, objeto desta pesquisa.

O grupo de discussão é, geralmente, utilizado para a definição de problemas com boa precisão e facilitam rumos alternativos de ação, ajudando na elaboração da abordagem de problemas. Essa técnica pode ser utilizada como fonte principal ou suplementar de dados, para subsidiar projetos de intervenção, para auxiliar na elaboração de instrumentos de pesquisa experimental e quantitativa (VEIGA; GONDIM, 2001).

O trabalho de campo da pesquisa-ação teve duração de cinco meses, de outubro à dezembro de 2013 e fevereiro à abril de 2014. Período no qual realizamos doze reuniões do grupo de discussão.

As reuniões do grupo de discussão, aconteceram, geralmente uma vez por semana, mas a periodicidade foi deliberada pela equipe de colaboradores ao elaborar a agenda inicial da pesquisa e, por força de adequação à disponibilidade dos seus membros, realizar algumas alterações nas datas e horários.

Todas as reuniões aconteceram no período da tarde, geralmente das 14:00 às 16:00 e algumas vezes 16:00 às 18 horas, quando existia quórum (representação de pelo menos duas instituições envolvidas) suficiente para a sua realização. Caso contrário, havia a deliberação por parte dos presentes quanto ao prosseguimento com o grupo de discussão e com o compromisso de posterior resgate dos pontos discutidos na reunião seguinte, garantindo a participação de representantes de todas as instituições envolvidas. Geralmente participavam uma média de 8 pessoas. Devido a

razões contingenciais nas instituições envolvidas, por duas vezes não houve quórum para a realização dos grupos de discussão.

Devido a facilidade de acesso, ser um ambiente onde os participantes poderiam melhor se concentrar, sem grandes interrupções para atender a demandas de trabalho (já que as reuniões eram realizadas em horário de trabalho) e possuir uma estrutura física que permitisse uma disposição das cadeiras em círculo, e equipe de pesquisa decidiu definir o auditório do Centro de Estudos Prof. Edgard Santos no HMN como local para a realização das reuniões do grupo de discussão.

Esporadicamente houve o rodízio de alguns membros, mas sempre respeitando a representatividade das instituições envolvidas. Algumas vezes, também, houve a participação de outros profissionais de enfermagem do HMN, atendendo a convites de colegas de trabalho que participavam dos grupos. Ressaltamos que, além dos membros da equipe de colaboradores, todas os outros participantes autorizaram, via assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o uso do conteúdo das discussões para os fins propostos por esta pesquisa.

Conforme norteou Chizzotti (2006), todas as reuniões foram registradas através de gravações em áudio que permitiu a captação, ao máximo, dos conteúdos manifestados pelo grupo, evitando a perda de informações e, assim, construímos um conjunto de dados que deram sustentação a análise.

Nos preparamos para possíveis estranhamentos com algo que a equipe pudesse entender como um “intruso” nas reuniões, o uso do gravador de áudio, utilizado para o registro das reuniões, e nessa situação causar mudança na atitude dos participantes, no entanto não reparamos qualquer alteração nesse sentido.

Também nos preparamos para possíveis situações de constrangimento, causados por falas desrespeitosas, críticas depreciativas, censuras, interrupções de falas, etc. Felizmente não houve fatos que levassem à tal situação. Todas as reuniões aconteceram de forma harmoniosa, descontraída e sem momentos de tensão, de forma que o espaço permitiu que todos expressassem suas ideias e exercitassem o saber ouvir.

3.5 Estratégias para análise dos dados

Como já referido, na pesquisa-ação o processamento e análise dos dados não se constituem num momento único por pressupor um movimento contínuo entre a obtenção e a análise do material oriundo de todo o percurso metodológico, que nesta pesquisa fazem parte os seus quatro momentos (diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) (ESPERIDIÃO, 2005), portanto a análise das informações pode ocorrer simultaneamente com o processo de coleta de dados, permitindo que o pesquisador e os colaboradores possam intervir no contexto quando necessário.

As informações coletadas a partir do desenvolvimento das atividades grupais, após a transcrição integral das gravações, foram analisadas utilizando a técnica de análise temática, organizada a partir das experiências em pesquisa social de Gomes (2011) e Minayo (2013) e fundamentada na análise de conteúdo de Bardin (2011).

A grande quantidade de informações obtidas nos grupos de discussão nos levou a adotar uma ferramenta computacional de suporte para análise dos dados com a função de auxiliar no manuseio dos dados e sua organização, facilitando o processo de integração entre as categorias emergentes para interpretações feitas pelo pesquisador. Escolhemos o software de tratamento de dados qualitativos QSR NVivo^{®9}, versão 10.0, doravante escrito como NVivo. QSR é uma sigla para *Qualitative Solutions Research* que podemos transliterar para Soluções para Pesquisa Qualitativa (QRS INTERNATIONAL, 2013).

Esse software destina-se à codificação, ao tratamento, armazenamento e gerenciamento de arquivos de textos, vídeos, áudio etc. Ele oferece um vasto conjunto de ferramentas para facilitar o processo de análise por meio da criação de códigos, determinação de categorias analíticas e estabelecimento de relacionamento entre elas (SAUR-AMARAL, 2012).

É oportuno informar que todo o processo de análise foi fruto exclusivo da interpretação do pesquisador, o software não executa qualquer tipo de análise nesse sentido. O NVivo, somente, ajudou o pesquisador na tarefa de organização intelectual, reunindo categorias de um modo rápido e que facilita a tarefa de comparação dos dados.

⁹Software da QSR International Pty Ltd., uma empresa australiana de software que se especializou em análise qualitativa de dados.

O processo de análise de conteúdo foi operacionalizado em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação (GOMES, 2011; MINAYO, 2013).

A etapa de **pré-análise** iniciou-se através das transcrições dos áudios gravados nas reuniões do grupo de discussão, gerando arquivos em um processador de texto (extensão “.docx”). Em seguida, os arquivos de texto foram introduzidos no NVivo, utilizando o recurso de importação de fontes de informação. Esse procedimento gerou uma base de dados específica do NVivo, criando o primeiro bloco de informações compondo, assim, o *corpus* da pesquisa.

Não houve redução de dados propriamente dita, pois o primeiro bloco é formado por um conjunto de documentos importados para o software, formando um repositório de documentos que dizem respeito à totalidade de informações que foram submetidas aos procedimentos analíticos das etapas subsequentes. A Figura 10 mostra uma tela do NVivo com as transcrições importadas para o aplicativo.

Após a criação do banco de dados NVivo, e das facilidades de manipulação das informações por meio da utilização do *software*, foi possível acelerar o início da etapa seguinte, a de **exploração do material**.

Figura 10 – Tela do QSR NVivo® com as transcrições importadas para o aplicativo

Nessa fase, iniciou-se a leitura flutuante e exaustiva das transcrições, deixando-se invadir por impressões e orientações, prolongando uma relação interrogativa com elas, onde apreendeu-se as ideias centrais e as estruturas de relevância do estudo, possibilitando as operações de codificação e categorização dos textos, onde o processo de codificação ocorreu com a decomposição dos conteúdos dos grupos de discussão em unidades de registro tendo como base as isotopias, ou seja, expressões com sentidos equivalentes que surgem ao longo do *corpus* e por posterior reagrupamento das redes isotópicas, constituída através do estabelecimento dos núcleos de sentido, tanto emergidos do conteúdo dos dados, como inferidos, que guiaram os pesquisadores na busca de categorias analíticas emergentes dos dados empíricos

Dessa forma foi possível recortar de cada transcrição os seguimentos de texto representativos das “unidades de registro” (palavra-chave ou frase), das “unidades de contexto” (demarcação do contexto de compreensão da unidade de registro) e dos “conceitos teóricos” mais gerais que orientaram a análise. No NVivo, esse processo é chamado de codificação, onde são organizados os chamados “nós” do NVivo e funcionam como repositórios nos quais o pesquisador pode reunir materiais relacionados (unidades de registro, unidades de contexto e conceitos teóricos) em um único lugar (QRS INTERNATIONAL, 2013).

O processo de redução de dados começou com a criação dos chamados “nós livres” que, segundo Barbosa (2008), são úteis para abordar ideias emergentes e ainda em processo de estruturação. Isso porque, após cada criação de “nó livre” procedia-se uma varredura para encontrar possíveis conteúdos que podiam ser categorizados, também em outros “nós”. Nesse processo de decomposição dos conteúdos, cada grupo de informação codificada pelo pesquisador foi transformado em um conjunto de “nós”. Esses procedimentos geraram uma lista inicial de subtemas de análise e formaram segundo bloco de informações que foi composto por “nós” do NVivo.

Em seguida, com a contínua apreensão dos núcleos de sentidos, emergidos dos dados e inferidos, foi iniciado o processo de agregação das redes isotópicas, onde, em um processo de fusão, modificação e criação de novos “nós”, houve uma redução da quantidade de “nós”, sem, no entanto, haver mais redução de dados. De um total de 69 (sessenta e nove) “nós livres” houve a redução para 16 (dezesesseis). A

Figura 11 – Tela do QSR NVivo® com os “nós livres” do processo de codificação dos dados

Figura 11 mostra uma tela do NVivo com os “nós livres” após o primeiro ciclo de agregações no processo de codificação dos dados.

Mais uma vez, por outro ciclo de agregação das redes isotópicas, com novo processo de fusão, modificação e criação de novos “nós”, houve mais uma redução da quantidade de “nós” por meio da criação de “nós de árvore”, que são o resultado da agregação dos “nós livres”, ou seja, reagrupou-se as partes dos textos por temas encontrados - conceitos mais abrangentes capazes de facilitar a análise. Assim vários “nós livres” formaram um “nó de árvore”, entendidos como temas de análise, permitindo a integração e interligação dos dados codificados e formando o terceiro bloco de informações. A Figura 12 mostra uma tela do NVivo com os “nós de árvore” após o segundo ciclo de agregação que formaram os temas e subtemas de análise.

Para estruturação dos nomes dos temas de análise (nós de árvore) buscou-se criar um nome representativo do tema com foco na fundamentação teórica. Como resultado desse processo foram organizados três temas de análise:

Figura 12 – Tela do QSR NVivo® com os “nós de árvore” que formaram os temas e subtemas de análise

- “Cuidado colaborativo”, com quatro subtemas de análise: *cuidado colaborativo, colaboração, colaboração interorganizacional e colaboração intraorganizacional*;
- “Integralidade”, formado por meio do agrupamento de três subtemas de análise: *integralidade, cuidado integral e Intersetorialidade*;
- “Processo de enfermagem” composto por um agrupamento de nove subtemas de análise: *processo de enfermagem, bases teóricas da enfermagem, cuidado de enfermagem, processo de trabalho, educação em saúde, educação permanente, gestão, gestão administrativa e gestão do cuidado*

De posse dos dados codificados e devidamente organizados em temas e subtemas de análise, foi iniciada a terceira e última etapa, a do **tratamento dos resultados**.

Nessa etapa, através da inferência e a interpretação, buscou-se a articulação entre o material empírico e o referencial teórico previsto, o que possibilitou a

ocorrência de outras contribuições teóricas sugeridas pela leitura do material empírico, permitindo o estabelecimento de relações que possibilitassem novas explicações e indicações que serviram de fundamento para propostas de planejamento, revisão de conceitos e de mudanças institucionais.

A preocupação central dessa etapa foi proporcionar uma visão geral e abrangente dos resultados obtidos no processo de organização do cuidado colaborativo à adolescente em condições ginecobstétricas, a partir da atenção hospitalar, de maneira a contribuir na promoção da integralidade na rede de serviços do sistema de saúde. Sempre que possível, utilizou-se a fundamentação teórica para discutir os resultados observados, mas o foco central foi a descrição dos resultados.

3.6 Aspectos éticos

Quanto às considerações éticas da pesquisa, o estudo atendeu aos critérios das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidos na Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) já que o pesquisador fez a solicitação oficial às Instituições Coparticipantes (Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna, Hospital Manoel Novaes e Universidade Estadual de Santa Cruz) e procedeu a solicitação da autorização via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos colaboradores da pesquisa.

Ressaltamos que a pesquisa não representou risco físico, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, tão pouco favoreceu dano associado ou decorrente da pesquisa. Assim, asseguramos o compromisso do pesquisador de manter o sigilo dos dados, de usar as informações, única e exclusivamente para fins científicos, preservando, integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa, atendendo aos critérios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2013 (BRASIL, 2013), tal como

[...] prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros (BRASIL, 2013, p. 60)

Também foi considerado o Código dos Profissionais de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007) no seu Capítulo III, que dispõe sobre o ensino, a pesquisa e a produção técnico-científica, quando discorre que é de responsabilidade e dever do profissional de enfermagem “Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa” (Art. 90), que é proibido “realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos” (Art. 94), e que é proibido também “sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade” (Art. 96).

4 O DESENHO DA PESQUISA-AÇÃO NA FASE DE CAMPO

Como mencionado anteriormente, na seção 3.1.1 da metodologia, no presente capítulo encontra-se os dados iniciais da pesquisa realizada. Estão organizadas, dentro de uma estrutura que acata os princípios do enfoque da pesquisa-ação, as informações que resultaram no detalhamento do projeto norteador das atividades da equipe de pesquisa, como produto final do momento de planejamento inicial.

No decorrer do capítulo encontra-se, também, o embasamento teórico que norteou a constituição final do projeto de pesquisa-ação. Optou-se por permear os dados empíricos com referência teórica, de forma a progredir na teorização a partir das atividades de campo (BASKERVILLE, 1999; THIOLENT, 2011).

Dessa forma, seguimos as orientações de Thiollent (2011, p. 64) quando afirma que “o projeto de pesquisa-ação precisa ser articulado dentro de uma problemática com um quadro de referência teórica”. Para ele, mesmo sendo uma pesquisa de base empírica, a teoria contribui na geração de ideias, hipóteses ou diretrizes para orientar a pesquisa e as interpretações.

Após o estabelecimento da parceria e apresentação da proposta aprovada na fase acadêmica, houve a discussão entre os participantes sobre a referida proposta, cujo fruto representa o desenho final da pesquisa-ação. O qual apresentamos a seguir.

4.1 Sobre a pesquisa-ação

Inicialmente é importante esclarecer que, conforme Peter Spink (SPINK, 1979, p. 31), a pesquisa-ação tem a dupla finalidade explícita de “auxiliar a reflexão, formulação ou implementação da ação e de desenvolver, enriquecer ou testar quadros referenciais teóricos ou modelos relevantes ao fenômeno em estudo”. Ela se caracteriza por uma relação ativa e explícita entre os pesquisadores e os responsáveis pela ação numa área específica.

Thiollent (2011) acrescenta que uma das especificidades da pesquisa-ação consiste na relação de dois importantes objetivos: o objetivo prático de contribuir para o equacionamento possível do problema central na pesquisa, enquanto um levantamento de soluções e propostas de ações que possam contribuir com os agentes na atividade transformadora da situação e; o objetivo de conhecimento, que visa obter informações que seriam de difícil acesso por meio de outros procedimentos, aumentando o conhecimento de determinadas situações tais como reivindicações, representações, e capacidades de ação ou de mobilização.

Desta forma, na pesquisa-ação busca-se avançar na teoria atuando na prática, onde o foco do pesquisador é na compreensão do problema e das ações realizadas para enfrentá-lo dentro de um ambiente real particular e não na verificação de uma hipótese de caráter geral num ambiente de laboratório (BASKERVILLE, 1999).

É importante ressaltar que a pesquisa-ação, embora incompatível com a metodologia de experimentação em laboratório e com pressupostos do experimentalismo, não deixa de ser uma forma de experimentação em situação real, onde os pesquisadores intervêm conscientemente e os participantes não são reduzidos a cobaias por desempenharem um papel ativo no processo da pesquisa, onde o que cada pesquisador observa e interpreta nunca é independente da sua formação, de suas experiências anteriores e do próprio “mergulho” na situação investigada (THIOLLENT, 2011).

A esse sentido Tripp (2005, p. 448) acrescenta que tanto a pesquisa-ação quanto a pesquisa tradicional “são experimentais no sentido de que fazem as coisas acontecerem para ver o que realmente acontece”. No entanto, a pesquisa-ação, por acontecer em cenários sociais não manipulados, ela não segue as regras de variáveis controladas comuns a outros métodos de pesquisa, dessa forma ela pode ser chamada mais geralmente de intervencionista do que mais estritamente experimental.

A pesquisa-ação tem sido cada vez mais empregada em pesquisas, e especificamente na área da saúde tem se percebido cada vez mais sua utilização, em função de, em parte, ser um tipo de metodologia que associa técnicas de pesquisa das ciências humanas e sociais e das ciências da saúde, acoplando o saber técnico-científico das duas áreas com vistas à transformação de uma dada realidade (MOLINA, 2007; THIOLLENT, 2011).

Por outro lado, no que diz respeito a utilização da pesquisa-ação na área acadêmica, Bueno (2009) e Santos (1987), ao discutir o papel da universidade em

tempos de pós-modernidade, sugerem inserir, nas instituições de ensino superior, a pesquisa-ação enquanto opção metodológica de pesquisa, possibilitando, assim, haver maior interação entre sociedade e universidade, maior regionalização de conhecimentos, resultando, dessa forma, em construção de conhecimento e transformação de realidade local.

O desenho desta pesquisa considerou que, conforme Gil (2010), o planejamento da pesquisa-ação difere significativamente de outros tipos de pesquisa. Não apenas em virtude de sua flexibilidade, mas, sobretudo, porque envolveram também, além dos aspectos referentes à pesquisa propriamente dita, a ação do pesquisador e dos grupos interessados, o que ocorreu nos diversos momentos da pesquisa.

Segundo Gil (2010), na pesquisa-ação, se torna difícil apresentar seu planejamento a partir de fases ordenadas temporalmente. Dessa forma, no decorrer da pesquisa-ação ocorre um constante vai e vem entre as fases, que é determinado pela dinâmica do pesquisador em seu relacionamento com a situação pesquisada. Assim, conforme esse autor, o que se pode, à guisa de delineamento, é apresentar alguns conjuntos de ações que, embora não ordenados no tempo, podem ser considerados como etapas da pesquisa-ação. Nessa pesquisa foi plenamente vivenciada a afirmação apresentada por Gil.

Nesta pesquisa, abandonamos o termo “etapa/fase” e adotamos o termo “momento”, como utilizado por Richardson (2003), e por considerarmos mais apropriado, pois, como já mencionado, nenhum momento começa ou termina no tempo preciso, nem é basicamente anterior ao outro, nem fecha ou termina o processo desenvolvido, podendo voltar a se repetir outras vezes (MATUS, 1993).

Outro ponto considerado para o desenho dessa pesquisa, diz respeito ao seu quantitativo de momentos. Nesse sentido, embora, originalmente a pesquisa-ação tenha sido composta por dois grandes momentos: o de refletir sobre o problema (estágio de diagnóstico) e o de agir sobre o problema (estágio terapêutico) (MCKAY; MARSHALL, 2001), na literatura de pesquisa-ação são encontradas diferentes formas de apresentar os momentos. Foi possível encontrar modelos com a) três momentos: Planejamento (intenção), Implementação (ação) e Avaliação (revisão) (DICK, 2003b; DICK, 2003a; TRIPP, 2005; BARBIER, 2007); b) em quatro momentos: Identificação das situações iniciais (identificação/diagnóstico/fase exploratória), Projeção das ações (fase principal/projeção/planejamento/intenção), Realização das atividades

previstas (realização/fase de ação/implementação) e Avaliação dos resultados obtidos (fase de avaliação/observação/reflexão/teorização/revisão) (GRABAUSKA, et al. 2003; RICHARDSON, 2003; DIONNE, 2007; NORTON, 2009; THIOLENT, 2009; BURNS, 2010); c) como também foi possível encontrar desenhos de pesquisa-ação com mais de quatro momentos (MORIN, 2004; MCKERNAN, 2009; WILLIAMSON et al., 2012).

Conforme escrito no capítulo da metodologia, e exposto na Figura 4, estruturamos esta pesquisa-ação com cinco momentos: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação (DICK, 1993; KOCK JR. et al., 1997; WATERMAN, 2001; BORGES, et al., 2003; DICK, 2003b; DICK, 2003a; HADLEY, 2004; MORIN, 2004; TRIPP, 2005; MCNIFF; WHITEHEAD, 2006; BARBIER, 2007; DIONNE, 2007; NORTON, 2009; WILLIAMSON et al., 2012).

Como é possível perceber, a nomenclatura adotada para delimitar os momentos da pesquisa-ação é a mesma adotada no processo de enfermagem. Ressaltamos que este fato não é meramente uma simples coincidência.

A esse respeito, no capítulo 2 desta pesquisa já esboçamos uma discussão a respeito da flexibilidade do processo de enfermagem, ao afirmar que este pode sistematizar o processo de trabalho do enfermeiro que, por sua vez, é permeado por ações para assistência, para a gestão, para a educação e para a pesquisa, deixando claro que o processo de enfermagem é efetivo em todas as abordagens de seus profissionais. Soma-se a isto o fato de que, em ambos, na pesquisa-ação e no processo de enfermagem, ocorre a reflexão sobre o problema, seguido de ação para o problema refletido e avaliação dos resultados.

Considerando que o caráter intervencionista dos dois métodos, possibilita a sua interconexão e que o processo de enfermagem pode ser adaptado como modelo metodológico para sistematizar, também, as práticas de pesquisa do enfermeiro. Dessa forma, estamos promovendo uma integração metodológica entre os dois processos: o da pesquisa-ação e o da enfermagem. Assim, entendemos que ao percorrer o processo de enfermagem, também podemos caminhar na pesquisa-ação, e vice-versa.

4.2 O ciclo da pesquisa-ação

A pesquisa-ação pode ser caracteristicamente operacionalizada em ciclos interativos (Figura 13), de origem na espiral auto-reflexiva lewiseana (LEWIN, 1946), que sucessivamente refinam o conhecimento adquirido nos ciclos anteriores. A execução de diversos ciclos é vista como uma forma de aumentar o rigor da pesquisa, uma vez que a cada ciclo ela passa por nova revisão crítica, o que possibilita encontrar erros, inconsistências ou vieses anteriormente não identificados (KOCK JR. et al., 1997).

Figura 13 – A natureza cíclica do processo de pesquisa-ação
Fonte: Reis (2014)

Desse modo vemos uma dinâmica de pesquisa onde cada ciclo pode ser permeado por ciclos menores, num incessante ritmo até que o problema seja resolvido. A Figura 14 demonstra como seria um desses ciclos visto de frente.

Figura 14 – Um ciclo de pesquisa-ação e sua composição de ciclos menores
Fonte: Reis (2014)

Com a interconexão da pesquisa-ação com o processo de enfermagem, para este estudo, cada ciclo menor da pesquisa-ação foi composto por dois momentos do processo de enfermagem, representando uma ação/atividade (investigação, diagnóstico, planejamento e implementação) e uma reflexão (avaliação). A Figura 15 busca representar essa dinâmica.

Neste estudo os ciclos de pesquisa-ação corresponderam aos momentos do processo de enfermagem adaptado ao papel de pesquisa. Tivemos um ciclo maior composto por ciclos menores que se completavam a medida que eram percorridas as atividades de cada momento do processo de pesquisa-ação. Dessa forma tivemos os seguintes ciclos menores: “Ciclo do Momento de Planejamento Inicial”, O “Ciclo do Momento de Investigação”, o “Ciclo do Momento de Diagnóstico”, o “Ciclo do Momento de Planejamento Processual”, o “Ciclo do Momento de Implementação” e o “Ciclo do Momento de Avaliação Final”.

Esta situação deveu-se ao fato da linha Teias do Adolescer ser uma ação continuada, cujo percurso, seguindo os preceitos de Thiollent (2006), seguirá articulado com a pesquisa-ação, como uma alternativa metodológica para tornar todo

Figura 15 – Os ciclos de pesquisa-ação integrado ao processo de enfermagem

o conhecimento construído no âmbito extensionista um produto de cunho científico. Por se encontrar, ainda, na fase de implantação da nova linha de ação do JBV, este estudo contribuiu para esse estágio com a realização da pesquisa-ação para construir a identidade metodológica da linha Teias do Adolescer, assegurando a articulação da extensão com a pesquisa. Portanto, esta pesquisa, por questões dos prazos existentes nos programas de pós-graduação, registra e estuda somente o primeiro grande ciclo da pesquisa-ação. Os demais ciclos acontecerão de forma encadeada na medida que a linha de ação extensionista seguir na sua trajetória histórica e metodológica.

O tempo de duração de cada ciclo foi livre, onde cada ciclo se encerrava na medida que a equipe considerava que haviam completadas as atividades correspondentes de cada ciclo/momento do processo de pesquisa. Ou seja, não era determinado por hora, nem por dia, nem, tampouco por reunião do grupo de discussão. Assim, teve momentos em que foram necessárias várias reuniões para completar um ciclo.

A operacionalização da nossa pesquisa de forma cíclica permitiu que nos ciclos posteriores os pesquisadores pudessem, então, questionar as informações e interpretação dos ciclos anteriores, no qual o que se alcançou em cada ciclo forneceu o ponto de partida para melhora de ciclo seguinte, incluindo tanto os dados coletados, como a bibliografia lida. O que tornou o estudo, em consonância com os escritos de Dick (2003a) e Tripp (2005), um processo iterativo, onde os pesquisadores refinaram gradualmente a compreensão da situação estudada.

Com a integração metodológica entre a pesquisa-ação e o processo de enfermagem, foi gerado um fluxograma específico que sintetiza as atividades da pesquisa-ação organizadas dentro da estrutura do processo de enfermagem (Figura 16). Esse fluxograma serviu como um fio condutor de todo o processo, permitindo que, a cada encontro da equipe de pesquisa, enquanto reflexo da dinâmica cíclica, houvesse o resgate e refinamento dos conhecimentos e percepções adquiridos nas reuniões anteriores. Esse instrumento, em concordância com os escritos de Kock Jr. et al. (1997), serviu como uma forma de aumentar o rigor da pesquisa.

Ressalta-se que esse fluxograma foi aperfeiçoado durante o caminhar dentro do estudo, sendo uma maneira de mapear os caminhos percorridos pela equipe de pesquisa, que se caracterizaram por um constante vaivém entre as várias situações

que exigiram adaptações em função das circunstâncias e da dinâmica interna da equipe de pesquisa.

Mesmo apresentando a nomenclatura dos momentos do processo de enfermagem numa sequência clássica, como se encontra na literatura corrente, essa ordem não representa uma linearidade sequencial. Os recursos da técnica do fluxograma (SANTANA et al., 2007), os preceitos dinâmicos da pesquisa-ação e o conceito matusiano de momento (MATUS, 1993), permitiu mapear o processo de pesquisa-ação a partir do seu real início, ou seja, tendo o momento de planejamento como deflagrador e demarcador do ponto de partida do processo de pesquisa.

Figura 16 – Síntese dos momentos da pesquisa-ação vivenciados pela equipe de pesquisa e organizados dentro da estrutura do processo de enfermagem.

5. ASPECTOS DESCRITIVOS DO PROCESSO DE PESQUISA-AÇÃO VIVENCIADO

Neste capítulo descrevemos o processo de pesquisa-ação e apresentamos as atividades realizadas na pesquisa-ação desenhada nessa fase de campo, organizados na estrutura metodológica do processo de enfermagem adaptado ao papel de pesquisa do enfermeiro. Dessa forma, exporemos o fluxo de atividades composto pelos momentos de *Planejamento Inicial*, *Implementação*, *Investigação*, *Diagnóstico*, *Planejamento Processual* e *Avaliação*.

A sequência da descrição das atividades apresentadas a seguir não representa uma sequência temporal linear exata. Seguiremos com a exposição das atividades de acordo com o caminho exposto no fluxograma do processo de pesquisa-ação (Figura 16), tendo como orientação o conceito de momento adotado neste estudo.

5.1 O Momento de Planejamento Inicial

Esse momento foi caracterizado pela discussão coletiva do projeto aprovado na fase acadêmica e subsequente detalhamento de acordo com a realidade encontrada e da dinâmica da equipe de pesquisa.

No seu fluxo de atividades ficou estipulada as operações “*preparação da pesquisa*” e “*detalhamento da pesquisa*”, que culminou no “*projeto definitivo de pesquisa*”. Após a realização dessas operações, tínhamos em mãos o “*Desenho da Pesquisa-Ação na Fase de Campo*”. O qual validou a proposta aprovada na fase acadêmica e determinou os pormenores necessários para a execução da pesquisa no cenário de estudo.

5.1.1 Preparação da Pesquisa

A preparação da pesquisa foi caracterizada por realização das **estratégias de entrada em campo**, seguida do **estabelecimento de parceria**, da **designação da**

equipe de pesquisa-ação, e finalizada pela **construção da agenda para a pesquisa-ação**.

As **estratégias de entrada em campo** deram início a preparação da pesquisa, e são compostas pelas atividades que antecederam o período de entrada no campo, aconteceu nos meses de agosto e setembro de 2013, e se caracterizou como sendo o período de sensibilização dos sujeitos/colaboradores para a pesquisa-ação, buscando conhecer a realidade e necessidades/interesses das instituições, indo ao campo diversas vezes antes de agendarmos a primeira reunião com a participação de representantes de todas as instituições.

Para Minayo (2013) é importante preceder o trabalho de campo propriamente dito com uma fase exploratória de campo, chamando de “Estratégia de Entrada em Campo” e que neste estudo estamos chamando de preparação da pesquisa. Em conformidade com os escritos dessa autora, esta fase permitiu uma maior aproximação com os participantes, criando uma rede de relações e viabilizando a realização da etapa empírica deflagrada por meio do agendamento das reuniões do grupo de discussão.

Ressaltamos que os primeiros contatos aconteceram antes da exploração do campo, na fase acadêmica da pesquisa, onde o pesquisador, com o projeto de pesquisa em mãos, fez uma breve apresentação do objetivo e estratégia metodológica para os responsáveis de cada instituição que compuseram o cenário de estudo para sensibilização e solicitação de autorização para realização do estudo conforme Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

Esses primeiros contatos foram feitos com profissionais que tinham cargos diretivos nas respectivas instituições envolvidas. No Hospital Manoel Novaes, com a Gerente do Departamento de Enfermagem e com a Coordenadora do Serviço de Educação Continuada. Na Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna/BA, com a Diretora do Núcleo de Planejamento, Informação e Gestão Estratégica da Saúde, que se interessou de imediato e indicou a Diretora do Departamento da Atenção Básica para participar do projeto. Devido às demandas internas da SMS, essas diretoras não conseguiram organizar a agenda para contribuir com o projeto, de maneira que destacaram duas coordenadoras do Departamento de Atenção Básica para representar a SMS, uma era Coordenadora da Saúde da Mulher e outra Coordenadora do PACS e PSF. Se constituindo, assim, na equipe inicial que tiveram a iniciativa de convidar outros participantes.

Devido a boa receptividade do projeto de pesquisa, não houve necessidade de elaborar maiores estratégias de convencimento, ou qualquer outra, para a entrada no campo. Foi suficiente o simples agendamento audiência para apresentação da proposta inicial, possibilitando, de imediato, o **estabelecimento das parcerias**, onde foi concretizado as parcerias institucionais previamente contatadas para operacionalização da pesquisa, e a agregação da Fundação Marimbeta no cenário interinstitucional da pesquisa.

Inicialmente o campo seria composto pela a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), representada pelo Núcleo Jovem Bom de Vida (JBV); a Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, representada pelo Hospital Manoel Novaes (HMN); e a Prefeitura Municipal de Itabuna, representada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Após o cumprimento de uma agenda solicitada pela Fundação Marimbeta com a realização de uma reunião entre representantes do JBV, PROCENF e da instituição solicitante, no dia 05/09/2013, na qual foi apresentado o projeto do programa Viv-Á-arte e constatação da possibilidade de extrapolarmos o campo da saúde com as ações desse programa ao incorporarmos ações de Intersetorialidade na operacionalização da linha de ação Teias do Adolescer.

Por meio do estabelecimento de parceria, via assinatura de uma carta de anuência para a realização da pesquisa, foi possível a **designação da equipe de pesquisa-ação**, garantindo a representação de todas as instituições para iniciarmos o trabalho mais intensivo com a participação nos grupos de discussão. Agendamos a primeira reunião do grupo tendo como um dos pontos de pauta a **construção da agenda para a pesquisa-ação**, pauta esta, só contemplada somente na terceira reunião. Para maiores informações a respeito das reuniões, sua equipe e agenda da pesquisa, ver capítulo da metodologia.

A etapa exploratória do estudo revelou uma pouca familiaridade dos colaboradores com a proposta metodológica da pesquisa-ação. Essa necessidade de conhecer o método da pesquisa-ação, tornou-se a primeira pactuação do grupo para atividade de campo por meio da teorização sobre essa modalidade de pesquisa como estratégia de preparação dos colaboradores para exercitar a dialogicidade necessária para a construção de saberes e práticas, característicos da pesquisa-ação.

A primeira reunião do grupo de discussão ainda teve a característica de preparação para a pesquisa. Nela foi apresentado a proposta inicial da linha de ação Teias do Adolescer e o projeto de pesquisa aprovado na fase acadêmica, onde foi

dado ênfase na discussão sobre o cuidado colaborativo e o método da pesquisa-ação. A discussão sobre esse tipo de pesquisa perdurou até a terceira reunião. Ocasão na qual conseguimos contemplar a pauta do método, conseguimos fechar a equipe final de pesquisa-ação e foi possível a construção da agenda da pesquisa. Os membros do grupo decidiram chamar a equipe de “Grupo Gestor” para designar o grupo de representantes formais das instituições envolvidas, considerando que as reuniões eram abertas a outros participantes.

5.1.2 Detalhamento da pesquisa

Nessa atividade a equipe de pesquisa-ação discutiu deliberou sobre o detalhamento da pesquisa, constituído por:

- Recorte do objeto de pesquisa
- Questão norteadora da pesquisa-ação
- Objetivos da pesquisa
- Pressupostos da pesquisa
- Referencial teórico para a pesquisa e para a ação
- Metodologia

5.1.2.1 Recorte do objeto de pesquisa

Foi discutido que a linha de ação Teias do Adolescer iria começar com a implantação de um projeto piloto, para a partir dele ampliar as ações para o máximo número possível de adolescentes. Dessa forma foi aumentada a viabilidade das ações e garantido o compromisso com a responsabilidade social.

Considerando o conceito matusiano de momento (MATUS, 1993), para o estabelecimento do recorte da pesquisa foi necessário uma coleta de dados a respeito da população beneficiária e do cenário de estudo. Como explicitado na Figura 16, por meio dos conectores nº 1, 2 e 3, houve um deslocamento do momento de domínio (planejamento inicial) até o momento de investigação, passando pela implementação e diagnóstico, para a coleta dos dados que subsidiasse o recorte do objeto de pesquisa.

As representantes da SMS sinalizaram que, já que tratava de um piloto, era necessário um recorte que fosse possível dar um melhor suporte ao projeto por meio de uma rede de atenção mais organizada e, assim, ter resultados de maior peso para

direcionar os outros ciclos de pesquisa-ação para ampliação e continuidade das ações extensionistas. Foram discutidas duas opções de recortes: uma na saúde da mulher e outra em anemia falciforme, sendo escolhido a área de saúde da mulher.

Um estudo de Barreto et al. (2009), pode amparar esta ideia, pois realizado no mesmo hospital desta pesquisa, este artigo, por meio de levantamento dos dados em prontuários, demonstrou que muitas das adolescentes que pariram prematuramente eram mães solteiras, com uma condição socioeconômica precária e que muitas delas, com certeza, não planejaram tal gravidez e que o nascimento pré-termo continua sendo uma importante causa de mortalidade perinatal. Nesse contexto, o atendimento hospitalar articulado com a rede de atenção extra-hospitalar, pode contribuir para a integralidade da atenção na saúde da mulher.

Além disso, para esse recorte o grupo de discussão ponderou a respeito do objeto aprovado na fase acadêmica do estudo (o cuidado colaborativo ao adolescente, organizado de modo a promover a integralidade na rede de serviços do sistema de saúde), do objeto da Linha de Ação Teias do Adolescer (o cuidado integral ao adolescente, a partir do âmbito hospitalar, com vistas à (re)organização da rede de atenção à saúde desta população) e das informações obtidas sobre o perfil de adolescentes atendidos no Hospital Manoel Novaes.

O Hospital Manoel Novaes atende anualmente cerca de 750 adolescentes, com idades entre 10 a 19 anos, residentes em Itabuna, em todas as especialidades do hospital. Destes, cerca de 600 geraram internamentos em usuários do Sistema Único de Saúde, com cerca de 300 internamentos de adolescentes em situações ginecobstétricas. Se configurava aí a população beneficiária para a implantação do Teias do Adolescer: Saúde da Mulher Adolescente.

De modo que foi definido o seguinte recorte do objeto de pesquisa-ação: *O cuidado colaborativo à adolescente em situação ginecobstétrica, a partir do âmbito hospitalar, organizado de modo a promover a integralidade na rede de serviços do sistema de saúde.*

5.1.2.2 Questão norteadora da pesquisa-ação

A questão original, aprovada na fase acadêmica da pesquisa, foi posta em discussão e deliberação, com a possibilidade de recusá-la, aceita-la, modificá-la e/ou acrescentar outras questões. De modo que foi corroborada a questão norteadora original da pesquisa: *“A partir da atenção hospitalar, de que maneira o cuidado*

colaborativo ao adolescente pode ser organizado para contribuir na promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde?”. Sem a necessidade de adicionar outras questões.

5.1.2.3 Objetivos da pesquisa

Também foi validado o objetivo do projeto aprovado na fase acadêmica da pesquisa (*Analisar o processo de organização para implantar do cuidado colaborativo integrante do processo de enfermagem, ao adolescente com condições ginecobstétricas, a partir da atenção hospitalar, como dispositivo na contribuição da promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde*).

Para a composição dos objetivos específicos, a equipe de pesquisa-ação levou em consideração o objetivo da tese e o objetivo geral da Linha de Ação Teias do Adolescer, que é o de “*promover o cuidado integral ao adolescente, a partir do âmbito hospitalar, com vistas à (re)organização da rede de atenção à saúde desta população*” (BITENCOURT, 2013, p. 15).

Dessa forma, preferiu-se adotar os seguintes objetivos específicos previamente elaborados para a Linha de Ação Teias do Adolescer (BITENCOURT, 2013, p. 15):

- a) Conhecer o perfil epidemiológico dos adolescentes atendidos no HMN.
- b) Compreender a organização do cuidado multiprofissional ao adolescente, a partir do âmbito hospitalar, como dispositivo para a promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde.
- c) Promover o cuidado ao adolescente e sua família, através da educação na saúde, a partir do âmbito hospitalar, como dispositivo para a promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde.
- d) Provocar a (re)inserção do adolescente, a partir do âmbito hospitalar, na rede de atenção à saúde, buscando a promoção do cuidado específico a esta população.

5.1.2.4 Pressupostos da pesquisa

Da mesma forma que a questão norteadora, foram postos em discussão e deliberação os pressupostos originais aprovados na fase acadêmica da pesquisa.

Aqui, também, foram aprovados e acatados os pressupostos originais. Expostos novamente a seguir:

- a) *“O cuidado colaborativo, integrante do processo de enfermagem, ao esboçar os diagnósticos colaborativos, pelo seu caráter policêntrico, serve como instrumento potente para promover a integralidade do cuidado, tanto em nível intra-hospitalar, como em nível extra-hospitalar (pré e pós-internamento). Considerando que a descrição de um diagnóstico de enfermagem relaciona a etiologia do problema de saúde, bem como o levantamento de evidências, compreende-se que o enfermeiro depara-se com muitos diagnósticos cuja etiologia é melhor trabalhada no espaço extra-hospitalar, devendo então lançar mão de todos os recursos disponíveis na rede de serviços do sistema de saúde para atender as necessidades da população”.*
- b) *“O planejamento de alta do usuário deve, permeado pelos princípios de acolhimento, ser iniciado no momento de admissão no hospital, conjuntamente com as intervenções necessárias a serem executadas durante o internamento, de forma policêntrica do ponto de vista dos trabalhadores de saúde e de forma unicêntrica quando se considera o usuário como o a principal razão para a organização do cuidado, e que precisa ter as suas necessidades de saúde atendidas dentro do sistema de saúde. Nesse sentido, o cuidado colaborativo, integrante do processo de enfermagem e amparado principalmente pelos diagnósticos colaborativos, enquanto complemento da dinâmica hospitalar, pode ser ponderado como dispositivo para a sua conexão com a rede de serviços de saúde, pensando a integralidade do cuidado de forma ampliada e considerando o hospital enquanto, também, porta de entrada do sistema de saúde, e não mais como ápice da hierarquia tecnológica do SUS”.*
- c) *“O enfermeiro, já no momento de investigação do processo de enfermagem, deve buscar informações acerca das respostas humanas aos problemas de saúde, acerca do contexto social, dos serviços disponíveis na rede de atenção à saúde, e outras que julgar necessárias na situação vivenciada. Subsidiando, assim, o gerenciamento do cuidado que extrapole o âmbito hospitalar, ao esboçar uma linha do cuidado que contemple as demandas e ofertas de serviços em todo o*

sistema de saúde, ou seja, que permitam aos enfermeiros elaborarem projetos terapêuticos que atendam às necessidades da população que procuram os serviços hospitalares”.

5.1.2.5 Referencial teórico para a pesquisa e para a ação

Para nortear a pesquisa e as ações de intervenção, de uma forma que fosse possível progredir na teorização a partir das atividades de campo, e vice versa, a equipe de pesquisa-ação elencou os seguintes pontos para a composição de seu corpo teórico base:

- a) O cuidado colaborativo.
- b) Integralidade da atenção à saúde
- c) O processo de enfermagem
- d) As redes de atenção à saúde
- e) Educação na saúde
- f) Teorias de Enfermagem: Teoria do Autocuidado e Teoria do Cuidado Transcultural.
- g) Abordagens ginecobstétricas na adolescência

A partir da segunda reunião do grupo de discussão disponibilizamos para os colaboradores uma coleção de referências bibliográficas em 57 (cinquenta e sete) arquivos no formato digitalizado de livros, artigos, e o projeto de pesquisa aprovado na fase acadêmica do estudo, como textos de apoio para as discussões.

Para as referências sobre o cuidado colaborativo, integralidade, processo de enfermagem e sobre as Redes de Atenção à Saúde, os membros da equipe de colaboradores da pesquisa-ação optaram por adotar a revisão de literatura presente no projeto de pesquisa que tinham em mãos, por considerar um conteúdo vasto e articulado com diversos referenciais teóricos, no qual o volume de leitura em períodos curtos entre as reuniões, já que essas eram realizadas semanalmente, poderia comprometer o cronograma de pesquisa. Para atender a essa demanda o pesquisador preferiu ofertar uma revisão mais atualizada, considerando as modificações realizadas a partir da aprovação do projeto inicial. Dessa forma foi elaborada uma produção bibliográfica em formato de livreto¹⁰ e disponibilizado para todos os membros do grupo de discussão e outros interessados (Apêndice B).

¹⁰SANTANA, R. M.; PEREIRA, M. J. B. **O Cuidado Colaborativo: bases teóricas e conceituais para enfermagem** Ilhéus, BA: UESC / EERP-USP-RP, 2014.

Para as referências sobre educação em saúde e abordagens ginecobstétricas na adolescência, com base em diversas opções sugeridas pelo grupo, os colaboradores elegeram 8 (oito) fontes bibliográficas, que foram fotocopiadas, organizadas e encadernadas em dois volumes de espirais.

5.1.2.6 Metodologia

Dentro do aspecto metodológico foram abonados os itens aprovados na fase acadêmica da pesquisa, no que diz respeito ao tipo de estudo e seu referencial metodológico, ao cenário de estudo, aos colaboradores do estudo e às estratégias para coleta e análise dos dados.

5.2 O Momento de Implementação

Nesse tipo de pesquisa de base empírica, a qual é voltada para o estudo de “situações concretas e para a intervenção ou a ação orientada em função da resolução de problemas efetivamente detectados nas coletividades consideradas” (THIOLLENT, 2011, p. 15), o momento de implementação tem a função clássica de operacionalizar o plano de ação.

No entanto, nessa pesquisa, considerando que a implementação de uma pesquisa consiste inicialmente na coleta de dados e que a coleta de dados é um componente do momento de investigação. É possível afirmar que aqui no momento de implementação vivenciou-se a fusão entre os momentos de implementação e de investigação, onde a investigação foi operacionalizada, e está contida, na implementação, ou seja, a implementação aconteceu concomitantemente à investigação, como explicitado na Figura 16, através do conector nº 1.

Dessa forma, evidenciando a falta de linearidade sequencial da dinâmica desse tipo de pesquisa, foi possível vivenciar a *implementação da intervenção* e a *implementação da investigação*. Mesmo acontecendo neste momento, optamos por manter uma lógica didática, pelo menos da forma como tradicionalmente se apresenta na literatura corrente. Assim, explicaremos a investigação no seu momento específico: seção 5.3 “O Momento de Investigação”.

5.3 O Momento de Investigação

Continuando o momento de implementação, conforme demonstrado na Figura 16 (através do conector nº 2), suas atividades são concentradas na coleta de dados (informações/evidências) para detecção e explicação da situação para a pesquisa e para a intervenção. O Seu fluxo de atividades reuniu as seguintes operações:

“Informações sobre os sujeitos/atores”, com informações sobre os profissionais que compuseram a equipe de pesquisa-ação (algumas delas expostas no capítulo da metodologia).

“Informações sobre o cenário” de pesquisa e intervenção, com informações colhidas a respeito das instituições envolvidas (algumas delas expostas no capítulo da metodologia).

“Informações sobre a população beneficiária” das ações de pesquisa e intervenção e objeto da Linha de Ação Teias do Adolescer. Mais precisamente, com a coleta de informações a respeito da população de adolescentes atendidos no HMN, e a organização da rede de serviços de saúde que pudesse acolher as adolescentes após a alta hospitalar.

Entre as informações levantadas sobre o cenário de estudo, e não expostas no capítulo da metodologia, mas que foram importantes para subsidiar o recorte do objeto e a delimitação do problema para a intervenção, estão as informações contidas em uma pesquisa para a dissertação de mestrado de Martins (2003) e que também foram expostas na publicação do projeto da linha de ação Teias do Adolescer (BITENCOURT et al., 2013).

O referido estudo foi realizado com enfermeiras egressas da UESC, quando as mesmas afirmaram que sentiam despreparadas, sem capacitação, necessitando de treinamento específico, educação continuada e permanente, destacando, ainda, que a formação acadêmica pouco direcionava para o adolescente, a linha Saúde do Escolar é cenário para as práticas pedagógicas, desta área, da graduação de enfermagem da UESC uma vez que, ainda, não identificamos uma rede consistente de atenção à saúde do adolescente, no eixo Itabuna-Ilhéus/BA, desde 2007 (BITENCOURT et al., 2013).

O estudo supracitado teve como objetivo analisar as percepções das enfermeiras que atuam nas unidades de saúde da família, das cidades de Itabuna e

Ilhéus, sobre o adolescente e o seu processo de cuidar, onde foram entrevistadas enfermeiras responsáveis pelas unidades de PSF das cidades de Itabuna e Ilhéus. Este apontou que o adolescente estava sem referência no serviço de saúde, que a saúde do adolescente não era trabalhada, especificamente, nas unidades pesquisadas e, quando trabalhada, era, apenas, no contexto da saúde da mulher (planejamento familiar e pré-natal) e, mesmo assim, não recebiam o cuidado específico para as necessidades dessa faixa etária (MARTINS, 2003). Após dez anos, infelizmente, percebemos que não há grandes diferenças da realidade identificada em 2003 (BITENCOURT et al., 2013).

Como mencionado anteriormente, os dados coletados serviram para subsidiar o momento de planejamento inicial, com informações para as operações de “preparação da pesquisa” e “detalhamento da pesquisa”, que possibilitaram o desenho do projeto de pesquisa da fase de campo. Serviram também para delimitação do problema para a intervenção e consequente definição de seu diagnóstico situacional.

5.4 O Momento de Diagnóstico

Prosseguindo no momento de implementação e complementando o momento de investigação, conforme demonstrado na Figura 16 (a partir do conector nº 2), o momento de diagnóstico teve como atividade principal delinear a problemática do cenário de estudo com vista à pesquisa e à ação.

Nele foi possível a validação do objeto de estudo aprovado na fase acadêmica da pesquisa e delimitação de um recorte para esse objeto de pesquisa, o qual compôs o detalhamento da pesquisa no momento de planejamento inicial. Foi possível, também, a demarcação de um problema concreto que se desdobrou na declaração de um diagnóstico situacional. Forneceu, assim, um enfoque central para a idealização das intervenções para o momento de planejamento processual.

Percebeu-se aqui, conforme expressa Dionne (2007), que este momento forneceu um enfoque central de forma a não isolar a pesquisa da ação, nem a ação da pesquisa, direcionando os momentos subsequentes do processo de pesquisa-ação.

Foi definido o seguinte problema para a intervenção: *“Ausência de uma organização do cuidado colaborativo à adolescente em situação ginecobstétrica, a partir do âmbito hospitalar, como dispositivo de promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde”*.

O problema de intervenção se desdobrou na declaração de um diagnóstico situacional: *“Ausência de uma organização do cuidado colaborativo à adolescente em situação ginecobstétrica, a partir do âmbito hospitalar, como dispositivo de promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde do Município de Itabuna-BA. De modo que integre ações do Hospital Manoel Novaes; ações da Prefeitura de Itabuna através da SMS, e de outras Secretarias sob a coordenação da Fundação Marimbeta; e ações da UESC, coordenadas pelo JBV”*

5.5 O Momento de Planejamento Processual

De posse do diagnóstico situacional, a equipe de pesquisa-ação, ao progredir no processo de pesquisa, retornou ao momento de planejamento. Desta vez, como consequência natural das atividades realizadas até então, onde o planejamento adquire um caráter sequencial dentro, e não mais deflagrador (*Planejamento Inicial*), do processo de pesquisa.

Esse segundo estágio foi denominado de *Planejamento Processual*, aconteceu em três reuniões do grupo de discussão e teve o fluxo de atividades com as seguintes operações: *“discussão das hipóteses de solução”*, *“formulação de um plano de ação para a intervenção”* e *“formulação de um plano de avaliação da intervenção”* (KOCK JR. et al., 1997; O'BRIEN, 2003; RICHARDSON, 2003; DIONNE, 2007). O produto final desse momento é composto por plano de ação, contendo as atividades interventoras para minimizarem ou corrigirem os problemas diagnosticados no momento anterior, como também do plano de avaliação da ação, reforçando o caráter de pesquisa.

É importante lembrar que, diferentemente do planejamento inicial, o planejamento processual, juntamente com os momentos de investigação e de diagnóstico, também está contido no momento de implementação do processo de pesquisa-ação.

5.5.1 Discussão das hipóteses de solução

No período da discussão das hipóteses de solução ficou perceptível as mudanças apresentadas na equipe de pesquisa-ação, onde os membros passaram de uma *visão sincrética* – resultante do conjunto de várias ideias, pensamentos particulares de perceber o mundo – do problema para uma *visão analítica* do mesmo, onde, através da discussão e teorização, foi possível se chegar a uma *visão sintética* – resultante da fusão das várias ideias particulares–, formando um pensamento unificado e coerente com os atores e a situação vivenciada (VASCONCELLOS, 1992; CERVO et al., 2007).

Dessa visão sintética, por meio da discussão do grupo, nasceram as hipóteses de solução e, conseqüentemente, houve a seleção das soluções para compor o plano de ação e de avaliação da intervenção. Durante esse período foi discutido, conjuntamente com as hipóteses de solução, os objetivos que se almejavam alcançar e os elementos que compuseram os planos cruciais para uma pesquisa-ação: o plano de ação da intervenção e o plano de avaliação da intervenção

5.5.2 Plano de Ação para a Intervenção

Como fruto da discussão das hipóteses de solução, a equipe de pesquisa-ação elencou três objetivos que direcionaram a seleção dos resultados esperados e das estratégias de ação (Quadro 1). Foram esses os objetivos:

1. Compreender a organização do cuidado multiprofissional ao adolescente a partir da unidade hospitalar, como dispositivo de promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde.
2. Promover o cuidado às adolescentes e suas famílias, através da educação na saúde, a partir da unidade hospitalar, como dispositivo de promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde.
3. Provocar a (re)inserção do adolescente, a partir do hospital, na rede de atenção primária à saúde, buscando a promoção do cuidado específico a esta população.

Quadro 1 –Plano de ação para a linha de ação Teias do Adolescer

Objetivos	Resultados Esperados	Estratégias de Ação
1. Compreender a organização do cuidado multiprofissional ao adolescente a partir da unidade hospitalar, como dispositivo de promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde.	1. Compreensão da organização do cuidado multiprofissional ao adolescente, a partir do âmbito hospitalar, como dispositivo para a promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde.	1.1. Mapeamento da Rede de Atenção à Saúde do Adolescente.
2. Promover o cuidado às adolescentes e suas famílias, através da educação na saúde, a partir da unidade hospitalar, como dispositivo de promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde.	2. Promoção do cuidado à adolescente e sua família, através da educação na saúde, a partir do âmbito hospitalar, como dispositivo para a promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde.	2.1. Curso de Formação em Saúde do Adolescente.
		2.2. Oficina de Gestantes Adolescentes.
		2.3. Produção de Material Educativo.
3. Provocar a (re)inserção do adolescente, a partir do hospital, na rede de atenção primária à saúde, buscando a promoção do cuidado específico a esta população.	3. (Re) inserção do adolescente, a partir do âmbito hospitalar, na rede de atenção à saúde, buscando a promoção do cuidado específico a esta população.	3.1. Consultas Hebítricas de Enfermagem – com enfoque no Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento.
		3.2. Visitas Domiciliares para adolescentes em situações ginecobstétricas e suas famílias.

Para atender ao **primeiro objetivo**, foi elaborada a seguinte estratégia de ação:

1.1. Mapeamento da Rede de Atenção à Saúde do Adolescente. Essa estratégia será operacionalizada por meio de mais uma articulação da extensão com a pesquisa, onde, por meio de um estudo descritivo, buscará, de uma forma geral, caracterizar a organização da atenção à saúde que possam ser utilizados como pontos da Rede de Atenção à Saúde ao adolescente no município de Itabuna-BA, no que diz respeito à estrutura operacional dos elementos constitutivos desta rede.

Especificamente essa primeira estratégia buscara: a) Descrever a organização da atenção em saúde baseado na oferta que possam ser utilizadas como ponto de atenção na Rede de Atenção à Saúde ao adolescente; b) Estratificar, segundo a densidade tecnológica, as Unidades de Saúde como Pontos de Atenção Primários, Secundários e Terciários que possam ser utilizadas para assistência ao adolescente; e c) Descrever os Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Sistema de Assistência Farmacêutica e os Sistemas de Informação e Comunicação que possam ser utilizados para assistência ao adolescente.

Para atender ao **segundo objetivo**, foi elaborada as seguintes estratégias de ação: 2.1. *Curso de Formação em Saúde do Adolescente*; 2.2. *Oficina de Gestantes Adolescentes*; 2.3. *Produção de Material Educativo*.

O *Curso de Formação em Saúde do Adolescente* será operacionalizado por meio de uma articulação da extensão com o ensino será no formato de uma pós-graduação *latu sensu*. O curso terá um total de 540 horas das quais 420h serão de atividades teórico-práticas e as demais, 120h, serão de intervenção, supervisionada, nas suas respectivas unidades de trabalho, com vistas ao atendimento ao adolescente. Tendo como público alvo profissionais da equipe multidisciplinar que atendam adolescentes em situação ginecobstétrica no Hospital Manoel Novaes e profissionais da equipe multidisciplinar da Prefeitura Municipal Itabuna que atendam adolescentes. Para efeito de certificação, será necessária a entrega de um Trabalho de Conclusão de Curso - TCC a partir da intervenção/vivência de cada participante no desenvolvimento do processo de cuidar do adolescente.

A *Oficina de Gestantes Adolescentes* será realizada com 300 adolescentes durante o período de um ano, em cinco módulos por gestante, com direito a visita domiciliar dessas adolescentes em situações ginecobstétricas e suas famílias, além de oportunizar uma vivência prática. As oficinas buscarão integrar o ambulatório, fazendo o planejamento familiar, Crescimento e Desenvolvimento do Adolescente (CD do adolescente) no próprio de ambulatório. Buscará, também integrar o pré-natal e/ou outras ações presentes na rede municipal.

A *Produção de Material Educativo*, acontecerá em articulação com o Curso de Graduação de Comunicação Social da UESC, já que este curso é parceiro do o projeto

de ensino “Saúde do Adolescente: um processo de cuidar criativo”¹¹, aprovado pela UESC.

Para atender ao **terceiro objetivo**, foi elaborada as seguintes estratégias de ação: 3.1. *Consultas Hebiátricas de Enfermagem*; e 3.2. *Visitas Domiciliares para adolescentes em situações ginecobstétricas e suas famílias*.

As *Consultas Hebiátricas de Enfermagem* terão enfoque no acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento e acontecerão de forma articulada com as *Visitas Domiciliares para adolescentes em situações ginecobstétricas e suas famílias*. Ação que buscará atender as adolescentes que fizerem parto no HMN, seguido de visita familiar. A atenção à saúde não se restringirá ao puerpério, mas, também no CD da adolescente, onde poderá ocorrer a necessidade de reinseri-la nessa ação de acompanhamento, por entender que a adolescente, apesar da sua nova condição de mãe, precisa estar no CD do Adolescente para dar continuidade a atenção necessária a esta faixa etária. Além disso, buscará a acompanhar a vida familiar, a família da nova família.

O crescimento e desenvolvimento a qual nos referimos, não será só biológico, mas com uma proposta de fazer a adolescente crescer e se desenvolver nesse novo aspecto familiar que ela vai se encontrar. Poderemos estar inaugurando uma nova proposta de atenção à saúde, o Crescimento e Desenvolvimento de uma nova Família (CD da Família?), considerando que o filho de uma genitora adolescente tem uma grande probabilidade de ter um pai também adolescente, ou seja, poderemos nos deparar com uma criança e dois adolescentes que precisam de acompanhamento no que se refere ao Crescimento e Desenvolvimento, da criança e do adolescente, respectivamente. Nessa situação a atenção deveria ser, não só para os membros da família isoladamente e, sim, para o conjunto familiar num aspecto de dinâmica microsocial.

Essas duas últimas ações, como também as outras de uma maneira geral, acontecerão de forma articuladas com o projeto de ensino “Saúde do Adolescente: um processo de cuidar criativo”. Com a participação dos discentes dos Cursos de Enfermagem e de Comunicação Social da UESC, da equipe multidisciplinar (docentes e discentes) do Jovem Bom de Vida e do PROCENF. Este último assessorando nos

¹¹ Projeto de ensino da Disciplina Enfermagem Pediátrica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UESC e que funciona em articulação com o Núcleo de Extensão Jovem Bom de Vida (BITENCOURT et al., 2011)

aspectos referentes a sistematização das ações por meio do processo de enfermagem.

5.5.3 Plano de Avaliação da intervenção

Após a elaboração do plano de ação, para o plano de avaliação das intervenções, que também foi fruto da discussão das hipóteses de solução, a equipe de pesquisa-ação preparou alguns indicadores de avaliação das intervenções e da pesquisa-ação.

O processo de avaliação ocorrerá em duas dimensões, pelo usuário e pela equipe de profissionais envolvidos. Cada uma das dimensões terá duas formas de avaliação: uma que o grupo denominou de *avaliação processual* e *avaliação final*.

A *avaliação processual*, na dimensão do usuário, tem características subjetivas e se dará ao longo do desenvolvimento de cada atividade, de maneira a favorecer adaptações metodológicas e possibilidade de implementação de novas ações. A *avaliação final* acontecerá ao término de cada atividade estabelecida, terá características predominantemente quantitativas, baseados em indicadores previstos para cada atividade.

Na dimensão da equipe de profissionais, a *avaliação processual* tem características quanti-qualitativas, com base na percepção da equipe executora e nos indicadores para cada atividade (Quadro 2) que será realizada de forma cíclica, com periodicidade definida ao longo de todo o processo o que permitirá novas adaptações operacionais. A *avaliação final* acontecerá ao término de cada atividade, assumindo uma característica, predominantemente quantitativa, baseado nos indicadores previstos (Quadro 2).

Além dos indicadores de avaliação quantitativa expostos no Quadro 2, a equipe de pesquisa-ação deliberou sobre os aspectos qualitativos da avaliação das intervenções e da pesquisa-ação. Para isso, o grupo discutiu sobre as estratégias de coleta de dados aprovados na fase acadêmica da pesquisa e julgou-as apropriadas para fornecer dados qualitativos para a avaliação.

Quadro 2 – Indicadores de avaliação quantitativa das intervenções da linha de ação Teias do Adolescer

Estratégias de Ação	Indicadores de Avaliação
1.1. Mapeamento da Rede de Atenção à Saúde do Adolescente.	1.1.1. Caracterização da Organização da Atenção em cada unidade de saúde (Nome, nº CNESS, população assistida, área de abrangência, etc.). 1.1.2. Informações a respeito dos recursos humanos disponíveis (categorias profissionais, suas respectivas especialidades e agendas, e quais categorias/especialidades podem atender adolescentes). 1.1.3. Informações a respeito do atendimento aos adolescentes (componentes da consulta: exame físico, avaliação laboratorial, plano de ação por ocasião da primeira consulta do adolescente, entre outros). 1.1.4. Informações quanto aos programas desenvolvidos e quais podem ser utilizados pelos adolescentes.
2.1. Curso de Formação em Saúde do Adolescente.	2.1.1. Nº de profissionais concluintes. 2.1.2. Nº de TCC de intervenção implementados. 2.1.3. Nº de TCC de intervenção publicados.
2.2. Oficina de Gestantes Adolescentes.	2.2.1. Nº de adolescentes beneficiados. 2.2.2. Nº familiares de adolescentes, beneficiados. 2.2.3. Frequência nos Módulos. 2.2.4. Nº de Módulos Frequentados.
2.3. Produção de Material Educativo.	2.3.1. Módulos Educativos produzidos. 2.3.2. Cartilhas Educativas produzidas. 2.3.3. Livro disponibilizado para download no site da UESC. 2.3.4. Relatório Técnico disponibilizado para download no site da UESC.
3.1. Consultas Hebiátricas de Enfermagem – com enfoque no Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento.	3.1.1. Nº de adolescentes atendidos 3.1.2. Nº Familiares atendidos 3.1.3. Quantidade de consultas realizadas com cada adolescente
3.2. Visitas Domiciliares para adolescentes em situações ginecobstétricas e suas famílias.	3.2.1. Nº visitas realizadas 3.2.2. Quantidade de visitas realizadas em cada domicilio de adolescentes atendidos

5.5.3.1 Estratégias para coleta de dados qualitativos

Nesse sentido, além de decidir manter a técnica grupo de discussão, o grupo optou pela técnica de observação participante. Esta, segundo Appolinário (2004) é entendida como um processo de observação no qual o pesquisador participa ativamente como membro do grupo que ele próprio está estudando.

Complementaremos a coleta de dados com a observação participante por entendermos que esta ajudará na condução dos outros ciclos desta pesquisa-ação, “na medida em que favorece um contato maior com o cenário onde os dados estão sendo produzidos, além de conferir ao pesquisador um papel mais ativo na investigação” (ESPERIDIÃO, 2005, p. 91) e na elucidação e equacionamento dos problemas encontrados, embora deva respeitar o movimento do grupo sem sobrepor o seu próprio ideário.

É importante mencionar que esta técnica exige certo grau de improvisação por não oferecer um conjunto de regras fixas, ou um guia de percurso para o pesquisador em campo, já que este, no processo de observar e participar de uma dada realidade no campo de pesquisa, vai se deparando com problemas no campo e os resolvendo (TURRA NETO, 2011). Nesse sentido, “é no caminhar que cada um constrói seu próprio trajeto, que é único, porque cada realidade estudada é única e apresentará seus próprios problemas, que demandarão soluções originais” (TURRA NETO, 2011, p. 353).

Nos outros ciclos da pesquisa-ação o grupo procurará realizar a observação participante no âmbito hospitalar (Hospital Manoel Novaes) e nas unidades de saúde da rede de atenção à saúde, que se fizerem necessárias ao atendimento ao adolescente na perspectiva da integralidade do cuidado, norteados pelos pressupostos da pesquisa e adotando uma postura dialógica, ou seja, sem imposição, nem recusa, mas com uma relativização dos pressupostos da pesquisa.

Para nortear a observação, considerando o escrito nos parágrafos anteriores, o grupo estabeleceu algumas questões preliminares enquanto eixo principal, conformando, assim, um protocolo inicial para a observação, constando dos seguintes direcionamentos, apresentados sem uma ordenação hierárquica:

- Observar se os trabalhadores buscam identificar os problemas colaborativos e acionar outros profissionais para discutir situações problemas identificadas junto aos adolescentes. Como faz essa identificação e articulação?

- Para favorecer a identificação das unidades de saúde da rede de serviços do município necessárias para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. No hospital, existe algum material com identificação dos equipamentos sociais disponíveis no município, com identificação dos serviços oferecidos e modo de contato? Onde fica? Quem tem acesso a esse material caso ele esteja disponível?
- No momento de investigação do processo de enfermagem, a coleta de informações possibilita a identificação das respostas humanas aos problemas de saúde, acerca do contexto social, da área de abrangência do adolescente?
- Identificar junto ao trabalhador que está realizando a alta sobre os cuidados colaborativos para além do hospital, como por exemplo se foi providenciado algum contato com a rede de serviços do município, observar como este procede, principalmente se não tenha sido feito.
- O plano de ação para a organização do cuidado colaborativo ao adolescente na rede de serviços do sistema de saúde, a partir da atenção hospitalar, está sendo implementado? Quais são as dificuldades para implementação? Como as dificuldades estão sendo superadas?

Amparados ainda por Esperidião (2005), julgou-se que a combinação das técnicas de pesquisa grupais com a observação participante será importante, porque, ao mesmo tempo em que se estabelece relações com o grupo na situação investigada, colhendo dados, haverá a possibilidade de intervir propondo algo, como parte integrante do grupo, embora sem imposições, por compreender que, conforme Chizzotti (2006, p. 94), o **pesquisador profissional** (grifo do autor) precisa “imbuir-se das limitações de seu conhecimento sobre a realidade local, admitir relativa ignorância da realidade”.

5.6 O Momento de Avaliação

Concordando com os escritos de alguns autores, entre eles Melo Neto (2003); Richardson (2003); Thiollent (2009), a avaliação esteve, durante toda trajetória da pesquisa-ação, integrando a avaliação do processo – avaliação em ato e ao final de cada momento do processo ou ciclo menor da pesquisa-ação –, e avaliação dos

resultados alcançados – realizada ao final do processo de pesquisa ou ciclo maior –, para retroalimentar o sistema e influenciar a operacionalização dos ciclos subsequentes.

A Figura 16 visa demonstrar essa dinâmica ao exibir o momento de avaliação perpassando todos os outros momentos do processo de pesquisa-ação e acontecendo de forma processual, durante e após cada momento, como também ao final do processo, com a ponderação da situação inicial que motivou as ações de intervenção com os frutos alcançados.

Nesta pesquisa-ação, decidiu-se utilizar o momento de avaliação para a discussão analítica do processo de pesquisa vivenciado pelo grupo de pesquisadores, pesquisador acadêmico que assumiu o papel de coordenação da pesquisa e pelos sujeitos ativos do estudo que, por sua vez, assumiram o papel de pesquisadores colaboradores.

Dessa forma os aspectos analíticos da pesquisa-ação vivenciada serão discutidos no próximo capítulo, no qual buscou-se inter-relacionar o referencial teórico do estudo com o material empírico, procurando analisar o cuidado colaborativo do processo de enfermagem hospitalar como um dispositivo de promoção da integralidade na rede de serviços do sistema de saúde.

6 ASPECTOS ANALÍTICOS DO PROCESSO DE PESQUISA-AÇÃO DO TEIAS DO ADOLESCER

Neste capítulo, é trabalhado o material empírico oriundo das reuniões do grupo de discussão realizadas com os profissionais representantes das instituições que compõem o cenário de estudo. Este material foi analisado tendo como alicerce os conceitos que conformaram o quadro teórico, sendo também cotejado com a produção de outros autores que estudam os temas que emergiram no processo de codificação das transcrições das reuniões desse grupo.

Através da utilização dos recursos oportunizados pelo NVivo, mesmo não estando previsto na proposta de análise temática organizada a partir das experiências em pesquisa social de Gomes (2011) e (Minayo, 2013), começaremos com uma exploração geral dos dados empíricos, por meio do agrupamento de todas as codificações características de cada tema analítico, de maneira a formar um conjunto de dados que permite uma visão panorâmica das informações como um todo.

Em seguida os dados empíricos serão analisados conforme organização dos conjuntos de falas em temas de análise. O primeiro conjunto de falas das reuniões possibilitou a discussão sobre o tema de análise *Cuidado Colaborativo*, e compôs a primeira parte deste capítulo. O segundo permitiu desvelar a visão dos membros da equipe de pesquisa-ação sobre o tema *Integralidade da Atenção à Saúde*, compondo a segunda parte deste capítulo. Por fim, o terceiro conjunto de falas possibilitou uma apreciação sobre o tema *processo de enfermagem*.

De uma maneira geral, foi utilizado os recursos do NVivo para exploração e análise do material empírico. Dentre eles, a “*análise de agrupamento*” que gera um “diagrama de árvore” (Dendrograma) tornando fácil a visualização de semelhanças e diferenças nos conteúdos categorizados, e a “*consulta de pesquisa de texto*” que gera uma imagem de árvore de palavras, com galhos representando os diferentes contextos em que ocorre a palavra ou frase. Todas as imagens geradas por esses recursos são interativas, permitindo ao pesquisador trabalhar de forma autônoma na visualização dos dados.

A análise de agrupamento, mesmo sendo um recurso tradicionalmente utilizado em estudos quantitativos, o NVivo a oferece como uma ferramenta computacional

para estudos de natureza qualitativa, por permitir ao pesquisador explorar e ter uma visão abrangente sobre os aspectos qualitativos dos dados coletados. Esse recurso permitiu o cruzamento entre o conjunto de codificações que compuseram cada tema de análise, gerando uma imagem para visualização das semelhanças de codificação.

A árvore de palavras permite pesquisar os sentidos de um tema de análise, ao exibir os termos adjacentes, anterior e posterior, mais usados em relação a uma expressão ou palavra, exibindo de forma gráfica a base de dados qualitativos. Com esse recurso foi possível investigar, de forma panorâmica, o conteúdo das codificações em busca de tendências nas expressões dos sujeitos da pesquisa.

6.1 A exploração dos dados empíricos

Para a exploração do material empírico e, assim termos uma visão panorâmica dos dados codificados, sem, ainda se preocupar com uma análise mais profunda e específica de cada tema analítico, utilizamos o recurso do NVivo para a análise de agrupamento, que gerou um diagrama de árvore (Figura 17), onde as codificações semelhantes se agruparam num mesmo ramo e as codificações menos semelhantes, por sua vez, se agruparam em ramos mais afastados, permitindo identificar as similaridades de codificação entre os temas e subtemas de análise.

Dessa forma, conforme demonstrado na Figura 17, identificamos que houve conceitos semelhantes entre as codificações dos temas, revelando um agrupamento de similaridades de codificação maior entre os temas *cuidado colaborativo* e *processo de enfermagem* e uma menor relação, desses primeiros, com o tema *integralidade*.

Figura 17 – Diagrama de árvore do agrupamento por similaridade de codificação entre os temas *Cuidado Colaborativo*, *Integralidade* e *Processo de Enfermagem* dos dados empíricos do estudo. Via QSR NVivo®.

No que se refere a codificação do tema integralidade apresentar uma menor relação com a codificação dos outros dois temas, tal situação exposta pode representar que, embora ainda tenha encadeamento com os outros temas, vide Figura 17, a integralidade, no momento em que era exposta nas discussões, carregava o sentido maior de ser um princípio teórico do SUS do que algo vivenciado no processo de enfermagem e, conseqüentemente do cuidado colaborativo. Fato levado em consideração pela equipe de pesquisa-ação no momento de elaboração das intervenções, embora evidencia a necessidade de retomar a discussão do tema integralidade, relacionando-o com o cuidado colaborativo e o processo de enfermagem, nos próximos ciclos da pesquisa-ação. Retomaremos ao tema integralidade em uma seção específica para esse assunto (seção 6.3).

Tal situação de semelhança de conteúdo entre as codificações dos três temas pode ser corroborada, ainda utilizando o recurso acima referido, com um aprofundamento da análise por meio do agrupamento de todos os subtemas de análise em um único conjunto, de forma independente dos seus temas de origem.

A Figura 18 procura ilustrar e facilitar a compreensão das relações entre as codificações dos dados. Nela é possível perceber que, das dezesseis subcategorias de análise elencadas, doze delas se agrupam por possuírem similaridade no conteúdo

Figura 18 – Diagrama de árvore do agrupamento por similaridade de codificação entre os subtemas de análise dos dados empíricos do estudo. Via QSR NVivo®.

das codificações. Por outro lado, quatro das subcategorias formam outro grupo por semelhança de codificação. Essa figura ilustra também que existe um encadeamento formado pela interação entre os dois grupos, ou seja, mesmo compondo um conjunto próprio, os subtemas “educação em saúde”, “Educação Permanente”, “Integralidade” e “Intersectorialidade” têm alguma similaridade com o grupo composto pelos outros doze subtemas.

A exploração do material empírico revelou que, de uma maneira geral, não houve grandes disparidades de sentidos e conceitos na discussão dos referidos temas de análise, resultando num conjunto de codificações relativamente homogêneo, emergidos de uma visão sintética derivada de um pensamento unificado dos sujeitos colaboradores. Buscaremos nas seções seguintes um aprofundamento da análise por tema, de modo a compreender melhor o processo de organização para implantar o cuidado colaborativo à adolescente com condições ginecobstétricas, a partir da atenção hospitalar, como dispositivo na contribuição da promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde

6.2 O cuidado colaborativo na atenção à saúde na perspectiva da equipe do Teias do Adolescer

Numa tentativa de sistematizar a análise, este grande tema foi gerado a partir em dois subtemas, que por se interpenetrarem em todos os momentos de análise não houve necessidade de analisa-los separadamente, estamos falando dos subtemas “Colaboração” e “Cuidado Colaborativo”.

O subtema colaboração, se referindo a colaboração intraorganizacional, com ênfase nas relações estabelecidas entre os trabalhadores de uma unidade de saúde, e a colaboração interorganizacional, acenando para as relações entre as diversas unidades de saúde, em uma ação coordenada na tentativa de garantir a integralidade de que um usuário precisa;

O cuidado colaborativo, tendo o entendimento, de um modo geral, de ser uma prática comum a todos os profissionais de saúde, uma ação intrínseca na prática de enfermagem e um elemento integrante, mesmo que de maneira inconsciente, do processo de enfermagem.

O uso do recurso do NVivo árvore de palavras, permitiu, de maneira panorâmica, identificar as tendências nas expressões da equipe de pesquisa-ação durante as reuniões do grupo de discussão para implantação da Linha de Ação Teias do Adolescer. A árvore de palavras (Figura 19) ilustra, de maneira panorâmica, alguns contextos em que foram utilizados a expressão “cuidado colaborativo”. No NVivo, como as imagens são interativas, identifica-se o contexto ao clicar em um dos “ramos da árvore”, de maneira que o aplicativo aplica uma tarja em todas as expressões, anteriores e posteriores à expressão central (de análise) que formam o contexto. No exemplo da Figura 19, pela óbvia falta de interatividade oferecida por um sistema computacional, optamos por utilizar tarjas coloridas para exemplificar alguns contextos. Na tarja de cor verde lê-se: “...só em uma abordagem só. Por que no cuidado colaborativo vamos discutir os níveis de colaboração...” Nos faz localizar o seguinte trecho da codificação:

[...] no cuidado colaborativo vamos discutir os níveis de colaboração, qual é a colaboração multiprofissional, ou seja, do enfermeiro com outros profissionais de saúde e vice-versa (Grupo de discussão 14).

Figura 19 – Árvore de palavras do subtema de análise *Cuidado Colaborativo*. Com ordem de ramificações por nº de frequência. Via QSR NVivo®.

Esse recurso, aliado às percepções do pesquisador durante o processo de codificação, ajudou a compreender que as falas da equipe de pesquisa-ação, durante as reuniões do grupo de discussão, foram permeadas por uma preocupação com os preceitos do cuidado colaborativo (Figura 19). A importância desse tema, constantemente exposto nas discussões, pode ser reforçada com um trecho de uma publicação de Simeoni e De Santi (2012, p. XV):

A verdadeira natureza da assistência à saúde implica no estabelecimento de **relações colaborativas** entre os profissionais, os pacientes e suas famílias, uma vez que nenhuma profissão ou especialidade responde por si só às necessidades de saúde de uma pessoa (grifo nosso).

Nesse sentido, sabe-se que o estado de saúde das pessoas, a crescente complexidade da atenção à saúde e a grande prevalência de doenças crônicas, sejam elas associadas e múltiplas ou não, são influenciados por uma diversidade de fatores. Situação que exige a atuação de profissionais capazes de trabalhar em conjunto, já que a combinação de saberes e fazeres, com as devidas competências técnicas e relações peculiares a cada profissão de saúde, representa hoje em dia o mecanismo de maior efetividade para o melhoramento das condições de saúde de uma população (SIMEONI e DE SANTI, 2012).

Um conceito chave para o cuidado colaborativo é a “colaboração”. Vários dos seus conceitos foram abordados no capítulo que traz o referencial teórico e conceitual (capítulo 2), no entanto é oportuno acrescentar mais contribuições teóricas para ajudar a compreender de forma clara o significado da palavra e favorecer a análise da pesquisa-ação.

De maneira similar aos conceitos expostos no capítulo 2, Simeoni e De Santi (2012) afirma que colaboração significa o enfrentamento de problemas por meio do compartilhamento de decisões, coordenação de ações individuais de maneira vinculada à interdependência entre os atores envolvidos e responsabilidade coletiva dos resultados, guiados por uma gestão construtiva das diferenças, sendo um “processo pelo qual as partes identificam os diferentes aspectos de um problema, exploram, de forma construtiva, as próprias diferenças e procuram soluções que vão muito além da visão individualizada do que seja possível” (p. 3).

Esse raciocínio pode ser completado ao considerar que “colaborar” significa trabalhar cotidianamente com outros profissionais, para conseguir um benefício

compartilhado e obter um objetivo comum. No campo da saúde, esse conceito é praticamente inseparável daquele de excelência e não pode ser pensado somente em termos altruístas, mas também como um modo de alcançar objetivos comuns numa dinâmica de interdependência.

Essas concepções sustentam o ideário do grupo do Teias do Adolescer, conforme demonstra a manifestação abaixo:

A palavra já traz isso, colaborar um com o outro para um fim comum, o paciente ou cliente, sua família e a comunidade. Na verdade temos discutido muito isso, que muitas vezes nós enfermeiros ficamos apenas realizando atividades individuais que são da nossa competência, só que muitas vezes nos esquecemos que o objetivo não somos nós, enquanto profissional, mais a pessoa que está ali. Falando em colaboração... embora ela seja pequena, e comum, a palavra colaboração abrange várias coisas, ela é mais complexa do que se imagina. Nunca se esquecer de que o nosso objetivo enquanto profissional é atender a pessoa que está ali e a sua família. E pensando que se nós começarmos a cuidar desde criança e continuarmos em toda trajetória de sua vida, nós podemos formar uma rede de cuidados desde cedo. (Grupo de discussão 07)

O grande desafio, posto e exposto, pela equipe de pesquisa-ação deste estudo, é levar pessoas de diferentes núcleos de competência e responsabilidade, de diferentes setores de uma organização de saúde e de distintas unidades de saúde a trabalhar juntas. A esse respeito, após uma discussão teórica sobre o tema, foi possível identificar esse conceito permeando a discussão do grupo. Conforme se percebe nos seguintes discursos:

[...] tem vários tipos, vários níveis de colaboração e todos devem se encontrar. Tem a colaboração da equipe multiprofissional, ou seja, ela pode ser multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar. Além disso, ele pode ser interinstitucional. Então temos colaboração somente dentro de uma equipe em que os profissionais trabalham dentro de uma instituição, ou ela pode extrapolar os limites de uma instituição, e, assim, ser intra ou interorganizacional... aí já vai casando com a proposta do Ministério da Saúde para as redes de atenção à saúde (Grupo de discussão 07).

[...] do ponto de vista do cuidado colaborativo ao adolescente, essa questão, como é o atendimento a essa adolescente quando chega na consulta do pré-natal de alto risco? permite o vínculo com essa adolescente para que ela se sinta à vontade voltar? a parte da adesão, será o que se deve a isso? Até por que, o que vem depois é ambulatorial mesmo... e pré-parto, parto, pós-parto dentro da unidade hospitalar. (Grupo de discussão 14).

O adolescente...é uma população que demanda, justamente, um atendimento multidisciplinar de fato, não o atendimento de múltiplas especialidades médicas, multidisciplinar não para área médica, mas multidisciplinar de verdade com psicólogo, com psiquiatra, com a assistente social, com nutricionista (Grupo de discussão 01)

Observa-se, nessas falas, o entendimento de que, como enunciava Osher (2002), a colaboração deve extrapolar o espaço interno das instituições de saúde, num esforço para unir unidades de saúde e pessoas com o objetivo de tentar alcançar o princípio da integralidade na atenção ao adolescente, que se torna muito mais difícil de ser alcançada por indivíduo ou organização que atue sozinho, não se limitando a, apenas, redesenhar fluxogramas organizacionais.

Esses discursos e essa fundamentação teórica trazem indicações da integralidade vista sob o ângulo do indivíduo e do sistema de saúde, podendo ser reforçados com os escritos de D'amour et al. (2008) ao salientar que, diante do cuidado colaborativo, os profissionais de saúde são confrontados com um pedido de colaboração tanto interprofissional como interorganizacional. Tal situação requer uma reestruturação do processo de trabalho, entre os profissionais de diferentes disciplinas e entre as distintas instituições, ambos em diferentes níveis de atenção: primárias, secundárias e terciárias.

A respeito da colaboração interorganizacional pode-se entender que é possível que ela seja, também, intersetorial a depender da integralidade que se precisa. Emparelhando com os preceitos da Conferência de Alma-Ata ao abordar o cuidado, também, com determinantes sociais e não só biológico, mas um reflexo e consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas. Esse assunto é corroborado pela Organização Mundial de Saúde, ao afirmar que:

A colaboração interprofissional intersetorial, entre a saúde e setores relacionados, é também importante porque auxilia no alcance de determinantes de saúde mais amplos, como melhor moradia, água encanada, segurança dos alimentos, educação e uma sociedade sem violência (OMS, 2010, p. 19).

A possibilidade de uma abordagem de atenção à saúde, nas atividades da Linha de Ação Teias do Adolescer, que leve em consideração os determinantes sociais do processo de saúde e doença, pode ser reconhecida ao identificar uma afinidade como o conteúdo do relatório da Conferência de Alma-Ata, como evidencia os seguintes discursos:

[...] um dos objetos é a análise do contexto social econômico cultural dos adolescentes da rede, e é interessante fazer isso porque uma vez a gente fez isso e acompanhou na escola particular aqui de Itabuna e identificou que a gente não só precisa atender apenas o colégio público, não é apenas o colégio público que precisa do SUS, pois só 2% dos alunos tinham plano de saúde, 92% eram atendidos pelo sistema único de saúde e a escola não fazia um acompanhamento da saúde desse aluno. (Grupo de Discussão 10)

Na verdade um questionamento é que o problema de gravidez na adolescência não é só um problema de saúde pública e sim um problema socioeconômico, pelo ciclo de pobreza que isso gera. Ela não está pronta nem biologicamente nem economicamente para ter um filho [...] É importante essa discussão, pois ela nos leva a pensar em que tipo de abordagem ginecobstétrica vamos abordar nessa adolescente, aí nós podemos substituir as situações ginecobstétricas por abordagem ginecobstétricas e ali agente fazer essa leitura biológica e essa leitura social que a gente está falando. Substituir o tópico por abordagens ginecobstétricas na adolescência, e aí dentro agente abriria essas outras reflexões de trabalho. (Grupo de Discussão 14)

A Linha de Ação Teias do Adolescer tem a possibilidade de incorporar ações de Intersetorialidade, extrapolando o campo da saúde, na operacionalização das suas atividades com as ações integradas ao programa Viv-Á-arte, e assim colaborar com a Fundação Marimbeta para minimizar o índice de exposição dos jovens à violência, criminalidade, drogas e prostituição, por meio de ações de caráter transversal entre a saúde, educação, esporte, arte e lazer, favorecendo o princípio da integralidade no cuidado.

No entanto, é importante ressaltar que, a colaboração entre as instituições, principalmente as de saúde, não é garantia de transformação da tradicional relação hierárquica entre os serviços de saúde e os adolescentes e suas famílias. Perspectiva que deve ser levada em conta nos próximos ciclos desta pesquisa-ação para operacionalização da Linha de Ação Teias do Adolescer na busca de promover o cuidado ao adolescente, sob a perspectiva da integralidade, a partir do âmbito hospitalar. Esta observação está implícita também na seguinte fala:

[...] o cuidado colaborativo... nós precisamos fortalecer esse conceito como eixo da organização do cuidado, dentro de todo o sistema de saúde. Aí sim, podemos pensar na rede como uma estratégia para o cuidado, por que se não acontecer isso, serão as ilhas de atenção à saúde, serão ilhas que não contemplarão a integralidade, essencialmente [...] o cuidado colaborativo não tem que ser apenas dentro do hospital, mas precisa sair das paredes do hospital e abranger várias áreas, por que se a colaboração vier somente do hospital não vai adiantar, pois depois de receber alta, o adolescente vai

retornar para a sua residência, pra sua vida cotidiana e voltar a apresentar os mesmos problemas retornando, assim, novamente para o hospital [...] realmente o cuidado colaborativo é amplo. Ele está começando a entrar em evidência agora, porque se entende que ele, por ser amplo, acaba abrangendo e dando suporte à complexidade que é cuidar da saúde. O cuidado colaborativo dá suporte à clínica ampliada porque trabalha na perspectiva de projeto terapêutico. (Grupo de discussão 07)

Independentemente de ser uma colaboração intraorganizacional – entre equipes de profissionais em um setor e/ou entre setores de uma unidade de saúde –, ou colaboração interorganizacional – entre equipes de unidades de saúde diferentes ou entre as diversas instituições –, um elemento essencial em todo o processo é o fator humano. Pois, como afirma Hansen (2010, p. 16), “a colaboração precisa envolver pessoas: se tudo o que acontece é enviar informações de um lado para o outro entre as unidades, isso não é colaboração”.

Esse pensamento de Hansen (2010) é compartilhado pela própria equipe do Teias do Adolescer, ao se referir à “encaminhoterapia”, onde, além de somente enviar informações de um lado para outro e, mesmo assim, perpetuando a desinformação, envia os usuários de um lado para o outro, de uma unidade para outra, incluindo este numa roda viva de desinformação e prejudicando a atenção à saúde na perspectiva da integralidade. Como podemos perceber na seguinte fala:

No âmbito da atenção ao adolescente, talvez seja o grupo que mais nos deixe mais certos, no sentido de que não dá para fazer o cuidado do adolescente sem ele ter toda a integralidade, toda a questão do cuidado, tanto o cuidado de enfermagem, como o cuidado colaborativo. O Cuidado colaborativo, não no sentido de estar somente dentro da “encaminhoterapia”, onde tudo o que eu não posso resolver encaminho, mas como uma discussão de casos em que todos, com a sua competência, dentro do seu contexto, decidam uma linearidade do processo de cuidado. Então, assim, que conduta vamos tomar para esse indivíduo? de forma linear, nomeia a competência de um enfermeiro que, com a colaboração de outros profissionais, seja médico, psicólogo, nutricionista, vai buscar uma linha de cuidado para esse adolescente. (Grupo de discussão 07)

No entanto, para que a Linha de Ação Teias do Adolescer, não incorra nesse erro de somente enviar informações e usuários de um lado para o outro entre as unidades, e até entre profissionais de uma unidade, é necessário saber quando está, ou se está, realmente, fazendo colaboração. A afirmação de Hansen (2010), pode ser reforçada ao recorrer a um suporte teórico para entender a modelagem da

colaboração. Estamos nos referindo ao Modelo 3C de Colaboração. Este modelo científico é uma representação lógica do fenômeno colaboração, descrevendo-o de forma abstrata e conceitual, definindo a colaboração como a composição de “Comunicação”, “Coordenação” e “Cooperação”, baseando-se na premissa de que, para colaborarem os atores sociais precisam realizar ações desses três componentes (FUKS et al., 2008).

Como visto, o Modelo 3C de Colaboração analisa as três dimensões essenciais da colaboração, onde a Dimensão Comunicação é voltada para a ação e caracteriza-se pela troca de mensagens, pela argumentação e pela negociação entre pessoas – enquanto se comunicam, as pessoas negociam e tomam decisões; a Dimensão Coordenação caracteriza-se pelo gerenciamento de pessoas, atividades e recursos – ao se coordenarem, os atores envolvidos lidam com conflitos e organizam as atividades para evitar o desperdício de comunicação e dos esforços de cooperação; e a Dimensão Cooperação, por sua vez, é caracterizada pela atuação conjunta no espaço compartilhado para alcançar um determinado objetivo (GEROSA et al., 2005; PIMENTEL et al., 2006; FUKS et al., 2008).

No Modelo 3C de Colaboração, os seus três elementos se relacionam, representando, dessa maneira, a dinâmica pela qual a colaboração ocorre entre os atores sociais. Nele a **comunicação** é utilizada pela cooperação e coordenação, gerando compromissos e possibilitando a colaboração. Já a **coordenação** fornece os meios necessários, para que indivíduos comuniquem-se e **cooperem** de forma harmoniosa (GEROSA et al., 2005; PIMENTEL et al., 2006; FUKS et al., 2008).

Com base no Modelo 3C de colaboração, a equipe Linha de Ação Teias do Adolescer, deve se basear na premissa de que, para colaborarem, e assim operar o cuidado colaborativo, os atores envolvidos necessitam realizar ações de comunicação, coordenação e cooperação. Nos próximos ciclos desta pesquisa-ação, esse modelo deverá ser amplamente discutido, e ser explorada as diversas possibilidades de compromisso para que se efetive a colaboração e estabeleça elaboração dos fluxos e das ações.

Como as primeiras falas do grupo de discussão expostas acima, revelam uma preocupação com o cuidado colaborativo intraorganizacional e interorganizacional, uma especial atenção deve ser dada à dimensão cooperação, que é caracterizada pela “atuação conjunta no espaço compartilhado”. É preciso haver clareza do que significa “espaço compartilhado”. Os autores supracitados, que abordam o Modelo 3C

de Colaboração, não deixam claro o que se constitui o espaço compartilhado de que tratam. Hora dando a entender que esse espaço faz parte de um ambiente interno de uma organização, hora dando pistas de que esse espaço pode ser ampliado para o ambiente extraorganizacional.

A discussão desse tema, nos próximos ciclos da pesquisa-ação, será importante para contribuir com a proposta do cuidado colaborativo interorganizacional. Além dos autores supracitados, a discussão pode ser enriquecida com o texto de Vivacqua e Garcia (2012), que trata da ontologia da colaboração. Nele as autoras fazem uma distinção entre os espaços de trabalho, relacionando-os com a localização dos participantes: o espaço de trabalho “co-localizado”, no qual os profissionais estão fisicamente em um mesmo local, e o espaço de trabalho “distante ou remoto”, no qual os participantes estão fisicamente distantes, sendo necessário algum meio para estabelecer a interação.

Analizando o plano de ação elaborado no *momento de planejamento processual* dessa pesquisa-ação, especificamente na estratégia 2.1 *Curso de Formação em Saúde do Adolescente*, percebe-se uma aposta do grupo em promover uma formação que valoriza o cuidado colaborativo, ao ter como público alvo profissionais da equipe multidisciplinar que atendam adolescentes no âmbito hospitalar e na rede de serviços da SMS de Itabuna. No entanto, é preciso ficar atento a esse aspecto nos próximos ciclos da pesquisa-ação. Se possível, até rever a redação do objetivo que direciona essa estratégia, o qual não explicita o cuidado colaborativo como dispositivo de facilitar a promoção da integralidade.

Ao promover um curso de formação multidisciplinar, a equipe da Linha de Ação Teias do Adolecer se mostra afinada com as orientações da Organização Mundial de Saúde – OMS. Embora seja necessário utilizar como referência nos próximos ciclos da pesquisa-ação, especificamente para a construção do Projeto Político-Pedagógico do curso, o “*Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*”, uma publicação da OMS, como resultado do trabalho do Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Nos chama a atenção o protagonismo da enfermagem nas práticas colaborativas, já que esta publicação foi produzida pelo Gabinete da Rede de Profissões de Saúde - Enfermagem & Obstetrícia da OMS (OMS, 2010).

A respeito da formação profissional para práticas colaborativas, a OMS considera a colaboração interprofissional na educação e na prática profissional como

uma estratégia inovadora que desempenhará um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde. Essa modalidade de ensino acontece “quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde” (OMS, 2010, p. 10), sendo um passo importante para a formação de força de trabalho colaborativa preparada para responder às necessidades de saúde locais, de modo determinante na transição de sistemas de saúde fragmentados para uma posição mais fortalecida.

Como resultado da formação dessa força de trabalho colaborativa temos a “prática colaborativa”, que em essência equivale ao que chamamos de cuidado colaborativo, e consideramos, então, uma variação vocabular. Vejamos o significado de prática colaborativa:

[...] acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade. Ela permite que os profissionais de saúde integrem qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde locais (OMS, 2010, p. 7).

Algumas diretrizes do curso podem potencializar a operacionalização das orientações da OMS, tais como: ser multidisciplinar, oferecer atividades teórico-práticas e de intervenção nas respectivas unidades de trabalho do profissional-aluno e ter o Trabalho de Conclusão de Curso – TCC direcionado para a intervenção/vivência de cada participante no desenvolvimento do processo de cuidar do adolescente. Caso a equipe gestora e executora da Linha de Ação Teias do Adolescer leve em consideração as orientações da OMS, o referido curso poderá potencializar mudanças de atitude entre os profissionais. Como pensa a própria equipe do Teias do Adolescer:

[...] após você apreender, você precisa elaborar para que isso crie uma atitude, significa que você tem acesso a informação, você elabora esse conhecimento para poder, ou não, transformar isso em uma atitude. Então só podemos finalizar o processo educação se esse processo gerar uma atitude, essa é a diferença (Grupo de discussão 14).

Essa mudança de atitude pode ser estimulada com uma educação interprofissional – Poderemos chama-la de *educação colaborativa*? –, Mudança de atitude inclusive em profissionais que já atuam em equipes, porque uma *educação colaborativa* poderá formar uma base para o cuidado colaborativo, mesmo que a equipe do Teias do Adolescer possa vir a ter a compreensão de que, como afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010, p. 20):

A educação interprofissional e a prática colaborativa não são panaceias para todos os desafios que o sistema de saúde possa enfrentar. No entanto, quando aplicadas adequadamente, têm condições de dotar os profissionais de saúde das habilidades e dos conhecimentos necessários para enfrentar os desafios do complexo sistema de saúde mundial.

Dessa forma a realização do *Curso de Formação em Saúde do Adolescente* poderá vir a ser uma oportunidade não só de mudar o modo de pensar sobre a educação permanente dos profissionais da saúde para atenção ao adolescente, mas também uma oportunidade de rever e reconsiderar os métodos tradicionais de prestação de assistência à saúde, como um todo. Acredita-se que não estarmos falando somente de mudanças de práticas educativas, mas também de mudanças na cultura da saúde.

Analisando ainda o plano de ação do Teias do Adolescer, o *Curso de Formação em Saúde do Adolescente* juntamente com as estratégias *Oficina de Gestantes Adolescentes*, as *Consultas Hebíatricas de Enfermagem* – com enfoque no Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento – e as *Visitas Domiciliares para adolescentes em situações ginecobstétricas e suas famílias*, pode-se relacioná-las aos tipos de colaboração proposto por Iliadi (2010): a colaboração primária, a secundária e a participativa.

A *colaboração primária*, que segundo (Iliadi, 2010), diz respeito ao trabalho conjunto entre o usuário e profissional para lidar com uma situação difícil, pode ser pensada para um modelo de colaboração para as estratégias: *Oficina de Gestantes Adolescentes*, as *Consultas Hebíatricas de Enfermagem* e as *Visitas Domiciliares*. Essas estratégias podem oportunizar a equipe executora da Linha de Ação Teias do Adolescer a prática do cuidado colaborativo, também, com o envolvimento dos adolescentes e sua família, que são os usuários e os maiores beneficiários desse modelo de trabalho.

A *colaboração secundária*, que diz respeito ao trabalho conjunto entre vários profissionais para o benefício do usuário sem a presença deste. Esse tipo de

colaboração pode acontecer durante as atividades teóricas do *Curso de Formação em Saúde do Adolescente*, já que as relações estarão mais restritas aos profissionais alunos do curso. No entanto, durante as atividades práticas e de intervenção, neste mesmo curso poderá ser explorada a colaboração primária e, até, a participativa.

Em outro patamar, a *colaboração participativa*, que diz respeito às relações entre o indivíduo e o grupo de profissionais, quando o usuário está presente e participa na tomada de decisões, poderá ser exercitada nas estratégias *Oficina de Gestantes Adolescentes*, as *Consultas Hebiátricas de Enfermagem* e as *Visitas Domiciliares*. Podemos considerar a colaboração participativa como um progresso da colaboração primária, onde esta última pode ser pensada como o início, a preparação, ou, até, disparadora da colaboração participativa.

Essas quatro estratégias podem ser vistas, ainda, sob o ponto de vista da “equipe integração”, na tipologia proposta por Peduzzi (2007). Parte-se do pressuposto de que a colaboração é uma condição prévia para a integração, de que a colaboração seja uma estratégia para se atingir o conceito muito mais amplo de integração, onde a colaboração é uma pré-condição para a integração e um dos métodos usados para criar integração. Nesse sentido, o exercício das atividades nas quatro estratégias referidas poderá favorecer a uma dissolução da hierarquia, das fronteiras profissionais e das desigualdades de poder e tomada de decisão, como sinalizaram Boon *et al.* (2009), e abordado no capítulo das bases teóricas.

O que nos faz acreditar que o cuidado colaborativo, aprendido e exercitado nessas estratégias de ação, poderá servir como uma atividade meio, uma maneira de preencher uma lacuna existente entre os polos: fragmentação e integração. Assim, o cuidado colaborativo contribuiria para o alcance da integralidade da saúde por possibilitar a integração entre usuários e profissionais de saúde, equipes multiprofissionais, instituições de saúde e, até, com organizações fora da esfera da saúde.

Como percebido na discussão deste tema de análise, é importante que o grupo de pesquisa-ação do Teias do Adolescer mantenha o entendimento de que a complexidade inerente à saúde humana exige a implicação de profissionais de saúde com um conceito ampliado do processo saúde-doença e, portanto com o reconhecimento e valorização da diversidade de conhecimentos, próprios de cada núcleo de competência e responsabilidade, para colaborarem em equipes interdisciplinares e em redes de serviços para proporcionar uma melhor atenção ao

usuário, ou seja, exige que a interdisciplinaridade, e até a intersetorialidade, seja um princípio básico para a operacionalização do cuidado colaborativo. Dessa forma, é possível favorecer a crença de que o cuidado colaborativo, integrante do processo de enfermagem, pode ser compreendido como um dispositivo para a conexão dos diversos pontos da rede de serviços de saúde, pensando a integralidade do cuidado de forma estendida no SUS.

6.3 A integralidade na atenção à saúde na perspectiva da equipe do Teias do Adolescer

O tema que trata da integralidade foi organizado a partir da fusão de três subtemas: “Cuidado integral”, “Integralidade” e “intersectorialidade”. Esses três subtemas, mais uma vez, se interpenetraram em todos dos momentos da análise de forma que foram analisados conjuntamente.

Aqui também o recurso do NVivo árvore de palavras, permitiu, de maneira panorâmica, identificar as tendências nas expressões da equipe de pesquisa-ação durante as reuniões do grupo de discussão para implantação da Linha de Ação Teias do Adolescer. Por meio desse recurso, foi possível ter uma visão panorâmica de alguns contextos em que foram utilizados o termo “integralidade”. A Figura 20 ilustra esses contextos, onde, mais uma vez, utilizamos tarjas coloridas para exemplifica-los. A árvore de palavras, que agilizou a localização de alguns trechos codificados para aprofundar na interpretação, reforçou as percepções do pesquisador durante o processo de codificação, ao compreender que as falas da equipe de pesquisa-ação,

Figura 20 – Árvore de palavras do subtema de análise *Integralidade*. Com ordem de ramificações por nº de frequência. Via QSR NVivo®.

durante as reuniões do grupo de discussão, apresentaram recorrência em alguns temas menores. Dentre eles podemos destacar: “Redes de Atenção à Saúde”, “cuidado integral”, “cuidado multidisciplinar” e “colaboração interorganizacional”.

Para discussão desse tema, pensando no objeto de estudo, é importante retomarmos a discussão de integralidade, proposta por Cecílio e Merhy (2007), onde esses autores afirmam que a atenção à saúde, a partir do âmbito hospitalar, pode ser percebida a partir de dois ângulos, já discutidos na seção anterior: a) atenção intraorganizacional, que diz respeito à integralidade do cuidado promovido dentro do próprio âmbito hospitalar, com a conjugação do trabalho dos vários profissionais ali existentes, e b) a atenção interorganizacional, que diz respeito à integralidade agenciada para além do hospital, tendo este ângulo como referência para a inserção do hospital no sistema de saúde. Onde a integralidade organizada para além do hospital só pode ser obtida em rede, onde uma linha do cuidado pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde para atingir, ou no mínimo ter uma aproximação mais intensa com a integralidade de que o usuário precisa. Muitas falas do grupo de discussão mencionam esse tema. Dentre elas podemos destacar:

[...] essa adolescente vai chegar ao HMN, se ela chegou ao HMN é porque existe a necessidade de uma intervenção específica, e que o hospital está habilitado a dar suporte, mas é uma necessidade específica, e não toda a necessidade do adolescente, que abrange o âmbito hospitalar. O papel do hospital é reconhecer que ele é capaz de fazer o que já faz, o que ele precisa modificar e como incorporar essa ideia dentro do âmbito hospitalar. (Grupo de discussão 07)

[...] o cuidado colaborativo específico ao adolescente pode ser feito em qualquer serviço de saúde, que faça parte da rede. (Grupo de discussão 01)

[...] construir redes de apoio para adolescente. (Grupo de discussão 04)

[...] às vezes esse cuidado colaborativo multidisciplinar precisa acontecer ainda dentro do hospital, ... por exemplo oferecer nutricionista para ele, oferecer psicólogo. Mas, se a gente parte do princípio que não vai estabelecer a cura, e o hospital não garante isso, ele vai compensar o paciente no período mais crítico, sendo que o cuidado continua após a intervenção hospitalar, podendo até a levar a cura ... então... aí a gente lança mão do que o restante da rede dispõe para atendê-los. Caso necessário, continuando no exemplo exposto, o município tem nutricionistas, tem unidades com atendimento psicológico, a gente vai fazendo esse levantamento e vai fazendo esse direcionamento, continuando atendendo as necessidades específicas daquele adolescente o qual o hospital compensou clinicamente, mas que precisa de suporte psicológico que requer um tempo maior que o período de

internação. É importante que comece no hospital e continue após a alta. Mesmo nas situações na qual o hospital geral não está garantindo, por compreender seu papel somente de reversor de um período crítico, é necessário identificar, no restante da rede, qual unidade vai ter um psicólogo que possa acompanhá-lo. A ideia é dar continuidade a esse acompanhamento. (Grupo de discussão 01)

Saindo do assistencial e indo para o administrativo em rede, o cuidado não pode ficar somente voltado para só um único ambiente, pois forma uma rede, e por ser rede, nós temos essas ações interdependentes, e aí o cuidado colaborativo cai muito bem. (Grupo de discussão 07).

Podemos perceber que o grupo de discussão tem o entendimento de que, a partir do que Cecilio (1997) defende a respeito da entrada no sistema de saúde, o hospital deve ser visto como uma estação no circuito do sistema de saúde, onde o cuidado colaborativo pode servir de instrumento para repensar o hospital enquanto, também, uma das portas de entrada do sistema de saúde, conectando-o, de forma mais adequada, à rede de serviços de saúde. Pensando-o como uma estação no circuito que cada usuário percorre para obter a integralidade que necessita.

Dessa forma, como é abordado por Mendes (2001), emerge a importância da estruturação de uma multiplicidade de serviços organizados em rede, constituídos por meio de vários pontos de atenção à saúde, onde há necessidade de gestão estrutural e de gestão do cuidado, buscando garantir a disponibilidade e a qualidade da atenção para que a integralidade seja alcançada. Onde o conceito de integralidade remete ao de integração de serviços, reconhecendo a interdependência dos atores (colaboração intraorganizacional) e das organizações de saúde (colaboração interorganizacional).

Esse discurso teórico e empírico nos convida a retomar o debate promovido por Mattos (2001) ao discutir um conjunto de sentidos da integralidade, que se interpenetram e se completam.

Para o cuidado colaborativo intraorganizacional, pensando sob a perspectiva de Mattos (2001), dois conjuntos de sentidos podem ser melhor percebidos. O primeiro, se referindo às práticas dos profissionais de saúde e, o segundo, se referindo ao modo de organização dos serviços. Com a combinação dos dois sentidos, no interior dos serviços de saúde, é possível, por meio das “boas práticas” dar respostas às necessidades do adolescente, de maneira que não reduza essa resposta a um aparelho ou sistema biológico, entendendo que muitas alterações biológicas são características dessa faixa etária e, possivelmente, passageiras. Para tanto, os

profissionais de saúde precisam promover a reorganização da equipe de saúde e seus processos de trabalho, por meio de uma clínica ampliada e encontro interprofissional com o adolescente usuário do sistema de saúde.

Embora o terceiro conjunto de sentidos também impactem o cuidado colaborativo intraorganizacional, pensando ainda sob a perspectiva de Mattos (2001), esse terceiro conjunto, o das respostas governamentais aos problemas de saúde, pode ser melhor percebido no cuidado colaborativo interorganizacional. Aqui diz respeito às políticas especialmente desenhadas de maneira a atender às necessidades da população de adolescentes, de maneira contextualizada, integrando e interconectando programas e serviços de saúde, nas dimensões preventivas e assistenciais específicas para essa população.

Até agora o princípio da integralidade tem sido abordado nas dimensões intraorganizacional e interorganizacional. No entanto, o grupo de discussão do Teias do *Adolescer*, numa abordagem inovadora em relação ao tradicional acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento do Adolescente (CD do adolescente), tendo os enfermeiros como protagonista desse processo, propõe uma integralidade da atenção à saúde estendendo-a até o ambiente domiciliar, numa perspectiva de uma integralidade do cuidado na dinâmica familiar – com uma abordagem coletiva no grupo familiar –, e não só uma integralidade individual dos membros da família. Dessa forma, evitando a fragmentação do cuidado, representada pela atenção isolada e descontextualizada aos indivíduos da família, e promovendo um cuidado mais integrado à dinâmica familiar. Conforme se vê no seguinte discurso:

A proposta do Teias é atender essas adolescentes. Ela faz o parto aqui no hospital... ela recebe a visita domiciliar, não só no puerpério mas também depois, para tentar reinserir ela no CD do adolescente. A adolescente precisa estar no CD. Dentro do CD ela faz o que é necessário, na perspectiva de Crescimento e Desenvolvimento. E também acompanhar a vida familiar, a família da nova família. Esse Crescimento e Desenvolvimento não é só biológico. Como a proposta é fazer o adolescente crescer e se desenvolver nesse novo aspecto familiar que ela vai se encontrar, vamos dar o suporte para isso. [...] Por outro contexto, o CD familiar seria a gente chegar e dizer assim: essa adolescente precisa voltar para o CD, beleza, mais ela não vai mais estar sozinha, ela tem um outro adolescente que, na maioria das vezes, é o pai do bebê, porque ele não é marido, não é companheiro é só o pai do bebê. E aí é uma outra perspectiva, um outro contexto para o CD, o Crescimento e o Desenvolvimento dos três, da mãe adolescente, do bebê e do pai do bebê, que muitas vezes também é adolescente, de forma indissociada e de forma integrada. A tecnologia do próprio sistema de saúde, a equidade que cada um precisa isoladamente, de uma atenção integral [...] Será que não estaremos inovando ao acompanhar o CD da mãe adolescente, do pai adolescente e do novo membro da família os filhos desses adolescentes? Estaríamos inventando, criando um "CD da Família", ou "CD

Familiar? Será que poderíamos ir além do biológico e, também, fazer o acompanhamento do CD da família nos seus aspectos sociais, onde a Fundação Marimbeta teria um papel preponderante? (Grupo de discussão 13).

[...] o que tem haver saúde do adolescente com saúde do idoso? Existe muita relação, ainda mais quando a gente pensa que essa gestante... ela volta para dentro de casa com o “brinde”: o bebê e, às vezes, o agregado que é o pai do bebê, tendo impacto inclusive na saúde do idoso que vive nessa residência, dentro do círculo familiar. As relações ficam bastante comprometidas. (Grupo de discussão 14)

A partir dessa proposta, a Linha de Ação Teias do Adolescer, tem a possibilidade de extrapolar o campo da saúde e operacionalizar um cuidado colaborativo intersetorial, por meio do planejamento e implementação de ações integradas em colaboração com o programa Viv-Árte da Fundação Marimbeta em Itabuna. Fato que sinaliza que nos próximos ciclos desta pesquisa-ação, essa proposta do “CD Familiar” deverá ser, também, amplamente discutida para que se possa desenvolver essa ideia, tornando mais claras as diversas possibilidades de efetivar uma nova maneira de promover a integralidade do cuidado.

Outro aspecto a ser discutido e trabalhado pelo grupo, diz respeito a essa concepção de CD familiar ter estreita relação com a Estratégia da Saúde da Família quando esta última estabelece como objeto de trabalho da equipe, o usuário inserido em seu ambiente intra e extra familiar (BRASIL, 1997). Portanto esses aspectos podem ser constituintes de pontos comuns para se trabalhar na perspectiva da integralidade e também na formação de redes.

6.4 O processo de enfermagem no contexto do Teias do Adolescer

O tema analítico que trata do processo de enfermagem foi organizado a partir da fusão de nove subtemas: “Bases Teóricas da Enfermagem”, “Cuidado de Enfermagem”, “Educação em Saúde”, “Educação Permanente”, “Gestão Administrativa”, “Gestão do Cuidado”, “Processo de Enfermagem”, e “Processo de Trabalho”. Da mesma forma que nos dois temas de análise anteriores, todos esses subtemas, mais uma vez, se interpenetraram em todos dos momentos da análise de maneira que foram analisados conjuntamente.

Figura 21 – Árvore de palavras do subtema de análise *Processo de Enfermagem*. Com ordem de ramificações por nº de frequência. Via QSR NVivo®.

O recurso do NVivo árvore de palavras (Figura 21), mais uma vez, permitiu identificar as tendências nas expressões da equipe de pesquisa-ação durante as reuniões do grupo de discussão. Por meio desse recurso, foi possível ter uma visão panorâmica de alguns contextos em que foram utilizados o termo “processo de enfermagem”.

Para compreender o porquê de havermos agrupado tantos subtemas de natureza diversa é preciso retomar algumas discussões para entendermos de que processo de enfermagem estamos falando.

A equipe de pesquisa-ação do Teias do Adolescer partiu do princípio de que o processo de enfermagem é um modo especial de pensar e agir sistemático, usado para identificar, prevenir e tratar problemas atuais e potenciais de saúde e promover o bem-estar do ser humano e oferece uma estrutura científica, na qual os enfermeiros usam para coordenar e resolver problemas, que oferece uma direção para o planejamento, implementação e avaliação das ações, e envolve uma interação entre o usuário e o profissional (WILKINSON, 1992); é um sistema teórico para solucionar problemas e tomar decisões (MARQUIS e HUSTON, 2004); um método efetivo em todas as abordagens de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2010); metodologia que sistematiza as atividades de enfermagem nos diversos papéis do enfermeiro, tanto em nível individual ou coletivo (CIAMPONE, 1991).

Considerando que o processo de trabalho do enfermeiro deve estar embasado por uma metodologia científica, que privilegie cinco etapas: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, execução e avaliação (KLETEMBERG, 2004), é pertinente

afirmar que o processo de trabalho do enfermeiro pode ser sistematizado pelo processo de enfermagem, tornando-o um recurso com potência para sistematizar as “ações” de enfermagem. Entendendo a prática do enfermeiro como uma ação articulada de todos os seus papéis – de assistência, administração, educação e pesquisa – de maneira interdependente muitas vezes imbricados. Dessa forma podemos adaptar o processo de enfermagem para ser um modelo metodológico para sistematizar, também, as práticas administrativa, educativa e de pesquisa. Onde é observado uma ressignificação da amplamente difundida sigla “SAE” (Sistematização da Assistência de Enfermagem) entendendo-a e adotando-a como acrônimo para a expressão Sistematização das Ações de Enfermagem (SANTANA e TAHARA, 2008). Procuramos representar essa concepção por meio da Figura 22.

Esse entendimento tem levado o Núcleo Jovem Bom de Vida, em parceria com outro projeto de extensão (Processo de Enfermagem: metodologias e estratégias de ensino-aprendizagem – PROCENF), a adotar o processo de enfermagem como metodologia problematizadora (BITENCOURT et al., 2011), como também eixo de organização das ações do JBV (BITENCOURT; BORGES et al., 2011) e de projetos de ensino (BITENCOURT et al., 2014) e planos de ensino-aprendizagem para o Curso de Graduação de Enfermagem da UESC.

Nesse contexto, de forma natural, a equipe do grupo de discussão adotou o processo de enfermagem como estrutura metodológica para sistematizar essa pesquisa-ação com vista à implantação e implementação da Linha de Ação Teias do

Figura 22 – Os Papéis do Enfermeiro para Sistematização das Ações de Enfermagem – SAE.

Adolescer. De modo que ao percorrer o processo de enfermagem, também pode-se caminhar na pesquisa-ação e vice-versa, fortalecendo, com isso, a indissociabilidade entre a pesquisa, o ensino e a extensão.

Em uma conjuntura onde o método científico da enfermagem tem sido adotado nos diversos papéis do enfermeiro, fica mais fácil compreender o porquê de algumas das falas serem codificadas e agrupadas no tema processo de enfermagem, e em “nós” que denotam atributos de educação na saúde, tais como:

[...] a gente vai promover sempre ação de educação em saúde, com o paciente com a família, seja com a conversa com a colega no próprio hospital, seja lá na atenção básica, no hospital com a equipe toda de saúde seja onde for à necessidade, a função da universidade é de formação e disseminação de conhecimento, digamos assim. (Grupo de Discussão 01)

[...] no que ela passou no pré-natal, o que foi informado e o que foi que ela aprendeu. E, além do que ela aprendeu, ainda tem outra questão... após você apreender, você precisa elaborar para que isso crie uma atitude. Significa que você tem acesso a informação. Você elabora esse conhecimento para poder, ou não, transformar isso em uma atitude. Então, só podemos finalizar o processo educação se esse processo gerar uma atitude, essa é a diferença. (Grupo de Discussão 14)

Chegar lá bater um papo com o enfermeiro da unidade, aquele papo no aspecto da educação permanente, discutindo um pouco o caso, aí já faz o comunicado, ou seja, como ele já acompanha o adolescente então ele já conhece, mais ou menos, a história desse adolescente que já foi levantada, já vai fazer o bate-papo passando informações para o enfermeiro e para o pessoal da unidade e nessa informação já vai sensibilizando e acaba direcionando um pouco o cuidado. (Grupo de Discussão 01)

Quando nós pensamos em cuidado colaborativo, [...] ficam mais claras duas coisas, quando eu penso no processo de enfermagem, primeiro do enfermeiro como articulador do processo de cuidar, e segundo como educador. Até porque, pelas quatro funções do enfermeiro, que nós temos de desempenhar, de administrador, assistente, de pesquisador e de educador também. A gente transita nessas áreas já articulando e considerando que todas têm a sua importância no processo de cuidado e que para cuidar do adolescente todos são importantes. (Grupo de discussão 07)

Da mesma forma, o porquê de alguns discursos receberem codificações que denotem atributos de gestão em saúde, tanto da gestão do cuidado quanto da gestão administrativa. Como podemos ver nas seguintes falas:

Quando a gente fala de processo de trabalho, da micropolítica... o cuidado colaborativo vai partir dessa micropolítica, do que acontece ali naquele espaço de relações dos profissionais e pode ser ampliado até a macropolítica com o maior poder da decisão. Acreditamos que esse conceito tem essa força que é estratégica mesmo. (Grupo de Discussão 07)

O papel da gestão é muito forte para que a rede consiga funcionar. Trabalhar com itinerários terapêuticos... tudo influencia, mais já consegue trabalhar com itinerário terapêutico mesmo que o município ainda não esteja ainda organizado dentro da rede. (Grupo de Discussão 12)

[...] isso tudo nos reporta à liderança situacional, ou seja, você lidera conforme a situação, mesmo que você não goste desse tipo de liderança, mas a situação lhe pede para assumir essa atitude. Nesse ponto o enfermeiro estará sendo profissional [...] (Grupo de Discussão 12)

Isso que está sendo dito, diz respeito ao Triângulo de Governo de Carlos Matus... e pensando aqui... acredito que podemos fazer uma analogia entre o cuidado colaborativo e esse Triângulo de Governo. O enfermeiro, após o seu processo de investigação, consegue ter uma visão geral do quadro do paciente. Nesse momento ele já consegue identificar as situações em que ele tem maior governabilidade para enfrentar, o que corresponde aos problemas independentes, que vão gerar os diagnósticos de enfermagem. Da mesma forma, nesse mesmo momento ele já consegue identificar as situações em que o enfermeiro tem baixa ou nenhuma governabilidade para resolver, o que corresponde aos problemas interdependentes ou dependentes, ou seja, está aí os problemas colaborativos. Sendo que o sucesso do cuidado colaborativo vai depender da Capacidade de Governo desse enfermeiro, ou seja, da capacidade que o enfermeiro tem em se articular com outros profissionais, tanto dentro como fora da instituição de saúde, para que a integralidade a qual o paciente precise seja atendida (Grupo de discussão 13).

Esses discursos, revelam que a equipe de pesquisa-ação do Teias do Adolecer tem incorporado a indissociabilidade e a interdependência do conjunto de papéis da enfermagem. No entanto, é importante, ressaltar que para os próximos ciclos da pesquisa-ação, o grupo precisa manter esse raciocínio de integração dos diversos papéis da enfermagem, mas sobretudo, dos diversos papéis dos outros profissionais de saúde. De maneira que possa ficar mais fácil identificar, dentro da complexidade do trabalho em saúde, os “pontos de conexões”, os intercâmbios, os atravessamentos, as ações afins, etc., com outros profissionais de saúde, e entender as interações entre os diversos atores e as instituições envolvidas, identificando as influências mútuas, para, assim, facilitar a construção do cuidado colaborativo, com vistas a favorecer a promoção da integralidade.

Para isso, é importante também que a equipe de pesquisa-ação da linha Teias do Adolescer leve em consideração que, segundo apontaram Santana e Tahara (2008), a partir de uma visão sistêmica e contingencial, o processo de enfermagem deve ser compreendido como uma metodologia sistêmica. Conforme ilustrado na Figura 2 e alguns elementos discutidos a seguir.

Essa metodologia é fundamentada na Teoria dos Sistemas e nos oferece uma forma de enxergar o mundo de maneira mais integradora, de maneira a favorecer o entendimento do cuidado colaborativo, do próprio processo de enfermagem e do princípio da integralidade na saúde, já que nos mostra que a atenção à saúde deve ser vista como um todo.

No que diz respeito aos aspectos conceituais, entre tantos conceitos encontrados na literatura, podemos definir um sistema como a disposição das partes ou dos elementos de um todo, coordenados entresi e que funcionam como uma estrutura organizada (HOUAISS et al., 2010) e/ou a uma rede lógica destinada a atingir objetivos (CAVALCANTI; PAULA, 2012). O que revela que, segundo esses últimos autores, sistemas podem abarcar um número ilimitado de estruturas que fazem parte do mundo real, dispostas em partes que estão coordenadas, visando a uma organização.

Dessa forma, os sistemas podem ser naturais, como os organismos vivos, ou elaborados, como as organizações sociais. Dentre essas, podem ser sistemas públicos, como a administração pública, ou privados, como a maioria das empresas. Além disso, podem ser sistemas fechados (isolados em seu ambiente), como uma classe escolar, ou abertos (abrangentes, que se mantêm em contínuo fluxo de entrada e saída), como os sistemas que integram e extrapolam diversos domínios (sistema de saúde, de educação, etc.) (CAVALCANTI; PAULA, 2012).

Seguindo os conceitos acima apresentados, o que a expressão “visão sistêmica” significa quando aplicada ao processo de enfermagem? Significa que é possível compreender o processo de enfermagem como uma abordagem sistêmica, pois é uma estrutura organizada de vários elementos (momentos) interdependentes destinada a atingir objetivos, que, a depender da sua organização, pode ser fechado, quando é utilizado de forma isolada em uma instituição de saúde, ou aberto, quando é organizado para integrar uma rede de cuidados entre várias instituições de saúde, formando uma rede de subsistemas, representada pelas instituições de saúde, que integram um sistema maior, o sistema de saúde. De maneira que pode ser mais fácil

compreendê-lo como importante para favorecer o desenvolvimento do cuidado colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade da atenção no sistema de saúde.

Segundo Cavalcanti e Paula (2012) o enfoque sistêmico foi desenvolvido a partir da necessidade de explicações complexas demandadas pela ciência. Onde a necessidade de organização da complexidade do mundo foi um dos fatores determinantes para o desenvolvimento da abordagem sistêmica, permitindo uma ampla compreensão dos sistemas em si, com o melhor entendimento de como as partes se relacionam e como o sistema aprende e evolui.

Dessa forma, a perspectiva sistêmica permite compreender os fenômenos de uma abordagem global, permitindo a inter-relação e integração de assuntos que são, na maioria das vezes, de natureza completamente diferente. Podemos afirmar que visão sistêmica permitiu a integração entre a diversidade de assuntos encontrados neste estudo, que em outros contextos poderiam ser vistos como referenciais teóricos distintos e até mesmo incompatíveis. Esse ponto de vista oferecido pelo pensamento sistêmico permite uma maior flexibilidade de ideias, já que requer uma abordagem multidisciplinar, na qual os diversos saberes e fazeres favorecem um equilíbrio dinâmico e harmônico (ANDRADE et al, 2006).

Dessa forma, o enfoque sistêmico deve nortear a organização e gestão da atenção à saúde, sendo é imprescindível que o profissional de saúde volte seu olhar para além dos determinantes biológicos do processo de saúde e doença, se atendo também aos hábitos, estilo de vida e emoções do usuário, para assim detectar possíveis fatores de risco de outras doenças, não se atendo somente aos referidos pela queixa, e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento (MATTOS, 2001).

Como dissemos anteriormente, é importante o processo de enfermagem ser compreendido por meio de uma visão sistêmica, porque os problemas enfrentados no campo da saúde, sejam eles biológicos, mentais e sociais, não podem ser entendidos isoladamente, pois são problemas sistêmicos, o que significa que são interdependentes e estão interconectados (CAPRA, 2008), formando uma rede de relações que provocam o desequilíbrio de estados saudáveis, que, por sua vez, precisa de rede(s) de relações que promova e/ou restabeleça o equilíbrio da condição de saúde.

De um modo geral as falas do grupo de discussão foram permeadas pelo conceito de redes. De modo que achamos pertinente tecermos algumas considerações sobre esse tema, mantendo o ponto de vista do pensamento sistêmico.

Como visto, a visão sistêmica está intimamente relacionada ao conceito de redes, pelo simples fato de que o padrão básico da vida ser um padrão de rede. A esse respeito, Capra e Luisi (2014) afirmam que os pensadores sistêmicos começaram a usar modelos de redes em todos os níveis dos sistemas, evidenciando que a teia da vida consiste em redes dentro de redes. Nos sistemas naturais (organismos, partes de organismos e comunidades de organismos), as conexões (ligações) da rede são de estruturas materiais de natureza molecular e bioquímica. Nos sistemas elaborados, como as organizações sociais, a diferença está no fato de as conexões da rede serem imateriais porque, antes de tudo, são redes de comunicação que envolvem linguagem simbólica, restrições culturais, relações de poder, e assim por diante (CAPRA; LUISI, 2014).

Esse conceito de redes reforça a importância da equipe de pesquisa-ação da linha Teias do Adolescer compreender o processo de enfermagem por meio de uma visão sistêmica, para favorecer o desenvolvimento do cuidado colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade da atenção no sistema de saúde. Principalmente ao incorporar o pensamento expresso nos escritos de Hartz e Contandriopoulos (2004) e Giovanella et al. (2002), quando apontam que o conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais que reconheçam a interdependência dos atores e organizações, com uma imprescindível colaboração entre eles. Tanto como estrutura organizacional elaborada para a oferta de serviços, quanto como dinâmica de atores em permanente renegociação na busca de novas soluções para velhos problemas.

É importante ressaltar que esse conceito está em consonância com a definição de Redes de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, ao apontá-la como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 5), de maneira a pensá-las como uma alternativa para superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita.

Além disso, esse conceito pode ser potencializado com as concepções do cuidado colaborativo, ao entendê-lo como uma abordagem interdisciplinar de atenção

à saúde em um espectro que vai desde cuidados paralelos à colaboração em rede, conforme descrevem Bruner *et al.* (2011). Esses autores consideram o cuidado paralelo como um processo de encaminhamento com sobreposição mínima de serviços, e colaboração em rede como um processo onde não há hierarquia, existindo provisão conjunta de atenção à saúde e da inclusão intencional de família, educadores, e/ou da comunidade no processo.

Procuramos representar na Figura 23 essa visão sistêmica de uma rede de atenção à saúde conectada por meio cuidado colaborativo do processo de enfermagem, com vistas a favorecer a integração de profissionais e organizações de saúde de modo a promover a integralidade da atenção no sistema de saúde.

Retomando ao tema do processo de enfermagem como uma metodologia sistêmica, essa afirmação se justifica pelo fato da Teoria dos Sistemas caracterizar o domínio da Ciência dos Sistemas e possuir um leque próprio de processos conhecidos como “metodologias sistêmicas” que analisam as “organizações” como um todo integrado, buscando a efetividade com a harmonização dos seus objetivos conflitantes

Figura 23 – Representação esquemática de uma rede de atenção à saúde conectada por meio do cuidado colaborativo do processo de enfermagem.

e são utilizadas de diferentes formas nas várias áreas das ciências sociais (MARTINELLI; VENTURA, 2012).

As metodologias sistêmicas podem ser classificadas em *hard* e *soft*. A primeira representa uma continuidade da influência da teoria dos sistemas das ciências exatas e demandam grande rigor e quantificação. A segunda, em contrapartida, é caracterizada como mais flexível e contingencial (dependente do contexto) e buscam ajudar na formulação e resolução de situações complexas e geralmente com vários componentes humanos que, em razão dessa característica, apresentam diferentes percepções do mesmo problema ou objetivo, diferentes visões de mundo dos diversos atores envolvidos no sistema, sendo muito utilizada nas ciências sociais (economia, educação, administração, etc) e nas ciências comportamentais (antropologia, ciência política, psicologia, sociologia) (GONÇALVES, 2006; MARTINELLI; VENTURA, 2012). Zexian e Xuhui (2010), por sua vez, acrescentam que as metodologias *soft* trazem aos atores envolvidos novos pensamentos ou guias para lidar com a complexidade do mundo real.

Dessa forma, podemos inferir que o cuidado colaborativo oferece ao processo de enfermagem uma característica de metodologia *soft* porque busca favorecer a formulação e resolução de situações complexas por meio do envolvimento de vários componentes humanos, e parafraseando Gonçalves (2006), apresenta uma estrutura e reagem ao ambiente, de maneira a alterar suas ações de curto prazo e passam por mudanças lentas de longo prazo, mantendo sua identidade.

Podemos potencializar a caracterização do processo de enfermagem como uma metodologia sistêmica ao integrá-lo com a pesquisa-ação, da forma como fizemos nesse estudo. Para isso levamos em conta que a pesquisa-ação se enquadra como uma metodologia sistêmica de característica *soft*, baseada na interação dinâmica em um sistema aberto, conforme defendem vários autores, dentre eles Esteves (2012), Morin (2004; 2007), Andrade et al. (2006), Dick (2003a), Holanda e Riccio (2003), Potvin (2007).

No meio científico a metodologia sistêmica de característica *soft* é conhecida como Metodologia de Sistemas Flexíveis, embora mantenha a sigla “SSM” de *Soft Systems Methodology*, para abrevia-la. Essa metodologia é uma aproximação sistêmica não numérica para diagnóstico e intervenção (DICK, 2003a), geralmente, composta por sete estágios a serem seguidos, relacionados e descritos a seguir, de

maneira bastante suscita, de acordo com os escritos de Gonçalves (2006) e Andrade et al. (2006):

Estágio 1 – Averiguação da situação problema, por meio da observação da situação-problema mal definida buscando coletar o máximo de informações a respeito para captar as diferentes visões de mundo dos diversos atores envolvidos;

Estágio 2 – Definição da situação problema (mundo real) por meio da relação entre as informações sobre a estrutura e sobre o processo, considerando, também, as informações dos diversos atores envolvidos, do sistema e suas particularidades, além dos potenciais conflitos dentro do sistema, enfim, o maior número de relacionamentos existentes a fim de captar a essência existente

Estágio 3 – Formulação das definições essenciais existentes no sistema que dizem respeito à competência central de uma atividade humana e seus componentes, com o intuito de melhor entender o sistema e revelar seus principais elementos: os objetos, os relacionamentos, os atributos, o ambiente e suas restrições, transformação realizada pelo sistema e visão de mundo.

Estágio 4 – Elaboração de modelos conceituais (mundo sistêmico), ou seja, situações ideais que deveriam ser feitas para que cada uma das definições essenciais estabelecidas anteriormente atingissem os objetivos esperados;

Estágio 5 – Comparação do mundo sistêmico com o mundo real (comparação do estágio 4 com o 2), de maneira que o “mundo sistêmico” (situações ideais) é abandonado e há um retorno ao mundo real, sendo levantados os pontos para a discussão do problema, bem como soluções e mudanças sugeridas, a partir das diferenças percebidas, compondo o objetivo principal desse estágio.

Estágio 6 – Seleção de mudanças a serem implementadas por meio de discussão das propostas apontadas no estágio anterior, verificando se são desejáveis e viáveis, podendo ser mudanças estruturais, de procedimentos ou de atitudes;

Estágio 7 – Planejar as ações e reprojeter o sistema onde discute-se e decide-se como as ações serão implementadas. Após a implementação, já que as ações não são totalmente previsíveis, avalia-se a necessidade reprojeter alterações necessárias visando alcançar os resultados desejados ou de reiniciar o processo da metodologia sistêmica para verificar uma nova situação-problema, considerando as consequências sistêmicas dessas alterações.

Fica claro que, assim como o processo de enfermagem e a pesquisa-ação, a metodologia de sistemas flexíveis também tem caráter intervencionista, buscando a

transformação de uma situação indesejada em uma situação desejada, mesmo que seja necessário ocorrer em vários ciclos, após avaliação do alcance dos objetivos. Buscamos por meio do Quadro 3 sintetizar a integração da metodologia de sistemas flexíveis com o processo de enfermagem e a pesquisa-ação, reconhecendo-os como representantes de uma visão sistêmica.

Quadro 3 – Integração metodológica entre Metodologia de Sistemas Flexíveis, o Processo de Enfermagem e a Pesquisa-ação.

Metodologia de Sistemas Flexíveis	Processo de Enfermagem	Pesquisa-ação
Estágio 1 – Averiguação da situação problema	Investigação	Investigação
Estágio 2 – Definição da situação problema (mundo real)	Diagnóstico	Diagnóstico
Estágio 3 – Formulação das definições essenciais existentes no sistema		
Estágio 4 – Elaboração de modelos conceituais (mundo sistêmico)	Planejamento	Planejamento
Estágio 5 – Comparação do mundo sistêmico com o mundo real		
Estágio 6 – Seleção de mudanças a serem implementadas		
Estágio 7 – Planejar as ações e reprojetar o sistema	Planejamento	Planejamento
	Implementação	Implementação
	Avaliação	Avaliação

A análise, até aqui, nos reforça que o trabalho na área de saúde requer um olhar sistêmico por ser complexo, exigindo o envolvimento multiprofissional, e, ao mesmo tempo, exigindo práticas profissionais de disciplinas específicas de forma independente dentro dos seus núcleos de competência e responsabilidade. Nesse

contexto podemos, afirmar que o cuidado colaborativo poderá levar a uma afinidade interdisciplinar e construir um campo de competência e responsabilidade para a enfermagem e para a saúde, onde cada categoria profissional participa com seus respectivos núcleos, contribuindo para a construção de um campo de competência que seja comum a todos.

Além disso, foi possível pensar no cuidado colaborativo como um trabalho equivalente ao campo de competência e responsabilidade da saúde, assim sendo, de todos os trabalhadores da saúde, no qual o enfermeiro tem um papel importante ao oportunizar uma conjugação com seu núcleo de competência e responsabilidade da enfermagem.

Para tanto, o enfermeiro utilizaria o processo de enfermagem, bem característico do núcleo de competência e responsabilidade da enfermagem, já que é nele, e especificamente no momento de diagnóstico, que se identificam os problemas colaborativos, para sistematizar o seu processo de trabalho e com vistas a colaboração entre usuário e profissional, entre profissionais e entre instituições de saúde.

Ressaltamos que, mesmo o processo de enfermagem sendo uma atividade privativa do enfermeiro, e que este profissional, no seu cotidiano de trabalho, sempre encontra problemas que exigem intervenções multidisciplinares, demandando, assim, a colaboração de outros trabalhadores no seu processo de trabalho, não impede, e sim exige a colaboração de outros profissionais no processo de cuidar. Dessa forma, algo tão característico do campo de competência e responsabilidade da enfermagem pode abrir perspectivas para se ter a colaboração de outros profissionais de saúde. A interação dos diversos núcleos de competência e responsabilidade fazem do cuidado colaborativo uma estratégia capaz de contribuir para atingir maior aproximação com a integralidade da atenção no campo de competência e responsabilidade da saúde, e consequentemente do Sistema Único de Saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcurso desse presente estudo, procurei apresentar, de forma muito singular, o processo de organização de uma linha de ação de uma atividade extensionista com vistas à promover o cuidado sob a perspectiva da integralidade da atenção à saúde, tendo como ponto de partida uma instituição hospitalar e como eixo organizador, e disparador, o cuidado colaborativo.

Uma singularidade do estudo é encontrada na percepção de que uma pesquisa sobre o cuidado colaborativo deve ser entendida como uma pesquisa alicerçada no princípio da colaboração e, dessa forma, transformada em uma “pesquisa colaborativa” e, assim, ser autêntica consigo mesma.

Outra singularidade do estudo é percebida no percurso metodológico utilizado, se caracterizando como uma contribuição inovadora. Nele duas metodologias distintas, a pesquisa-ação e o processo de enfermagem, mas que apresentam características comuns e possuem um espírito intervencionista, foram integradas a tal ponto que tivemos, e ainda temos, dificuldade de identificarmos quando terminava uma e quando começava a outra. As duas metodologias ficaram tão interligadas que a medida que se ia caminhando nos momentos do processo de enfermagem, também, percorria-se os momentos da pesquisa-ação e vice-versa. Tendo a colaboração como um princípio norteador de todo o processo, dando um tom pouco usual nos meios científicos e acadêmicos,

Essas singularidades permitiram a produção de uma pesquisa que descreve uma intervenção coletiva para o deslocamento de uma situação no tempo espaço presente para uma situação desejada. O que podemos considerar um importante fruto, considerando que, habitualmente, são relatadas nas pesquisas a situação anterior (tempo-espaço passado) e a situação posterior (tempo-espaço futuro), mas raramente é descrito como foi o processo de mudança.

Isso tudo representou um grande desafio, ao mesmo tempo empolgante, que trouxe grandes oportunidades e um grande aprendizado. Por meio do processo de pesquisa-ação nos envolvemos com pessoas muito colaborativas e criativas.

Essa pesquisa se configurou como uma rede de colaboração. Com uma colaboração interinstitucional e intersetorial entre três grandes organizações de

naturezas distintas. Como também, e, principalmente, uma colaboração entre os profissionais envolvidos, em um processo de reflexão que levou muitas horas ouvindo, emitindo opiniões e com muitos momentos de inspiração.

Acreditamos que o processo de reflexão vivenciado favoreceu, e ainda favorecerá, já que o processo ainda não acabou, a um aprofundamento do conhecimento sobre o cuidado colaborativo, tanto no meio acadêmico quanto profissional, de forma a tornar esse cuidado mais compatível com os princípios da integralidade da atenção à saúde, e permitindo a construção de projetos terapêuticos que abarquem toda a rede de serviços do sistema de saúde local.

O processo de reflexão favoreceu, também, a promoção do método científico próprio da enfermagem, reconhecendo que, como afirma Egry (1996, p. 77), “a enfermagem deve ter ou deve criar um corpo específico de conhecimento para a sua prática, mesmo que esta seja articulada às demais práticas de saúde.” Dessa forma, além de ampliar o conhecimento sobre o processo de enfermagem, no seu núcleo de competência e responsabilidade, acreditamos que se deve desenvolver uma base teórica para o cuidado colaborativo, de maneira a nortear esses profissionais na conformação de sua práxis no campo de competência e responsabilidade da saúde. Além disso, por não ser exclusivo do núcleo da enfermagem, o cuidado colaborativo evidencia uma zona de convergência entre os diversos núcleos de competência e responsabilidade, favorecendo a práxis no campo da saúde de modo geral.

Vimos que a integralidade nunca será plena na dimensão de uma instituição singular, sendo necessário remeter o conceito de integralidade ao de integração de serviços por meio da construção de redes assistenciais, comunicacionais e gerenciais. Dessa forma, independentemente de existir as Redes de Atenção à Saúde formalmente implantadas, de acordo com a Portaria nº 4.279/GM/MG, de 30 de dezembro de 2010, é imprescindível que os profissionais de saúde entendam a dinâmica das redes por meio de uma visão sistêmica da atenção à saúde.

Assim, será possível compreender a indissociabilidade e interdependência entre os diversos núcleos de competência e responsabilidade, garantindo um raciocínio integrador dos diversos atores e instituições de saúde, e, sobretudo, compreender melhor o próprio Sistema Único de Saúde. Em um processo educativo permanente, característico do pensamento sistêmico, fica mais fácil identificar os pontos de conexões e as interações, as influências mútuas, que fertilize a construção

do cuidado colaborativo como elo evolutivo entre saberes e fazeres, com vistas a favorecer a promoção da integralidade na atenção à saúde.

Adquirimos uma nova perspectiva a partir da realização desse estudo. O que antes se configurava uma nova proposição, com caráter inovador e sem registros aparentes nos meios acadêmicos, descortinou-se, já não é mais tão nova assim. Embora mantemos a perspectiva inovadora por não encontrarmos ainda nenhuma publicação que aborde a utilização da estrutura metodológica do processo de enfermagem para sistematizar uma pesquisa-ação, nem que trate do cuidado colaborativo, a partir do método científico próprio desse núcleo de competência e responsabilidade.

O cuidado colaborativo aponta um rumo de transformação na prática assistencial, gerencial e educativa. Considerando a importância de se trabalhar junto, já que as soluções são buscadas e operacionalizadas coletivamente, cujos atores envolvidos possam se sentir mais responsáveis e se envolvem em todo o processo, buscando o real acontecimento das mudanças. A pesquisa-ação realizada potencializou esse entendimento.

Esperamos que os resultados desse estudo repercutam em toda a equipe do Teias do Adolescer, e em todos os leitores que por ventura tenham acesso a esse relatório de pesquisa, como incentivo para a continuidade desse processo que está apenas começando, por meio da realização dos ciclos de pesquisa-ação que ainda estão por vir.

Com a conclusão desse primeiro ciclo de pesquisa, os pressupostos iniciais se mantêm pertinentes para a orientação dos futuros ciclos de pesquisa-ação, a partir da operacionalização das ações propostas neste primeiro ciclo e com subsequente avaliação das ações implementadas para nortear novos ciclos de pesquisa-ação e, assim, sucessivamente, até que os atuais pressupostos sejam desnecessários e novos surjam para nortear novas caminhadas.

Ao tecer as considerações finais desse estudo, acreditamos que o caminho trilhado até aqui constituiu um privilégio ímpar de desenvolvimento pessoal e profissional, pois me permitiu a ampliação dos horizontes do conhecimento, compreender melhor o processo do cuidado terapêutico, na modalidade do cuidado colaborativo, e estabelecer relações de afeto e companheirismo, sendo que os elos formados durante o desenvolvimento deste trabalho dificilmente serão quebrados.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 283 p. ISBN 9788536300962.

_____. **Aplicação do Processo de Enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 303 p. ISBN 9788536323329.

ANDRADE, A. L. et al. **Pensamento Sistêmico: caderno de campo: o desafio da mudança sustentada nas organizações e na sociedade**. Porto Alegre: Bookman, 2006. ISBN 9788560031733.

ANTUNES, M. J. M.; GUEDES, M. V. C. Integralidade nos Processos Assistenciais na Atenção Básica. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Orgs.). **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. Introdução, p.19-28. ISBN 9788536322179.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica: um guia para produção do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2004. 300 p. ISBN 8522439052.

BACHION, M. M.; RAMOS, F. R. S.; ANTUNES, M. J. M. Integralidade das Ações de Saúde e Aplicação de Terminologias à Sistematização da Prática de Enfermagem. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Orgs.). **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. Conclusão, p.327-335. ISBN 9788536322179.

BACKES, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, v. 15, p. 71-78, 2006.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Liber Livro, 2007. 159 p. ISBN 8598843016.

BARBOSA, A. F. **Governo eletrônico : dimensões da avaliação de desempenho na perspectiva do cidadão**. 2008. 248 f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p. ISBN 9788562938047.

BARRETO, N. N. G. et al. **Fatores de risco para partos prematuros em mães adolescentes em Itabuna-BA**. [Anais dos] Trabalhos Apresentados no I Congresso Nordestino de Extensão Universitária, 2007, Salvador. Salvador: 436-441 p. 2009.

BASKERVILLE, R. L. Investigating Information Systems with Action Research. **Communications of the AIS**, v. 2, n. October, p. 1-20, 1999. Disponível em: < ftp://ftp.cba.uri.edu/classes/n_dholakia/URI-MKT697Q/Baskerville-IS-Action-Research.pdf >. Acesso em: 10/06/2009.

BETTINELLI, L. A. **Cuidado Solidário**. Passo Fundo: Berthier, 1998. 180 p. ISBN 9788590067313.

_____. **Demonstrando consciência solidária nas relações do cuidado hospitalar: fazendo emergir o sentido da vida**. 2001. 367 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BITENCOURT, A. D. O. M.; BORGES, M. A. S. F.; SANTANA, R. M. **Adolescentes: construindo o conhecimento sobre o processo de cuidar**. Ilhéus, BA: UESC, 2014. 46 p.

_____. **Saúde do escolar no Jovem Bom de Vida: normas operacionais para a prática extensionista**. Ilhéus, BA UESC, 2011. 88 p.

BITENCOURT, A. D. O. M. et al. **Teias do Adolescer: (re)pensando o processo de cuidar do adolescente** Ilhéus, BA: UESC, 2013. 33 p.

BITENCOURT, A. D. O. M.; SANTANA, R. M.; SILVA, V. G. D. **Saúde do adolescente: um processo de cuidar criativo**. Ilhéus, BA: UESC, 2011. 35 p.

BOON, H. S. et al. The difference between integration and collaboration in patient care: results from key informant interviews working in multiprofessional health care teams. **Journal of manipulative and physiological therapeutics**, v. 32, n. 9, p. 715-22, 2009. Disponível em: < [http://www.jmptonline.org/article/S0161-4754\(09\)00269-3/fulltext](http://www.jmptonline.org/article/S0161-4754(09)00269-3/fulltext) >. Acesso em: 14/07/2012.

BORGES, D. et al. Ciclos de investigação-ação educacional na sala de aula. In: RICHARDSON, R. J. (Org.). **Pesquisa-ação: princípios e métodos**. João Pessoa: PB: PPGE/Ed. Universitária, 2003. cap. 5, p.87-96. ISBN 8523704396.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. 361 p. ISBN 9788527301404.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994**. Brasília: Edições Câmara, 2012. 454 ISBN 9788573659344.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. In: BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Org.). **Legislação Estruturante do SUS**. 13 ed. Brasília: CONASS, 2011a.

cap. 2, p.42-60. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011). ISBN 9788589545730.

_____. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. In: BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Org.). **Legislação Estruturante do SUS**. 13 ed. Brasília: CONASS, 2011b. cap. 2, p.61-63. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011). ISBN 9788589545730.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 251, p. 88-93, 2010. ISSN 1677-7042.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. ISBN 9788533415522.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS No 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, n. 12, p. 59-62, 2013. ISSN 1677-7042.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **Cadernos HumanizaSUS Volume 1: Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. ISBN 9788533416673.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS: políticas e ações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 32 p. ISBN 9788533418561.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família: médico e enfermeiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRUNER, P.; WAITE, R.; DAVEY, M. P. Providers' perspectives on collaboration. **Journal of Integrated Care**, v. 11, n. July - September, p. 1-11, 2011. ISSN 1568-4156. Disponível em: < <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN:NBN:NL:UI:10-1-101570/1461> >. Acesso em: 14/09/2011.

BUENO, S. M. V. **Tratado de Educação preventiva em sexualidade, DST/AIDS, drogas e violência nas escolas**. Ribeirão Preto: FIERP/EERP-USP, 2009.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 944 p. ISBN 9788535234428.

BURNS, A. **Doing Action Research in English Language Teaching: A Guide for Practitioners**. New York: Routledge, 2010. 196 p. ISBN 0203863461.

CAMPOS, G. W. D. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&nrm=iso >. Acesso em: 21/07/2012.

CAMPOS, G. W. D. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. D. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100025&nrm=iso >. Acesso em: 21/07/2012.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2008. 256 p. ISBN 8531605583.

CAPRA, F.; LUISI, P. L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014. 615 p. ISBN 9788531612916.

CARMO, R. M. D. Da escala ao território: para uma reflexão crítica do policentrismo. **Análise Social**, v. 189, n. 4, p. 775-793, 2008. ISSN 0003-2573. Disponível em: < http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-25732008000400005&nrm=iso >. Acesso em: 17/08/2012.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem: aplicação na prática clínica**. 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 1028 p. ISBN 9788536326016.

CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Orgs.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB Editora, 2001. p.17-27. ISBN 9788574980447.

CASTILHO, V.; GAIDZINSKI, R. R. Planejamento da assistência de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. cap. 16, p.207-214. ISBN 8512124709.

CAVALCANTI, M. F.; PAULA, V. A. F. de. Teoria Geral dos Sistemas I. In: MARTINELLI, D. P. et al. (Orgs.). **Teoria Geral dos Sistemas**. São Paulo: Saraiva, 2012. ISBN 9788502180383.

CECCIN, R. B. Equipes de saúde: a perspectiva Entre-Disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2006. cap. 16, p.259-278. ISBN 8589737241.

CECILIO, L. C. D. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&nrm=iso >. Acesso em: 02/08/2009.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. cap. 4, p.113-126. ISBN 8589737268.

CECÍLIO, L. C. D. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO, 2007. cap. 10, p.199-212. ISBN 8589737330.

CELICH, K. L. S. **Dimensões do processo de cuidar na enfermagem: um olhar da enfermeira**. 2003. 116 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. D. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. 159 p. ISBN 9788576050476.

CHACON, D. F. **A pesquisa colaborativa na produção do conhecimento sobre ensino de história: construindo caminhos**. VI Encontro Estadual de História. Assú, RN: ANPUH-RN: 2014.

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Revista de APS**, v. 11, n. 1, p. 10-16, 2008. ISSN 1516-7704. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=490129&indexSearch=ID> >. Acesso em: 14/12/2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 144 p. ISBN 8532633900.

CIAMPONE, M. H. T. Metodologia do planejamento na enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. cap. 4, p.41-58. ISBN 8512124709.

COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **CIPE Versão 1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. São Paulo: Argol Editora, 2007. 208 p. ISBN 9788560187041.

COMPTON, M. T. Systemic organizational change for the collaborative care approach to managing depressive disorders. **American journal of preventive medicine**, v. 42, n. 5, p. 553-5, 2012. Acesso em: 25/08/2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem 2007.

COULTER, A. Primary care: After Bristol: putting patients at the centre. **BMJ**, v. 324, p. 648-651, 2002. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC84404/pdf/648.pdf> >. Acesso em: 16/04/2009.

CROSSETTI, M. D. G. O.; BUÔGO, M.; KOHLRAUSCH, E. **O cuidar de enfermagem como ação terapêutica na atenção à saúde individual: a especificidade das ações de natureza propedêuticas e terapêuticas de enfermagem e sua interface com as ações de enfermagem complementares aos atos de outros profissionais**. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar - ação terapêutica da enfermagem. Salvador: ABEn - Seção Bahia: 94-112 p. 1999.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC health services research**, v. 8, n. 188, p. 1-14, 2008. ISSN 1472-6963. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-188.pdf> >. Acesso em: 03/04/2013.

DANIEL, L. F. **Enfermagem: modelos e processos de trabalho**. São Paulo: EPU, 1987. 117 p. ISBN 9788512122601.

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa**. Campinas: Autores Associados, 2008. 128 p. ISBN 9788585701024.

DICK, B. You want to do an action research thesis? , 1993. Disponível em: < <http://www.aral.com.au/resources/arthesis.html> >. Acesso em: 13/04/2009.

_____. Como Conduzir e Relatar a Pesquisa-Ação. In: RICHARDSON, R. J. (Org.). **Pesquisa-ação: princípios e métodos**. João Pessoa: PB: PPGE/Ed. Universitária, 2003a. cap. 1, p.9-42. ISBN 8523704396.

_____. Escrevendo a Dissertação ou Tese Doutoral. In: RICHARDSON, R. J. (Org.). **Pesquisa-ação: princípios e métodos**. João Pessoa: PB: PPGE/Ed. Universitária, 2003b. cap. 2, p.43-56. ISBN 8523704396.

DIONNE, H. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local**. Brasília: Liber Livro, 2007. 132 p. ISBN 9788598843568.

EGRY, E. Y. **Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. 144 p. ISBN 8527404206.

EL ANDALOUSSI, K. **Pesquisas-ações: ciências, desenvolvimento, democracia**. São Carlos: EdUFSCar, 2004. 192 p. ISBN 8576000210.

ESPERIDIÃO, E. **Repesando a formação do Enfermeiro: o processo de conscientização crítica e práticas docentes à luz do referencial ético-humanista**. 2005. 314 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ESTEVES, F. M. F. Metodologias sistêmicas II. In: MARTINELLI, D. P. et al. (Orgs.). **Teoria Geral dos Sistemas**. São Paulo: Saraiva, 2012. ISBN 9788502180383.

FERREIRA, A. B. D. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4 ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2009. 2120 p. ISBN 9788538528258.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE (Org.). **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. cap. 1, p.7-17. (Série B. Textos Básicos em Saúde). ISBN 8533406029.

FOGUEIRA, M. B. et al. **O Jequitibá da Taboca: ensaios históricos de Itabuna, 1849 a 1960**. Ilhéus: Editus, 2011. 358 p. ISBN 9788574552187.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 532-536, 2006. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&nrm=iso >. Acesso em: 19/11/2010.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 13-18, 2001. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000500003&nrm=iso >. Acesso em: 16/07/2010.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005. ISSN 1517-9702. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022005000300011&nrm=iso >. Acesso em: 10/07/2009.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. cap. 10, p.121-135. ISBN 9788527717328.

FUKS, H. et al. The 3C Collaboration Model. In: KOCK, N. F. (Org.). **Encyclopedia of E-collaboration**. Hershey/PA (USA): IGI Global Snippet, 2008. p.637-644. ISBN 9781599040011.

FUNDAÇÃO MARIMBETA. Foto de Capa - Fundação Marimbeta: Organização Governamental. Itabuna, 2013. Disponível em: < <https://www.facebook.com/fundacaomarimbeta> >. Acesso em: 23/11/2013.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p.91-96. ISBN 8512124709.

GASK, L. et al. What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the Normalization Process Model. **Implementation Science: IS**, v. 5, n. 15, 2010. ISSN 1748-5908. Disponível em: < <http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-5-15.pdf> >. Acesso em: 14/07/2012.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005. 77 p. ISBN 8598843113.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 375 p. ISBN 9788573075878.

GEROSA, M. A. et al. **Componentes Baseados no Modelo 3C para o Desenvolvimento de Ferramentas Colaborativas**. Anais do 5º Workshop de Desenvolvimento Baseado em Componentes - WDBC 2005, 07-09 de Novembro. Juiz de Fora-MG: 109-112 p. 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p. ISBN 8522422702.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p. ISBN 9788522458233.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002. ISSN 0103-1104. Disponível em: < http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20SISTEMAS%20MUNICIPAIS%20DE%20SAUDE%20E%20A%20DIRETRIZ%20DA%20INTEGRALIDADE >. Acesso em: 19/11/2012.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F. et al (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Edição digital. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. cap. 4, p.79-108. ISBN 9788532642127.

GONÇALVES, N. M. A. **Estudo das falhas humanas da equipe de enfermagem no plano assistencial**. 2002. 166 Dissertação (Mestrado). Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

GONÇALVES, P. M. Metodologia de Sistemas Flexíveis (Soft Systems Methodology - SSM). In: MARTINELLI, D. P.; VENTURA, C. A. A. (Orgs.). **Visão Sistêmica e Administração: conceitos, metodologias e aplicações**. São Paulo: Saraiva, 2006. ISBN 9788502121461.

GONZALES, R. I. C. et al. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 227-231, 2003. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200013&nrm=iso >. Acesso em: 16/07/2012.

GRABAUSKA, C. J. et al. Formação Educacional e Investigação-Ação. In: RICHARDSON, R. J. (Orgs.). **Pesquisa-ação: princípios e métodos**. João Pessoa: PB: PPGE/Ed. Universitária, 2003. cap. 3, p.57-68. ISBN 8523704396.

HADLEY, G. **Pesquisa de ação em sala de aula**. São Paulo: Special Book Service Livraria, 2004. 82 p. ISBN 8575830546.

HANSEN, M. T. **Colaboração: o segredo dos grandes líderes para evitar armadilhas, promover a união e conseguir excelentes resultados**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 238 p. ISBN 9788535234725.

HARTZ, Z. M. D. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. supl. 2, p. S331-S336, 2004. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&nrm=iso >. Acesso em: 19/11/2012.

HOLANDA, V. B. de; RICCIO, E. L. A utilização da pesquisa-ação para perceber e implementar sistemas de informações empresariais. In: RICHARDSON, R. J. (Org.). **Pesquisa-ação: princípios e métodos**. João Pessoa: PB: PPGE/Ed. Universitária, 2003a. cap. 1, p.9-42. ISBN 8523704396.

HORTA, W. D. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99 p. ISBN 8512121904.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S.; FRANCO, F. M. de M. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010. 956 p. ISBN 9788539001088.

ILIADI, P. Accountability and Collaborative Care: How interprofessional education promotes them. **Health Science Journal**, v. 4, n. 3, p. 129-135, 2010. ISSN 1791-809X. Disponível em: < <http://www.hsj.gr/volume4/issue3/432.pdf> >. Acesso em: 22/07/2012.

ITABUNA. PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABUNA. Decreto nº 10.629, de 25 de setembro de 2013. Cria no âmbito do Município de Itabuna, o Programa VIV-À-RTE, vinculado administrativamente à Fundação Marimbeta -Sítios de Integração da

Criança do Adolescente e, dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, n. 326, p. 5-9, 26 set. 2013a.

_____. “Programa Cidade de Paz” tem metas para 20 anos. Itabuna, 2013b. Disponível em: < <http://prefeituradeitabuna.com.br/noticias/itabuna/363-programa-cidade-de-paz-tem-metas-para-20-anos.html> >. Acesso em: 20/07/2014.

ITABUNA. PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABUNA. FUNDAÇÃO MARIMBETA. **Estatutos da Fundação Marimbeta – Sítios de Integração da Criança e do Adolescente (FMSICA)**. Itabuna/BA: Gabinete do Prefeito Municipal, 2004a.

_____. **Regimento Interno da Fundação Marimbeta – Sítios de Integração da Criança e do Adolescente (FMSICA)**. Itabuna/BA: Gabinete do Prefeito Municipal, 2004b.

_____. Programa Viv-À-rte - Cultura, Esporte, Saúde e Cidadania. Itabuna, 2014. Disponível em: < <http://www.provivarte.com/> >. Acesso em: 23/08/2014.

ITABUNA. PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABUNA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Diagnóstico Inicial da Saúde em Itabuna: Situação Atual**. Secretaria Municipal de Saude. Itabuna: SMS. 2013

KATON, W. et al. Stepped Collaborative Care for Primary Care Patients With Persistent Symptoms of Depression: A Randomized Trial. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, n. 27, p. 1109-1115, 1999. Disponível em: < <http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5107/yoa9117.pdf> >. Acesso em: 15/07/2012.

KLETEMBERG, D. F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica**. 2004. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

KOCK JR., N. F.; MCQUEEN, R. J.; SCOTT, J. L. Can action research be made more rigorous in a positivist sense? The contribution of an iterative approach. **Journal of Systems and Information Technology**, v. 1, n. 1, p. 1-24, 1997. ISSN 1328-7265. Disponível em: < <http://www.mngt.waikato.ac.nz/bmcqueen/WEBDOCS/pubs/jsit97.pdf> >. Acesso em: 22/08/2009.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&nrm=iso >. Acesso em: 23/04/2011.

LEOPARDI, M. T. Cuidado: Ação Terapêutica Essencial. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 6, p. 57-67, 1997.

_____. O cuidado – ciência, tecnologia, arte e ... interação. **Processo de Trabalho - Textos**, 2005. Disponível em: < <http://leopardi.pro.br/services.htm> >. Acesso em: 22/04/2009.

_____. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006. 396 p.

LESSA, S. **A ontologia de Lukács**. 2 ed. Maceió: EDUFAL, 1997. 147 p.

LEWIN, K. Action Research and minority problems. **Journal of Social Issues**, n. 2, p. 34-36, 1946.

MACEDO, J. O. **Santa Casa de Misericórdia de Itabuna: uma história edificante**. Itabuna: Colorgraf, s/d.

MACHADO, M. D. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&nrm=iso >. Acesso em: 19/11/2012.

MACKE, J. A pesquisa-ação como estratégia de pesquisa participativa. In: SILVA, A. B. D.; GODOI, C. K. et al (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. cap. 7, ISBN 9788502125001.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 560 p. ISBN 8573074965.

MARTINELLI, D. P.; VENTURA, C. A. A. Metodologias sistêmicas I. In: MARTINELLI, D. P. et al. (Orgs.). **Teoria Geral dos Sistemas**. São Paulo: Saraiva, 2012. ISBN 9788502180383.

MARTINS, A. D. O. **O processo de cuidar do adolescente: percepção de enfermeiras do PSF**. 2003. 144 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia/Universidade Estadual da Santa Cruz, Salvador, 2003.

MARTINS, G. D. A. **Estudo de Caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006. 101 p. ISBN 8522443513.

MATTOS, R. A. D. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p.39-64. ISBN 8589737268.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993. 591 p.

MCKAY, J.; MARSHALL, P. The dual imperatives of action research. **Information Technology & People**, v. 14, n. 1, p. 46-59, 2001. ISSN 0959-3845. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1108/09593840110384771> >. Acesso em: 17/07/2009.

MCKERNAN, J. **Currículo e imaginação: teoria do processo, pedagogia e pesquisa-ação**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 286 p. ISBN 9788536319674.

MCNIFF, J.; WHITEHEAD, J. **All You Need To Know About Action Research: an introduction**. London: SAGE Publications, 2006. 274 p. ISBN 9781412908054.

MELO NETO, J. F. D. Pesquisa-ação (aspectos práticos nos movimentos sociais populares e em extensão popular). In: RICHARDSON, R. J. (Org.). **Pesquisa-ação: princípios e métodos**. João Pessoa: PB: PPGE/Ed. Universitária, 2003. p.97-105. ISBN 8523704396.

MENDES, E. V. **Os Grandes Dilemas do SUS: Tomo I**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 136 p. ISBN 8585651636.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. ISBN 9788579670756.

MENDES, M. S. **O cuidar de enfermagem como ação terapêutica No processo de atenção à saúde coletiva**. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar - ação terapêutica da enfermagem. Salvador: ABEn - Seção Bahia: 151-152 p. 1999.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&nrm=iso >. Acesso em: 04/05/2009.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 189 p. ISBN 8527105802.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCHO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. cap. 3, p.113-150. ISBN 8527104075.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.427-432. ISBN 97885987366.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p. ISBN 9788527101813.

MIZUKAMI, M. D. G. N. A pesquisa sobre formação de professores: metodologias alternativas. In: BARBOSA, R. L. L. (Org.). **Formação de educadores: desafios e**

perspectivas. São Paulo: Editora UNESP, 2003. cap. 13, p.201-232. ISBN 8571394792.

MOLINA, R. **A pesquisa-ação/investigação-ação no Brasil: mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa.** 2007. 200 p. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MOLINA, R. K.; MOLINA NETO, V. Pesquisar a escola com narrativas docentes e grupo de discussão. **Educação**, v. 35, n. 3, p. 402-413, 2012-11-06 2012. ISSN 1981-2582. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/8538> >. Acesso em: 06/01/2013.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).** 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 936 p. ISBN 9788535234435.

MORIN, A. Epistemologia e paradigma de um conceito contemporâneo de ciência para os saberes humanísticos. Pertinência das metodologias. In: MORIN, A.; GADOUA, G.; POTVIN, G. Saber, ciência, ação. São Paulo: Cortez, 2007. p. 57-75. ISBN 9788524912986.

_____. **Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada.** Rio de Janeiro: DP&A, 2004. 232 p. ISBN 8574903124.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014.** Porto Alegre: Artmed, 2013. 605 p. ISBN 9788565852319.

NORTON, L. S. **Action Research in Teaching and Learning: A Practical Guide to Conducting Pedagogical Research in Universities.** New York: Routledge, 2009. 266 p. ISBN 0203870433.

O'BRIEN, R. Uma análise da abordagem metodológica da pesquisa-ação. In: RICHARDSON, R. J. (Org.). **Pesquisa-ação: princípios e métodos.** João Pessoa: PB: PPGE/Ed. Universitária, 2003. cap. 10, p.193-219. ISBN 8523704396.

OLIVEIRA, N. M. et al. **Adolescente em Evidência: a trajetória do Jovem Bom de Vida.** Anais Eletrônicos do 4º CBEU - Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Dourados: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul: 1-12 p. 2009.

ORCHARD, C. A. Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. **Journal of Nursing Management**, v. 18, n. 3, p. 248-57, 2010. ISSN 1365-2834. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20546464> >. Acesso em: 06/03/2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.** Genebra 27, Suíça: WHO/HRH/HPN, 2010. 62 p. Disponível em: < http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ >. Acesso em: 13/09/2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p. ISBN 9788579670657.

OSHER, D. M. Creating Comprehensive and Collaborative Systems. **Journal of Child and Family Studies**, v. 11, n. 1, p. 91-99, 01/02/2002 2002. ISSN 1573-2843. Acesso em: 05/09/2012.

PADILHA, K. G. et al. Avaliação da carga de trabalho em enfermagem. In: HARADA, M. D. J. C. S. (Org.). **Gestão em Enfermagem: ferramenta para a prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011. cap. 23, p.223-232. ISBN 9788577281503.

PALADINI, E. P. **Gestão da Qualidade no Processo: a qualidade na produção de bens e serviços**. São Paulo: Atlas, 1995. 286 p. ISBN 9788522412051.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. et al (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. cap. 9, p.161-177. ISBN 9788589737388.

PEDUZZI, M.; FELLI, V. E. A. O Trabalho Gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. cap. 1, p.1-12. ISBN 9788527717328.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar - potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. 256 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

_____. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237 Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PIMENTA, S. G. Pesquisa-Ação crítico-colaborativa: Construindo Seu significado a Partir de Experiências com a Formação docente. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 521-539, setembro-dezembro 2005. ISSN 1517-9702. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29831313> >. Acesso em: 05/06/2013.

PIMENTEL, M. et al. **Modelo 3C de Colaboração no Desenvolvimento de Sistemas Colaborativos**. Anais do III Simposio Brasileiro de Sistemas Colaborativos, Natal - RN, 20 a 22 de Novembro de 2006. Porto Alegre: SBC: 58-67 p. 2006.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R. A. D. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. cap. 3, p.65-112. ISBN 8589737268.

PINTO, F. C. F.; GARCIA, V. C.; LETICHEVSKY, A. C. Pesquisa Nacional Qualidade na Educação: a escola pública na opinião dos pais. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 14, n. 53, p. 527-541, 2006. ISSN 0104-4036. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362006000400008&nrm=iso >. Acesso em: 02/11/2012.

PIROLO, S. M. **Atuação interprofissional na terapia intensiva: a integralidade do cuidado e o agir comunicativo de Habermas**. 2008. 209 p. Tese (Doutorado). a de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008.

POMBO, R. **Dicionário de sinônimos da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Letras, 2011. 526 p. ISBN 9788574401843.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 1509 p. ISBN 8527708523.

POTVIN, G. A conjugação dos atos dos parceiros de vida e de ação. In: MORIN, A.; GADOUA, G.; POTVIN, G. Saber, ciência, ação. São Paulo: Cortez, 2007. p. 77-106. ISBN 9788524912986.

QRS INTERNATIONAL. **NVivo 10 for Windows - Getting Started Guide**. Doncaster, AUS: QSR International Pty Ltd, 2013. 43 p. Disponível em: < www.qsrinternational.com >. Acesso em: 13/09/2013.

REIS, M. V. X. A Dinâmica do Universo. 2014. Disponível em: < <http://www.xr.pro.br/exeriana/Dinamica.html> >. Acesso em: 23/05/2014.

RICHARDSON, R. J. Como fazer pesquisa-ação? In: _____. (Org.). **Pesquisa-ação: princípios e métodos**. João Pessoa: PB: PPGE/Ed. Universitária, 2003. p.149-174. ISBN 8523704396.

ROCHA, L. B. **A cidade em tela: Itabuna e Walter Moreira**. Ilhéus: Editus, 2010. 137 p. ISBN 9788574552019.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. D. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, p. 96-101, 2000. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600014&nrm=iso >. Acesso em: 01/07/2009.

RODRIGUES, T. M. C. M. **O cuidar de enfermagem como ação terapêutica na atenção à saúde coletiva**. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar - ação terapêutica da enfermagem. Salvador: ABEn - Seção Bahia: 147-150 p. 1999.

SABA, V. K. **Classificação de Cuidados Clínicos (CCC)**. São Paulo: Algor Editora, 2008. 160 p. ISBN 9788560187140.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA. Hospital Manoel Novaes. Itabuna, 2011. Disponível em: < <http://scmi.com.br> >. Acesso em: 13/04/2013.

SANTANA, R. M. **Planejamento estratégico no gerenciamento clínico de enfermagem**. 2001. 172 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia/Universidade Estadual da Santa Cruz, Salvador, 2003.

SANTANA, R. M. et al. **Mapeamento de processos em enfermagem: fluxograma**. Ilhéus, BA: UESC, 2007. 18 p.

SANTANA, R. M.; SILVA, V. G. D. **Auditoria em Enfermagem: uma proposta metodológica**. Ilhéus, BA: Editus: 67 p. p. 2009.

SANTANA, R. M.; TAHARA, A. T. S. **Planejamento em Enfermagem: aplicação do Processo de Enfermagem na prática administrativa**. Ilhéus, BA: Editus, 2008. 111 p. ISBN 9788574551531.

SANTIAGO-ALMEIDA, M. M. **Dicionário livre da língua portuguesa**. São Paulo: Hedra, 2011. 720 p. ISBN 9788577152346.

SANTOS, A. M. D.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&nrm=iso >. Acesso em: 06/10/2012.

SANTOS, B. D. S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Edições Afrontamento, 1987. 58 p.

SAUR-AMARAL, I. **Curso completo de NVivo 10 - Como tirar maior proveito do software para a sua investigação**. Madri: Bubok Publishing S.L., 2012. 119 p.

SERVILI, C. An international perspective on youth mental health: the role of primary health care and collaborative care models. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, v. 21, n. 2, p. 127-9, 2012. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338179/pdf/ccap21_2p0127.pdf >. Acesso em: 14/07/2012.

SILVEIRA, F. **A prática de saúde bucal em uma equipe de saúde da família**. 2011. 151 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2011.

SIMEONI, I.; DE SANTI, A. M. **Comunicação em Enfermagem: colaboração entre profissionais de saúde**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2012. 256 p. ISBN 9788577282920.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 119-127, 2005. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100019&nrm=iso >. Acesso em: 17/07/2009.

SPINK, P. K. Pesquisa-ação e análise de problemas sociais e organizacionais complexos. **Rev de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 31-44, 1979.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. ISBN 8587853724.

STRINGER, B. et al. Collaborative Care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: A comparative multiple case study on processes and outcomes. **BMC psychiatry**, v. 11, n. 102, p. 2-10, 2011. ISSN 1471-244X. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-11-102.pdf> >. Acesso em: 14/07/2012.

THIOLLENT, M. A inserção da pesquisa-ação no contexto da extensão universitária. In: BRANDÃO, C. R.; STREK, D. R. (Orgs.). **Pesquisa participante: a partilha do saber**. 2 ed. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2006. cap. 5, p.151-165. ISBN 8598239690.

_____. **Pesquisa-ação nas organizações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 165 p. ISBN 9788522455300.

_____. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011. 136 p. ISBN 9788524917165.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. ISSN 1517-9702. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022005000300009&nrm=iso >. Acesso em: 19/07/2011.

TURRA NETO, N. Metodologias de pesquisa para o estudo geográfico da sociabilidade juvenil. **RA'E GA - O Espaço Geográfico em Análise**, v. 23, p. 340-375, 2011. ISSN 2177-2738. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/raega/article/view/24843> >. Acesso em: 22/02/2013.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS DA USP. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP : documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT)**. 2 ed. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2009. 102 p. ISBN 9788573140415.

VASCONCELLOS, C. D. S. Metodologia Dialética em Sala de Aula. **Revista de Educação AEC**, v. 21, n. 83, p. 28-55, abr/jun 1992.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opinião Pública**, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001. ISSN 0104-6276. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762001000100001&nrm=iso >. Acesso em: 03/12/2012.

VIVACQUA, A. S.; GARCIA, A. C. B. Ontologia da Colaboração. In: PIMENTEL, M. e FUKS, H. (Ed.). **Sistemas Colaborativos**. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2012. cap. 3, ISBN 9788535250862.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999. 202 p. ISBN 8524105704.

WATERMAN, H. et al. Action research: a systematic review and guidance for assessment. **Health Technol Assess**, v. 5, n. 23, p. iii-157, 2001. ISSN 1366-5278. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11785749> >. Acesso em: 23/07/2012.

WEISZFLOG, W. **Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2012. 2260 p. ISBN 9788506069530 (digital).

WILKINSON, J. M. **Nursing Process in Action: A critical thinking approach**. Redwood City: Addison-Wesley, 1992. 394 p. ISBN 9780805393620.

WILLIAMSON, G. R.; BELLMAN, L.; WEBSTER, J. **Action Research in Nursing and Healthcare**. London: SAGE Publications, 2012. 256 p. ISBN 9781849200011.

XAVIER, G.; ALMEIDA, J. C. Localização. **Itabuna - A capital do cacau!**, Itabuna, 2014. Disponível em: < <http://www.itabuna-ba.com.br/localiza.htm> >. Acesso em: 14/10/2014.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 212 p. ISBN 8536304626.

ZEXIAN, Y.; XUHUI, Y. A Revolution in the Field of Systems Thinking - A Review of Checkland's System Thinking. *Systems Research and Behavioral Science*, v. 27, n.2, p. 140-155. 2010. Disponível em < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/sres.1021/abstract> >. Acesso em: 28/01/2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Continua)

Prezado (a) Sr(a)

Convido o Sr.(a) para participar, como voluntário(a), na pesquisa **“Para além do hospital: o cuidado colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade”** que estamos desenvolvendo. Este trabalho tem como objetivo **analisar a organização do cuidado colaborativo ao adolescente, integrante do processo de enfermagem, a partir da atenção hospitalar, como dispositivo de promoção da integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde.**

A sua participação consiste em integrar um grupo de trabalho que tem como tarefa principal a organização do cuidado colaborativo para promover a integralidade da atenção na rede de serviços do sistema de saúde, pós internamento hospitalar. No caso de fazer parte da mesma, o Sr.(a) participará de dois tipos de procedimentos para coleta de dados. Uma será sob a forma de reuniões de grupo, que tem o nome de Grupo de Discussão, e outra será a Observação Participante. Estão previstas 10 (dez) reuniões que acontecerão em local, data e horários previamente agendados de acordo com suas possibilidades. O tempo previsto de cada reunião será de no máximo duas horas. As reuniões contarão com a presença de dois auxiliares de pesquisa (bolsistas da UESC), além do moderador do grupo (o próprio pesquisador). As reuniões serão gravadas em áudio, com sua autorização, transcritas e mantidas sob a responsabilidade e guarda do pesquisador. O seu nome será mantido em sigilo e as pessoas não serão identificadas. Na observação participante, que é entendida como um processo de observação no qual o pesquisador participa ativamente como membro do grupo que ele próprio está estudando, o pesquisador estará presente no seu local de trabalho, em datas e horas previamente agendadas, para observar a implementação das ações programadas no grupo de discussão visando à organização do cuidado colaborativo na rede de atenção à saúde, a partir da atenção hospitalar. A observação participante será registrada através de um diário de campo do pesquisador.

As informações que você nos der serão muito úteis para podermos melhorar o planejamento dos serviços de saúde e, com sua participação você estará contribuindo para produção de conhecimento para a melhoria da saúde, por favorecer a organização do cuidado após algum internamento hospitalar.

Esta pesquisa poderá causar constrangimento, quer durante sua participação nos grupos ou durante a observação, no entanto, caso isso aconteça, pedimos para que você nos comunique, no momento, ou logo a seguir a situação. Informamos que o coordenador do grupo e o observador participante (o próprio pesquisador) dispõe de formação e está instrumentalizado para interceder em possíveis situações desta natureza. Em relação a outros tipos de risco (físico, intelectual, social, cultural ou espiritual) associados ou decorrentes da pesquisa, você não está exposto. Se o(a) senhor(a) participar, não estão previstos custos, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter permitido a observação e mesmo a participação nos grupos. O uso das informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto não haverá outro destino aos dados colhidos.

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

- A garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Conclusão)

- A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, mesmo depois de assinado este documento, não será, por isso, penalizado de nenhuma forma;
- A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;
- O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;

Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a) e a outra cópia ficará com o pesquisador. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Com o Protocolo de nº_____.

Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadoras responsáveis ou com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP-USP) e da Universidade Estadual de Santa Cruz (CEP/UESC).

Para comunicar-se com os pesquisadores, o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, das 08:00 às 17:00 em dias úteis, e solicitar para falar com a Profª Maria José Bistafa Pereira ou então dirigir-se ao Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz, situada à Rodovia Ilhéus-Itabuna, Km 16, CEP 45.662-900, Ilhéus-Bahia, ou ainda pelo telefone (73) 8803-1716, em qualquer horário, e falar com o Profº Ricardo Matos Santana.

Se preferir, o(a) senhor(a) poderá contatar com o CEP/EERP-USP, também situado à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3386, das 08:00 às 17:00 em dias úteis, ou, também poderá contatar com o CEP/UESC, situado à Rodovia Ilhéus-Itabuna, Km 16, CEP 45.662-900, Ilhéus-Bahia, ou ainda pelo telefone (73) 3680-5319, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00h e 13:30 às 16:00h.

Eu, Sr. (a) _____ RG: _____

Abaixo assinado, tenho recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.

Itabuna-BA, Data: _____/_____/_____

Participante

Pesquisador

Orientador

APÊNDICE B – Elementos pré-textuais do livreto: O Cuidado Colaborativo: bases teóricas e conceituais para enfermagem (Continua)

**O CUIDADO
COLABORATIVO**
BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS PARA A ENFERMAGEM

APÊNDICE B – Elementos pré-textuais do livreto: O Cuidado Colaborativo: bases teóricas e conceituais para enfermagem (Continua)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro
Reitora
Evandro Sena Freire
Vice-Reitor

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Roseanne Montargil Rocha
Diretora
Cristiano Sant'anna Bahia
Vice-Diretor

COLEGIADO DE ENFERMAGEM
Maria da Conceição Filgueiras de Araújo
Coordenadora
João Luis Almeida da Silva
Vice-Coodenador

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
João Grandino Rodas – Reitor
Hélio Nogueira da Cruz – Vice-Reitor

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Sílvia Helena De Bortoli Cassiani – Diretora
Sílvana Martins Mishima – Vice-Diretora

COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Cristina Maria Galvão - Presidente
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi - Suplente da Presidente

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA
Pedro Fredemir Palha - Membro Efetivo
Claudia Benedita dos Santos - Membro Suplente
Susana Segura Muñoz - Membro Efetivo
Débora Falleiros de Mello - Membro Suplente

APÊNDICE B – Elementos pré-textuais do livreto: O Cuidado Colaborativo: bases teóricas e conceituais para enfermagem (Continua)

Ricardo Matos Santana
Maria José Bistafa Pereira

O CUIDADO
COLABORATIVO
BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS PARA A ENFERMAGEM

2014

APÊNDICE B – Elementos pré-textuais do livreto: O Cuidado Colaborativo: bases teóricas e conceituais para enfermagem (Continua)

2014 by Ricardo Matos Santana
Maria José Bistafa Pereira

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Departamento de Ciências da Saúde	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Colegiado de Enfermagem	Comissão de Pós-Graduação
	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em
Campus Prof. Soane Nazaré de Andrade	Saúde Pública
Rodovia Jorge Amado, Km 16,	
CEP 45662-900, Ilhéus, Bahia, Brasil	Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte
Tel.: (73) 3680-5108/5116/5114	Alegre, Ribeirão Preto-SP, CEP: 14040-902, Tel.:
FAX: (73) 3680-5501/5114	(016) 3602-3391

Capa e Ilustração: Ricardo Matos Santana
Editoração: Ricardo Matos Santana

Autorizamos a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)

O Cuidado Colaborativo : bases teóricas e conceituais para enfermagem / Ricardo Matos Santana / Maria José Bistafa Pereira – Ilhéus, BA / Ribeirão Preto, SP : UESC / EERP-USP, 2014.
40f.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de enfermagem – Cuidado. 2. Cuidado Colaborativo. 3. Sistemas de Saúde.
I. Santana, Ricardo Matos.

APÊNDICE B – Elementos pré-textuais do livreto: O Cuidado Colaborativo: bases teóricas e conceituais para enfermagem (Continua)

Ricardo Matos Santana

Enfermeiro, Doutorando em Ciências, Mestre em Enfermagem,
Especialista em Saúde Pública, Especialista em Auditoria de Sistemas de
Saúde, Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da
UESC.

E-mail: ricmas@uesc.br / ricmas@usp.br

Maria José Bistafa Pereira

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Mestre em Enfermagem em Saúde
Pública, Especialista em Saúde Pública, Especialista em Assistência Integral
ao Trinômio Pai Mãe. Professora Associada da Universidade de São Paulo,
Assessora ah hc do Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São
Paulo, Revisora do periódico: Trabalho, Educação e Saúde.

E-mail: zezebis@eerp.usp.br

APÊNDICE B – Elementos pré-textuais do livreto: O Cuidado Colaborativo: bases teóricas e conceituais para enfermagem (Conclusão)

1. Introdução	9
2. O Cuidado como Ação Terapêutica da enfermagem	12
3. O Cuidado Colaborativo como ação intrínseca na enfermagem	15
4. O Cuidado Colaborativo como elemento estruturante para o Campo de Competência e Responsabilidade da enfermagem	22
5. O Cuidado Colaborativo no Processo de Enfermagem	25
6. Integralidade: um princípio teórico para o Cuidado Colaborativo ..	33
7. Redes de Atenção à Saúde	38
8. Considerações Finais	44
Referências	47

ANEXOS

ANEXO A – Ofício de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 193/2013

Ribeirão Preto, 01 de agosto de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 01 de agosto de 2013.

Protocolo CAAE: 17015613.8.0000.5393

Projeto: Para além do hospital: o Cuidado Colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade.

Pesquisadores: Maria José Bistafa Pereira
Ricardo Matos Santana

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Maria José Bistafa Pereira

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Carta de Anuência da UESC

Ilhéus-BA, 08 de maio de 2013.

Ao:

Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP

Senhor(a) Coordenador(a) do CEP-EERP/USP

Eu, **Cristiano de Sant'Anna Bahia**, **Diretor em Exercício do Departamento de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Santa Cruz**, conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado "Para além do hospital: o cuidado colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade", desenvolvido pelos pesquisadores **Ricardo Matos Santana** e **Maria José Bistafa Pereira**, e concordo com sua realização após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelas partes.

O início desta pesquisa neste Serviço só poderá ocorrer, a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.

Atenciosamente,

Cristiano de Sant'Anna Bahia

Diretor em Exercício do Deptº de Ciências da Saúde - UESC

Cristiano de Sant'anna Bahia
Vice-Diretor do DCSau
Cad.: 73.439.375-9

ANEXO C – Carta de Anuência do Hospital Manoel Novaes

Itabuna-BA, 08 de maio de 2013.

Ao:

Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP

Senhor(a) Coordenador(a) do CEP-EERP/USP

Eu, **Fabiane Irla Machado Chaves**, **Diretora Técnica do Hospital Manoel Novaes, em Itabuna/BA**, conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado “Para além do hospital: o cuidado colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade”, desenvolvido pelos pesquisadores **Ricardo Matos Santana** e **Maria José Bistafa Pereira**, e concordo com sua realização após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelas partes.

O início desta pesquisa neste Serviço só poderá ocorrer, a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.

Atenciosamente,

Fabiane Irla M. Chaves
Diretora Técnica-HMN
CRM: 11.432
CPF: 559546345-72

Assinatura e carimbo com o nome da Diretora Técnica do HMN

ANEXO D – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna

Itabuna-BA, 08 de maio de 2013.

Ao:

Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP

Senhor(a) Coordenador(a) do CEP-EERP/USP

Eu, **Renan Oliveira Araújo, Secretário Municipal de Saúde do município de Itabuna/BA**, conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado "**Para além do hospital: o cuidado colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade**", desenvolvido pelos pesquisadores **Ricardo Matos Santana** e **Maria José Bistafa Pereira**, e concordo com sua realização após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pelas partes.

O início desta pesquisa neste Serviço só poderá ocorrer, a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.

Atenciosamente,

Renan Oliveira de Araújo
Secretário de Saúde do
Município de Itabuna

Assinatura e carimbo com o nome do Secretário Municipal de Saúde

ANEXO E – Elementos pré-textuais do livreto: Teias do Adolescer: (re)pensando o processo de cuidar do adolescente (Continua)

ANEXO E – Elementos pré-textuais do livreto: Teias do Adolescer: (re)pensando o processo de cuidar do adolescente (Continua)

**TEIAS DO
ADOLESCER**
(Re)pensando o processo de cuidar do adolescente

ANEXO E – Elementos pré-textuais do livro: Teias do Adolecer: (re)pensando o processo de cuidar do adolescente (Continua)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro – Reitora
Evandro Sena Freire – Vice-Reitor

PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO
Raimundo Bonfim dos Santos – Pró-Reitor
Neurivaldo José de Guzzi Filho – Gerente de Extensão

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Roseanne Montargil Rocha – Diretora
Cristiano de Sant'Anna Bahia – Vice-Diretor

PROJETO DE EXTENSÃO: JOVEM BOM DE VIDA
Aretusa de Oliveira Martins Bitencourt – Coordenadora
Maria Aparecida Santa Fé Borges – Coordenadora

PROJETO DE EXTENSÃO: PROCESSO DE ENFERMAGEM:
METODOLOGIAS E ESTRATÉGIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM
Ricardo Matos Santana – Coordenador
Natiane Carvalho Silva – Coordenadora

ANEXO E – Elementos pré-textuais do livreto: Teias do Adolescer: (re)pensando o processo de cuidar do adolescente (Continua)

Aretusa de Oliveira Martins Bitencourt
Ricardo Matos Santana
Emanuela Cardoso da Silva
Maria Aparecida Santa Fé Borges
Natiane Carvalho Silva
Dejeane de Oliveira Silva
José Carlos de Araújo Júnior
Myria Ribeiro da Silva
Verônica Gonçalves da Silva

TEIAS DO ADOLESCER

(Re)pensando o processo de cuidar do adolescente

Ilhéus – Bahia
2013

ANEXO E – Elementos pré-textuais do livreto: Teias do Adolescer: (re)pensando o processo de cuidar do adolescente (Continua)

2013 by Aretusa de Oliveira Martins Bitencourt
 Ricardo Matos Santana
 Emanuela Cardoso da Silva
 Maria Aparecida Santa Fé Borges
 Natiane Carvalho Silva
 Dejeane de Oliveira Silva
 José Carlos de Araújo Júnior
 Myria Ribeiro da Silva
 Verônica Gonçalves da Silva

Universidade Estadual de Santa Cruz
 Pró-Reitoria de Extensão
 Departamento de Ciências da Saúde
 Projeto de Extensão: Jovem Bom de Vida
 Projeto de Extensão: Processo de Enfermagem: Metodologias e
 Estratégias de Ensino-Aprendizagem
 Campus Prof. Soane Nazaré de Andrade
 Rodovia Jorge Amado, Km 16, Bairro Salobrinho – 45662-900, Ilhéus, Bahia, Brasil
 Torre Administrativa, 1º Andar. Tel.: (73) 3680-5130/ Fax: (73) 3680-5116
 e-mail: pjovembom@uesc.br / pjovembom@yahoo.com.br

Capa e Ilustração: Ricardo Matos Santana
 Editoração: Ricardo Matos Santana

Autorizamos a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)

T262 Teias do adolescer: (re)pensando o processo de
 cuidar do adolescente / Aretusa de Oliveira Mar-
 tins Bitencourt... [et.al.]. – Ilhéus, BA: UESC, 2013.
 33p.

Inclui referências.
 ISBN

Adolescentes – Saúde e higiene. 2. Enferma-
 gem – Aspectos sociais. I. Bitencourt, Aretusa de
 Oliveira Martins.

CDD 362.1083

ANEXO E – Elementos pré-textuais do livreto: Teias do Adolescer: (re)pensando o processo de cuidar do adolescente (Continua)

AUTORES

ARETUSA DE OLIVEIRA MARTINS BITENCOURT

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Especialista em Educação em Saúde, Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. E-mail: aomartins@uesc.br

RICARDO MATOS SANTANA

Enfermeiro, Doutorando em Ciências, Mestre em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública, Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde, Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. E-mail: ricmas2@gmail.com / ricmas@uesc.br

EMANUELA CARDOSO SILVA

Enfermeira, Mestre Saúde Coletiva, Especialista em Saúde da Família e Urgência e emergência, Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. E-mail: emmanuelacardoso@gmail.com

MARIA APARECIDA SANTA FÉ BORGES

Enfermeira, Doutoranda em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, Mestre em Saúde Coletiva, Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. E-mail: cdaborges@yahoo.com.br

NATIANE CARVALHO SILVA

Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional Meio Ambiente, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. E-mail: ncsilva@uesc.br

DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA

Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Especialista em Saúde Coletiva, Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. E-mail: dejeanebarros@yahoo.com.br

JOSÉ CARLOS DE ARAÚJO JÚNIOR

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. E-mail: jcvedovajr@yahoo.com.br

MYRIA RIBEIRO DA SILVA

Enfermeira, Mestre em Ciências, Especialista em Infectologia em Enfermagem, Epidemiologia Hospitalar e Administração Hospitalar, Docente Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. E-mail: myriarib@uol.com.br

VERÔNICA GONÇALVES DA SILVA

Enfermeira, Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde, Enfermeira da UTI do Hospital Geral Luis Viana Filho de Ilhéus, Enfermeira do Hospital de Base Luis Eduardo Magalhães de Itabuna-Ba. E-mail: veronica.goncalves@yahoo.com.br

ANEXO E – Elementos pré-textuais do livreto: Teias do Adolescer: (re)pensando o processo de cuidar do adolescente (Conclusão)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	ix
1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA DE EXTENSÃO	19
2.1 Referencial Teórico	19
2.1.1 As Redes de Atenção à Saúde	19
2.1.2 Educação na Saúde	21
2.1.3 Processo de Enfermagem	21
2.1.4 Teorias de Enfermagem	25
2.2 Cenário de Extensão	29
2.3 Público Alvo	29
2.4 Plano de Trabalho Inicial	29
2.5 Articulação com o Ensino	31
2.6 Articulação com a Pesquisa	31
2.7 Questões Éticas e Legais	32
2.8 Recursos Humanos	33
3 RESULTADOS ESPERADOS GERAIS	35
REFERÊNCIAS	37