

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM
ENFERMAGEM

**A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO E
AVALIAÇÃO DAS AÇÕES NA SAÚDE ESCOLAR**

ALEXANDRA SCHMITT RASCHE

RIO DE JANEIRO
Junho/2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
EM ENFERMAGEM

A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES NA SAÚDE ESCOLAR

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, vinculado ao Núcleo de Pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Doutoranda:
Alexandra Schmitt Rasche

Orientadora:
Profª Drª Maria da Soledade Simeão dos Santos

RIO DE JANEIRO
Junho/2012

A PRÁXIS DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES NA SAÚDE ESCOLAR

ALEXANDRA SCHMITT RASCHE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, vinculado ao Núcleo de Pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado por:

Prof^ª. Dr^ª Maria da Soledade Simeão dos Santos – Presidente - Doutora em
Enfermagem - Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Prof^º. Dr Carlos dos Santos Silva - 1^ª Examinador - Doutor em Saúde Pública – ENSP

Prof^º. Dr Paulo Roberto Vasconcellos da Silva - 2^ª Examinador - Doutor em Saúde
Pública – UNIRIO

Prof^ª. Dr^ª Marly de Abreu Costa - 3^ª Examinadora - Doutora em Educação - Faculdade
de Educação – UERJ

Prof^ª. Dr^ª Maria Manuela Vila Nova Cardoso - 4^ª Examinadora - Doutora em
Enfermagem - Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Prof^ª. Dr^ª Neiva Maria Picinini Santos - Suplente - Doutora em Enfermagem - Escola
de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Prof^ª. Dr^ª Geilsa Soraia Cavalcanti Valente - Suplente - Doutora em Enfermagem -
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Rasche, Alexandra Schmitt

A práxis do enfermeiro no planejamento e avaliação das ações na saúde escolar/ Alexandra Schmitt Rasche. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2012.

clxx, 188 f.: il; 31 cm

Orientador: Maria da Soledade Simeão dos Santos

Tese (doutorado) – UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2012.

Referências bibliográficas: f. 162 - 168

1. Enfermagem. 2. Saúde Escolar. 3. Promoção da Saúde. 4. Escolas – Tese. I. Santos, Maria da Soledade Simeão. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD: 610.73

Para *Milena e Marina*, minhas queridas filhas.
Estímulo para não desistir
e querer fazer sempre melhor.

AGRADECIMENTOS

Valdir, meu companheiro e marido. Obrigada pela presença constante e confiança de que eu sempre poderia fazer melhor, por vezes exigente em relação ao que eu estava produzindo, mas com certeza tuas cobranças me fizeram pensar e querer o melhor.

Sergio e Itelvina, meus queridos pais. Suas presenças orgulhosas em minhas conquistas me estimularam a continuar, fazer mais e construir algo bom. Obrigada, também tenho muito orgulho de vocês por tudo que fizeram e fazem por nossa família.

Profª Drª Maria da Soledade Simeão dos Santos – Minha querida orientadora, com as palavras já escritas na Dissertação e de forma convicta reiteradas agora.

Por traduzir com paciência, dedicação e atenção o significado da palavra orientar.

Por me fazer sentir a alegria no aprender.

Pelo exemplo de competência e simplicidade.

*"O professor é aquele que faz brotar duas idéias onde antes só havia uma".
(Elbert Hubbard)*

Aos membros efetivos e suplentes da Banca Examinadora desta Tese, pela presença envolvida, apoio e incentivo.

Profª. Drª Maria Manuela Vila Nova Cardoso

Profº. Dr Paulo Roberto Vasconcellos da Silva

Profº. Dr Carlos dos Santos Silva

Profª. Drª Marly de Abreu Costa

Profª. Drª Neiva Maria Picinini Santos

Profª. Drª Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

Profº Dr João Francisco de Lima

Secretarias Municipais de Saúde e Educação da cidade do Rio de Janeiro, na pessoa de *Roberto Raposo* – pela confiança e disponibilidade para realização deste estudo.

Diretoras e Coordenadoras Pedagógicas das Escolas Municipais Herbert Moses e Zélia Braun, no Bairro Jardim América - por abrirem as portas de suas escolas e confiarem no trabalho proposto pelo grupo de PSE, durante o período de coleta de dados.

Enfermeiros, dentistas, agente comunitário de saúde e residentes em saúde da família, *sujeitos da pesquisa*, por realizarem comigo esta tarefa e se deixarem seduzir pelo convite ao aceitar o desafio de constituir o grupo de PSE.

Coordenação do Curso de Pós-graduação da EEAN/UFRJ, em especial aos secretários *Sônia Maria Xavier e Jorge Anselmo* que sempre tiveram tempo e paciência para me orientar como melhor resolver as questões burocráticas.

Professoras/colegas do DME - UFRJ na pessoa da *Profª Drª Maria Manuela Vila Nova Cardoso* - Chefe deste Departamento pelo apoio e compreensão em minhas ausências.

Professora *Drª Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas* por me ouvir e aconselhar e, principalmente, apoiar mesmo em minhas ausências no campo de estágio.

Claudia Messias – “minha amiguinha” como gosta de dizer, sempre disposta a ouvir todas as lamentações e não achar ruim ter de escutar, pelo simples fato de estarmos juntas e podermos conversar.

Verônica Caé - incansável na busca de referências no tema saúde escolar e também na avaliação crítica durante a elaboração do projeto.

Margarete Perez – pela atenciosa ajuda na solução dos entraves burocráticos e na presença confiante e forte nas dificuldades.

Carmen M S L M D da Silva – pelo exemplo de alguém que é perseverante e não desiste diante de dificuldades.

Claudia Araújo, Renata, Valdelice e Isabela - Colegas na linha de pesquisa, pelo compartilhamento de experiências e aprendizado conjunto.

De tudo, ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando...
A certeza de que precisamos continuar...
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...
Portanto devemos:
Fazer da interrupção, um caminho...
Da queda, um passo...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro...

Fernando Sabino

RESUMO

RASCHE, Alexandra Schmitt. **A práxis do enfermeiro no planejamento e avaliação das ações na saúde escolar.** Rio de Janeiro, 2012. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A saúde escolar e a promoção da saúde para escolas de Ensino Fundamental com a participação do enfermeiro constituem o tema da presente tese. Objeto de estudo: A práxis do enfermeiro escolar, mediada pela intersubjetividade, no desenvolvimento de projetos para saúde escolar. Objetivos: Descrever a assistência e o planejamento das ações na enfermagem escolar; Analisar as relações estabelecidas entre enfermeiros, profissionais de saúde e educação; Discutir os elementos que constituem a base para estruturação de um projeto de saúde escolar com a participação do enfermeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa; modelo de investigação experimentação; abordagem teórico-filosófica Teoria da Ação Comunicativa; método Pesquisa-ação. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2010 a novembro de 2011 em duas escolas da Rede Municipal de Ensino da cidade do Rio de Janeiro com 18 sujeitos formados por profissionais: enfermeiros, dentistas, jornalista e residentes em Saúde da Família que planejaram, desenvolveram e avaliaram ações de educação em saúde nestas comunidades escolares. Na análise dos dados foram construídas as categorias: O agir estratégico; A estruturação de uma práxis na enfermagem escolar; Uma proposta de educação em saúde na escola pelo PSE. Os resultados demonstram que formações técnicas e realidades diferentes não representam impossibilidade de planejamento conjuntos e participativos. A construção de uma proposta para saúde escolar coerente, exeqüível, duradoura e integrada, depende de processos comunicativos livres de coerção e no uso da autonomia pela superação de possíveis desacordos. A interação entre profissionais de diferentes áreas na construção de uma proposta integrada em modelos intersetoriais e multiprofissionais, ocorre a partir de uma pauta única e no compartilhamento do mesmo objetivo, definido pelo mesmo foco de ação em projetos contínuos.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Escolar; Promoção da Saúde; Escolas.

ABSTRACT

RASCHE, Alexandra Schmitt. **The nurse`s praxis when planning and evaluating actions in school health programmes.** Rio de Janeiro, 2012. Doctoral Thesis of the Post-Graduation Programme in Nursing of Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

School Healthcare and the development of better standards of health in Elementary and Middle schools are the themes of this present thesis. Study object: The praxis of the school nurse, mediated by intersubjectivity, in the development of projects for school healthcare. Objectives: To describe the assistance and planning of the actions concerning the role of nursing at schools; to analyze the relationship among nurses, health care professionals and education; to discuss the elements that form the basis for structuring a project on school healthcare involving the nurse. This is a qualitative research; a model of research-experimentation; a theoretical-philosophical approach of The Communicative Action Theory; action-research method. The data collection from November/2010 to November/2011, in two Public Schools in Rio de Janeiro, involved 18 people, consisted of nurses, dentists, journalists and interns of the "Family Health Programme". These people planned, developed and evaluated different actions concerning healthcare in those school communities. When analyzing the data collected, the following categories were built-up: the strategic action; the structuring of praxis in school nursing; a proposal of health education in schools by PSE. The results have shown that different technical backgrounds as well as different realities do not prevent group and cooperative planning from happening. The construction of a coherent, long-lasting, effective and integrated proposal for working on school healthcare depends on communicative procedures that should be, above all, free from coercion and based on the autonomy of the people involved to avoid possible disagreements. The interaction of the professionals from different areas towards the building of an integrated proposal in intersectorial and multiprofessional models takes place when all of them aim at the same objectives, focused on continuous projects.

Key words: Nursing; School Health Programmes; Health Promotion; Schools.

RESUMEN

RASCHE, Alexandra Schmitt. **La praxis del enfermero en la planificación y evaluación de las acciones en salud escolar.** Río de Janeiro, 2012. Tesis de Doctorado del Programa de Postgraduación en Enfermería de la Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal del Río de Janeiro.

La salud escolar y la promoción de la salud para escuelas de Enseñanza Fundamental con la participación del enfermero constituyen el tema de la presente tesis. Objeto de estudio: la praxis del enfermero escolar, mediada por la intersubjetividad, en el desarrollo de proyectos para salud escolar. Objetivos: Describir la asistencia y la planificación de las acciones en la enfermería escolar; analizar las relaciones establecidas entre enfermeros, profesionales de salud y educación; discutir los elementos que constituyen la base para la estructuración de un proyecto de salud escolar con la participación del enfermero. Se trata de una investigación cualitativa; modelo de investigación: experimentación; abordaje teórico-filosófico: Teoría de la Acción Comunicativa; método: Investigación-acción. La recogida de datos se llevó a cabo de noviembre de 2010 a noviembre de 2011 en dos escuelas de la Red Municipal de Enseñanza de la ciudad de Río de Janeiro con 18 profesionales: enfermeros, dentistas, periodistas y residentes en Salud de la Familia, que planearon, desarrollaron y evaluaron acciones de educación en salud en estas comunidades escolares. En el análisis de los datos se construyeron las siguientes categorías: la acción estratégica; la estructuración de una praxis en la enfermería escolar; la propuesta de educación en salud en la escuela por el PSE. Los resultados demuestran que formaciones técnicas y realidades diferentes no representan imposibilidad de planificación conjunta y participativa. La construcción de una propuesta para salud escolar coherente, ejecutable, duradera e integrada depende de procesos comunicativos libres de coerción y del uso de la autonomía para superar posibles desacuerdos. La interacción entre profesionales de diferentes áreas en la construcción de una propuesta integrada en modelos intersectoriales y multiprofesionales, ocurre a partir de una pauta única y de compartir el mismo objetivo, definido por un foco único de acción en proyectos continuos.

Palabras clave: Enfermería; Salud Escolar; Promoción de la Salud; Escuelas.

SUMÁRIO	Página
Lista de Quadros, Figuras e Tabelas.....	16
Apresentação.....	17
1.Considerações Iniciais.....	22
1.1 A experiência profissional na construção do estudo.....	29
1.2 A problematização e a construção do objeto de estudo.....	31
Questões norteadoras.....	32
Objeto de estudo.....	34
Objetivos.....	34
1.3 Relevância do estudo.....	36
1.4 Justificativa e contribuições do estudo.....	36
1.5 Uma análise das produções científicas no tema saúde escolar e enfermagem.....	39
2. História da saúde escolar e da enfermagem escolar: um breve relato.....	45
2.1 A fase higienista.....	47
2.2 A fase biologicista.....	52
2.3 A fase da escola promotora de saúde.....	55
2.4 A saúde escolar e o enfermeiro	58
3. Referencial Teórico e Metodológico.....	64
3.1 O percurso metodológico.....	65
3.2 O referencial teórico	68
3.2.1 Da Teoria Habermasiana a metodologia da Pesquisa-ação.....	72
3.3 Bases metodológicas.....	73
3.3.1 A metodologia da Pesquisa-ação.....	75

3.3.2 O desenvolvimento da pesquisa.....	78
Descrição dos sujeitos.....	82
Descrição do cenário.....	86
3.4 O desenvolvimento da metodologia.....	89
3.4.1 Fase de coleta de dados e observação.....	91
3.4.1.1 Instrumentos de coleta de dados.....	92
Relatório das reuniões - registro e elaboração	92
Questionário e entrevista.....	96
3.4.2 Fase da classificação.....	97
3.4.3 Fase das conclusões.....	98
4. Apresentação dos resultados.....	100
1ª Categoria - O agir estratégico	101
No agir estratégico a organização do grupo de PSE	101
A razão instrumental: início das ações pelo grupo do PSE.....	107
A racionalidade instrumental e o desencadeamento para o planejamento das ações na proposta multiprofissional	112
A intersetorialidade na superação do domínio técnico dos profissionais da saúde.....	115
2ª Categoria – A estruturação de uma práxis na enfermagem escolar	120
A prática do enfermeiro no ESF e a exigência no atendimento as demandas em saúde	120
A formação do enfermeiro e a prática profissional comunitária.....	122
Nos encontros do grupo de PSE a construção da autonomia	125
Pelas ações na saúde escolar em parcerias o exercício da práxis do enfermeiro.....	127

Ampliando horizontes: na práxis o entendimento de novas possibilidades para saúde escolar	131
3ª Categoria - Uma proposta de educação em saúde na escola pelo PSE.....	133
Da valorização de experiências anteriores: um começo.....	133
Alicerçar: garantia de apoio e sustentação	134
O primeiro esclarecimento.....	135
O segundo esclarecimento.....	136
O terceiro esclarecimento.....	139
Grupos sempre se orientam para o consenso?	140
5. Um modelo de projeto para saúde escolar com a participação do enfermeiro.....	142
O desafio do recomeço no entendimento de novas possibilidades.....	143
Da experiência de um grupo multiprofissional e intersetorial um modelo de projeto para saúde escolar.....	148
Primeiro passo.....	149
Segundo passo.....	150
Terceiro passo.....	150
Quarto passo.....	151
6. Considerações finais.....	155
Referências.....	161
Apêndices.....	169
Apêndice 1 – Autorização da direção escolar para realização de pesquisa e Carta de Cessão de Direitos.....	170
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	172
Apêndice 3 - QUADRO 3: Apresentação cronológica do período de coleta de dados.....	174
Anexos.....	186

Anexo 1 – Protocolo de autorização de pesquisa – Comitê de Ética.....	187
Anexo 2 – Autorização de pesquisa Secretarias Municipais de Saúde e Educação Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro.....	188

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

QUADRO 1: Total de Produções BVS, descritores: “Serviços de enfermagem escolar” e “Promoção da saúde” e “Educação em saúde”.....	41
QUADRO 2: Apresentação dos sujeitos a partir de sua formação, ocupação e tempo de permanência no grupo de planejamento das ações na saúde escolar.....	83
QUADRO 3: Apresentação cronológica do período de coleta de dados.....	174
FIGURA 1: Representação dos pólos que compõem a metodologia do projeto de pesquisa, conforme De Bruyne, Herman & Schoutheete (1991).....	68
FIGURA 2: Representação gráfica das etapas da pesquisa-ação de acordo com Morin (2004).....	91
FIGURA 3: Organização em hierarquia	146
FIGURA 4: Organização em forma de rede.....	147
TABELA 1: Matriz dos diferentes Modelos Teóricos de Saúde na Escola.....	56

APRESENTAÇÃO

*“Não há nada acerca do que falar antes que a gente comece a falar”
Rorty (1997, p. 60)*

Apresentação

O tema do presente estudo é “A Promoção da Saúde na Escola” e tem como questão de pesquisa “Como o enfermeiro participa do planejamento, execução e avaliação de ações em projetos para saúde escolar?”.

O início da construção desta tese é desenvolvido a partir de buscas bibliográficas sobre o tema Saúde Escolar e nossa Dissertação de Mestrado (RASCHE, 2008), que apontaram para o consenso relacionado ao valor e ganho de resultados quando da presença do profissional enfermeiro na rotina e no desenvolvimento do currículo escolar.

Os relatos sobre o tema participação do enfermeiro na saúde escolar iniciam com as inspeções higiênicas na década de 20, como estratégia aplicada na saúde escolar no Brasil. Atualmente a proposta que implanta o Programa Saúde na Escola (PSE), pelo Decreto nº 6.286/07, traz uma nova perspectiva para o retorno da discussão acerca de metodologias que integrem as equipes da saúde e educação.

Este estudo representa o desejo de participação na política pública de promoção da saúde no Ensino Fundamental, entendendo ser uma contribuição para possíveis ações na saúde escolar a partir da participação do enfermeiro. Uma contribuição modesta, dada a amplitude do tema, pois baseada em uma realidade única e específica, mas que traz, em sua proposta, viáveis replicações em outros cenários e amplia as discussões acerca do planejamento de ações em modelos integrados entre os setores de saúde e educação.

Trata-se de uma pesquisa participativa, possibilitando que relações comunicativas fossem estabelecidas com o grupo na situação investigada e utiliza o método da pesquisa-ação. Enquanto pesquisadora participei de forma ativa no

levantamento de elementos para construção conjunta de uma proposta para saúde escolar, resultado de ações comprometidas com a comunidade escolar e os sujeitos da pesquisa.

Assim, buscar inserção em um cenário novo, de forma ativa e não apenas como observadora, conquistar confiança dos sujeitos e identificar situações problema, além de propor atividades de educação em saúde e criar instrumentos de avaliação, demandaram esforços e um grande envolvimento de minha parte, enquanto sujeito ativo. Por outro lado, pude experimentar em situação real ações desenvolvidas na rotina escolar e participar dos resultados, permitindo um olhar mais próximo e apurado do contexto analisado.

O texto é apresentado em seis (06) capítulos e descreve o caminho percorrido desde a formatação do projeto de estudo até a análise dos dados coletados, incluindo a descrição dos 12 (doze) meses de encontros realizados com o grupo de planejamento na saúde escolar, denominado grupo de PSE (Grupo do Programa de Saúde Escolar).

Nas “Considerações Iniciais” apresento algumas reflexões teóricas acerca de promoção da saúde no ambiente escolar, a proposta descrita pelo Decreto nº 6.286/07 e os questionamentos em relação à atuação do enfermeiro na educação em saúde voltada ao Ensino Fundamental. Descrevo minha trajetória profissional e sua proximidade com aspectos da saúde escolar. A partir da trajetória descrita, aliada a uma revisão de literatura no tema saúde escolar, discorro sobre a participação do enfermeiro na assistência e educação em saúde à comunidade escolar, desenvolvendo a problematização do estudo, traçando objeto e objetivos, acrescentando justificativas e relevância para sua realização.

O segundo capítulo, denominado “História da saúde escolar e da enfermagem escolar: um breve relato” descreve algumas informações sobre como se deram as

diversas tentativas de aproximação entre os saberes da saúde e da educação, com o apoio dos determinantes legais, conduzindo as ações e propondo um modelo de organização social e formação educacional.

O terceiro capítulo, “Referencial Teórico e Metodológico” destaca os referenciais utilizados no percurso de desenvolvimento da teoria e da metodologia científica e salienta os critérios observados para a manutenção de sua cientificidade, as bases teóricas de sua construção e os resultados encontrados, a partir do empreendimento da metodologia da pesquisa-ação.

O referencial teórico é a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas que possibilitou discussões acerca da realidade vivida pelos sujeitos. Representa, a partir do uso da razão instrumental em interações comunicativas, a compreensão dos caminhos percorridos pela busca do consenso na solução de conflitos e problemas encontrados por um grupo multiprofissional da saúde e educação ao planejarem e desenvolverem ações na saúde escolar em duas escolas da rede municipal de ensino no município do Rio de Janeiro.

O caminho metodológico, descrito passo a passo na aplicação da metodologia da pesquisa-ação, relata as dificuldades e as soluções encontradas na superação de impasses pessoais e organizacionais no atendimento aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e no atendimento ao cronograma de pesquisa. São apresentadas observações feitas a partir das inferências e ações dos sujeitos nos encontros do grupo de PSE, caracterização de cenários e sujeitos no tempo vivido, sua relação social e de trabalho na realidade descrita, bem como o posicionamento dos mesmos diante da construção coletiva de ações na e para a escola.

A análise dos dados, quarto capítulo, “Apresentação dos resultados” reitera o compromisso com “mudanças” entendidas como crítica à realidade vivida na

perspectiva de consenso, entendimento e transformação desta realidade. Estas transformações envolveram as ações de educação em saúde no cenário escolar, através do planejamento estratégico e pelo envolvimento multiprofissional e intersetorial entre os serviços de saúde e educação. Este capítulo apresenta as seguintes categorias:

- ✓ O agir estratégico
- ✓ A estruturação de uma práxis na enfermagem escolar
- ✓ Uma proposta de educação em saúde na escola pelo PSE

O quinto capítulo “Um modelo de projeto para saúde escolar com a participação do enfermeiro” apresenta, a partir dos resultados da análise e a experiência desenvolvida pelo grupo de PSE, uma sugestão de modelo para saúde escolar. Representa a possibilidade de replicação da realidade observada e demonstrada pelo empreendimento deste estudo.

O sexto e último capítulo “Considerações finais”, destaca as possibilidades e enfrentamentos necessários na construção de uma práxis para o enfermeiro na saúde escolar e as interações possíveis entre profissionais de educação e saúde no desenvolvimento de um projeto de promoção da saúde.

Apresento, a partir dos achados e análise desenvolvidos neste estudo, a seguinte Tese: *“A práxis em enfermagem escolar, resultado da reflexão crítica no planejamento e avaliação das ações do enfermeiro na saúde escolar e estruturada pela autonomia e no aprender uns com os outros, encontra no agir estratégico o desencadeamento de interações entre profissionais da saúde e educação, em propostas de promoção da saúde multiprofissionais e intersetoriais, desde que garantidas: a continuidade e a efetividade pela participação conjunta destes profissionais em modelos com foco na realidade única de cada comunidade escolar e seus indivíduos”*.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

“(...) a linguagem é o veículo primordial da integração social e a comunicação é o meio em que os indivíduos participam de uma identidade moral comum, baseada em expectativas recíprocas (...)”
Ingram (1994, p. 26)

1. Considerações Iniciais:

Buscar a construção de uma proposta de educação em saúde para escola que invista no ser humano em sua totalidade e refletir sobre as questões de sua operacionalização, baseada na realidade das escolas e no modelo de saúde brasileiro com a participação do enfermeiro, em ações de âmbito multiprofissional e intersetorial, constituem reflexões que nos propomos neste estudo.

Afinidades entre os setores de saúde e educação são muitas e encontram-se baseadas na universalização dos direitos humanos fundamentais. Trazer a pauta o estreito vínculo entre a produção de conhecimento e um viver saudável, tarefa dos setores da educação e da saúde, constitui um estímulo à realização deste estudo.

A escolha do tema é resultado de minha experiência profissional, em uma prática rotineira e ativa, como enfermeira junto à comunidade escolar. Assim, entendo a garantia da continuidade das atividades desenvolvidas por enfermeiros na saúde escolar necessária e fator de promoção e efetividade nas ações de educação e assistência em saúde na atual proposta para saúde escolar, normatizada pelo Decreto nº 6.286/07 que implanta o Programa Saúde na Escola (PSE).

Trajetórias dos programas de saúde escolar, na realidade brasileira e mundial, podem ser colocadas enquanto permanentes recriações de “antigos modelos”. Denominamos recriações por entender que os “novos modelos” costumam ser planejados e desenvolvidos baseados em experiências exitosas anteriores. Consideram propostas e evoluções ocorridas nos sistemas de ensino e saúde por mudanças do

contexto político, histórico e conceitual, desta forma, adequam e são desenvolvidos buscando atender as políticas atuais na saúde e no ensino.

Neste estudo não buscamos um “modelo novo” na saúde escolar, mas a partir das experiências acumuladas e da atual proposta para promoção da saúde, buscar elementos para estruturação de um projeto que invista em práticas participativas e que esteja atento, no alcance de seus objetivos, ao processo de integração entre profissionais da saúde e educação, desenvolvendo ações plausíveis e exequíveis, a partir da realidade de cada comunidade escolar.

Para Pereira (2003) educação e saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano e os indivíduos que os compõem encontram-se num ciclo permanente de ensinar e aprender. Assim, interações entre estes espaços e seus saberes constituem processos para construção de qualidade de vida.

Uma visão conjunta, tanto do ambiente como do ser humano, que compõe um sistema de vida dinâmico e inteligente, proporciona uma compreensão ativa da realidade. O ambiente escolar, nessa perspectiva, através de interações entre seus profissionais, passa a ser concebido como espaço de convivência e socialização, apresentando-se, portanto como um terreno fértil para implementação de estratégias e ações que desenvolvam a promoção de saúde.

A partir das interações entre profissionais de saúde e educação percebidas no mundo da vida¹ e no uso racionalidade, construída pela observação e interpretação da realidade em fatos objetivos, normas sociais e conteúdos subjetivos, têm-se oportunidades para compartilhar experiências, desejos, interesses, afetividade,

¹ No mundo da vida temos o mundo objetivo representado pelos objetos e acontecimentos ditos como verdadeiros; o mundo social presente nas relações interpessoais legitimamente reguladas e o mundo subjetivo encontrado na totalidade das vivências do sujeito. (HABERMAS, 1987a, p. 144)

aspirações e preocupações, e a compreensão dos elementos que estruturam a base na construção de um projeto integrado para saúde escolar. (HABERMAS, 2004).

O enfermeiro que trabalha na atenção básica em saúde, atual modelo de saúde, encontra-se inserido no programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) e tem papel fundamental na saúde escolar, na medida em que pode atuar em componentes assistenciais e educativos, realizando vários tipos de ações, tais como: promover atenção à saúde individual, comunitária e as ações de educação para a saúde no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Assim, a compreensão ou entendimento das ações estratégicas utilizadas na saúde escolar podem definir o melhor caminho a ser seguido nas interações possíveis entre profissionais da saúde e educação, “um mundo da vida reproduzido materialmente mediante os resultados e conseqüências das ações dirigidas a objetivos” (Habermas, 2002, p. 446), ou seja, na execução de ações intencionais. Os resultados das ações de promoção da saúde no ambiente escolar representam ganhos em qualidade e efetividade e são desenvolvidos por estratégias propostas de forma multiprofissional executadas em parcerias entre os setores de saúde e educação.

Profissionais da saúde além de atuarem efetivamente na orientação dos serviços de saúde, responsabilidade técnica no atendimento clínico, devem estar envolvidos prestando cuidados na atenção integral a sua clientela. Neste sentido, estes profissionais devem estimular a participação efetiva da comunidade na construção da cidadania, na transformação de seu ambiente e na conquista da equidade social em saúde, transformando ambientes pela busca da qualidade de vida. (HARADA, 2003)

Neste contexto, Czeresnia e Freitas (2008) destacam que promoção da saúde envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a

multiplicidade dos condicionantes da saúde, por meio do estímulo à possibilidade de escolhas, ou seja, o reforço na utilização de conhecimento e discernimento das diferenças e singularidades nos acontecimentos que influenciam a construção da saúde. Confere assim, capacidade e responsabilidade para o reconhecimento da realidade individual e comunitária na perspectiva de sua transformação, a partir do levantamento e do entendimento das necessidades observadas por seus sujeitos.

Para Cecílio (2001) podemos reconhecer quatro conjuntos de necessidades de saúde: o primeiro relacionado às condições de vida, entendendo que o modo como se vive interfere nas diferentes necessidades; o segundo diz respeito ao acesso às tecnologias e como estas melhoram ou prolongam a vida; o terceiro refere-se à criação de vínculos efetivos entre o usuário e o profissional de saúde, entendida como uma relação contínua, pessoal e calorosa e, por último o quarto conjunto que se refere aos graus crescentes de autonomia que indivíduos têm no seu modo de conduzir a vida e que vai além da informação.

Desta forma, necessidades também na saúde escolar são criadas. Partem da crítica dos indivíduos e comunidade sobre seu ambiente e da relação destes com seu meio e fatos, não constituem aspirações involuntárias, são desenvolvidas a partir da realidade. Na saúde esta posição de enfrentamento e superação de necessidades também está relacionada à construção de melhores condições de vida.

A capacidade de identificar as necessidades presentes na realidade de cada escola e desenvolver projetos que atendam a superação destas necessidades constitui fator de promoção da saúde, definido pela Carta de Ottawa², redigida em 1986, como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de

² Carta de Ottawa – texto resultante da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde que ocorreu em 1986 na cidade de Ottawa no Canadá e foi considerado o marco fundador do movimento da promoção da saúde no mundo.

vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19).

A saúde escolar inserida na nova proposta de ações em saúde passa a romper com o modelo curativo calcado em ações pontuais assistencialistas, repensando os padrões de atendimento às necessidades em saúde da comunidade escolar. Nesta proposta adota-se o modelo de parcerias entre os serviços de educação e saúde, de forma a construir planejamentos mais sólidos e que retratem o contexto de cada realidade escolar, única e particular.

O Ministério da Saúde (2009) implanta o PSE e no texto base expressa a finalidade de contribuir para formação integral dos estudantes da rede pública de ensino por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde em parcerias entre os Ministérios da Saúde e Educação, destacando o entendimento de escola como espaço de saber integrado à saúde, assim:

A escola é um importante espaço de desenvolvimento de um programa de educação para saúde (...), oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto de diferentes saberes (...). Esse encontro de saberes gera o que se convencionou chamar “cultura escolar”, que assume expressão própria e particular em cada estabelecimento, embora apresente características comuns a tudo aquilo que é típico do mundo escolar. (BRASIL, 2009, p. 15)

A escola é apresentada como um local de socialização e “transição entre o mundo da casa e o mundo mais amplo” (BRASIL, 2009, p. 15), portanto, um cenário integrado e inserido no cotidiano da comunidade e formador de uma cultura local, originada de sua realidade e que se irradia além dos seus limites, configurando-se em um espaço de práticas socioculturais e condicionantes para saúde de seus indivíduos.

O novo paradigma deve partir de uma reorientação da filosofia de atendimento e retomada dos padrões de assistência, deixando de lado uma visão mecanicista de oferecer cuidados de forma fragmentada. Este novo paradigma envolve a adoção de uma assistência calcada em uma visão holística e integral considerando as

peculiaridades culturais, a família e a história de cada um. Neste sentido, a ação do enfermeiro em uma construção conjunta, baseada pela troca de experiências técnicas entre a equipe multiprofissional de saúde e educação, constitui fator de promoção da saúde.

A saúde é obtida pela construção do valor do cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões estas, alicerçadas em conhecimentos de fatos reais sobre sua saúde, e no controle de sua saúde e vida, sem se deixar de ter noção sobre a responsabilidade do Estado (IERVOLINO, 2000). Assim, está potencialmente propensa a ser desenvolvida em espaços escolares, já que estes são locais de diálogo e ações de interação entre indivíduos e comunidade escolar, privilegiado pela troca de saberes e expressão da diversidade cultural. (BRASIL, 2005)

Por outro lado, alguns autores destacam que a escola é ainda marcada pela transmissão do conhecimento, internalização de condutas e construção de habilidades específicas, mantido, desta forma, um ambiente nitidamente tradicional, ocupado mais em reproduzir do que recriar e reconstruir conhecimentos. (MOURA et. ali., 2007)

Centrado no modelo biomédico de caráter prescritivo e no uso da pedagogia tradicional, as ações de educação em saúde encontram-se centradas na transmissão dos hábitos higiênicos e controle de surtos de doenças e epidemias, reduzindo a percepção para aceitação e reconhecimento da realidade, seja pela repetição do passado ou limitando a busca de alternativas que contemplem questões da vida e da interação social na realidade atual.

Surge a necessidade de reflexão sobre novos modelos de educação em saúde, baseados no atendimento as necessidades humanas. Entende-se que o tema saúde na escola não constitui nenhuma novidade, tem estado presente nos programas curriculares escolares e permeia suas atividades na rotina escolar desde seus primórdios, mas a

questão que ainda continua em aberto é: “como construir uma proposta de ação que vá além do modelo biologicista e da reprodução de conteúdos?”

Constitui desafio modificar modelos de ensino em saúde onde a redução da percepção da realidade e a aceitação de apenas verdades técnicas, em uma visão cognitivista de educação em saúde e centrada no modelo biomédico, pela transmissão de conhecimentos, podem garantir a aprendizagem. Então, permitir uma construção autônoma e que seja refletida em hábitos de vida conducentes à promoção da saúde, representa mudanças.

Desta forma, pensar em uma proposta de ação do enfermeiro que atua no ambiente escolar, envolvendo profissionais das diferentes áreas nos setores de saúde e educação, pelo desenvolvimento de uma práxis baseada na realidade de cada escola e sua comunidade, permite a construção de um espaço de interações sociais conduzido por ações instrumentais e comunicativas que favorecem a promoção da saúde e a garantia de respeito aos direitos sociais e de saúde.

Partindo-se do entendimento de que o espaço escolar é um cenário especial na promoção da saúde e local de desenvolvimento de pensamento crítico em relação aos condicionantes de saúde e também alicerçada nas inter-relações existentes entre saúde e educação apresento a trajetória que motivou a construção da presente tese de doutorado.

1.1 A experiência profissional na construção do estudo:

Em 1994 desenvolvi junto a Secretaria Estadual de Educação no Rio Grande do Sul atividade como enfermeira em escolas da rede de Ensino Fundamental e Médio, compondo uma equipe multiprofissional de saúde chamada Serviço de Assistência ao Educando (SAE), cuja principal função era prestar cuidados de saúde aos alunos vinculados às escolas da rede estadual de ensino. Posteriormente, no ano de 2003 no

Rio de Janeiro, trabalhei como enfermeira em uma escola da rede particular de ensino, atuando como Coordenadora de um Centro de Saúde Escolar.

Reflexões realizadas durante o período de planejamento e desenvolvimento do projeto de estruturação do Centro de Saúde Escolar levaram-me a discorrer sobre aspectos que abordavam a integração dos espaços da educação e da saúde e ressaltar a necessidade de criar oportunidades de “promover saúde positiva³, estreitando o relacionamento entre as diversas disciplinas e áreas atuantes na escola, colocando em discussão e traçando objetivos na educação em saúde.” (RASCHE, 2003, p. 3)

A posição de ‘enfermeira-assistencial’, no contexto de uma escola de ensino particular, somada a experiência, enquanto funcionária pública da Secretaria Estadual de Educação no estado do Rio Grande do Sul, prestando assistência de enfermagem as escolas da rede de ensino estadual, provocaram inquietações quanto à prática do “enfermeiro escolar”⁴, resultando em questionamentos, enquanto ‘pesquisadora’, para elaboração da Dissertação de Mestrado “A atuação do enfermeiro escolar em projetos de promoção da saúde no ensino fundamental: o caso da 3ª Coordenadoria Regional de Educação no Rio Grande do Sul”, concluída em novembro de 2008 pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ).

E, também nesta tese onde pretendo, pela análise das interações entre equipe multiprofissional de saúde e profissionais de educação no planejamento de ações em saúde escolar, discutir a práxis do enfermeiro que atua no atendimento as demandas

³ Saúde positiva constitui-se no desenvolvimento do tema saúde não a partir do termo doença, como apresentado no modelo biomédico e calcado no discurso científico e prático da clínica médica. (CZERESNIA & FREITAS, 2008)

⁴ Termo apresentado por Edith Fraenkel em 1936, nos Anais de Enfermagem, que define uma especialidade em enfermagem, cuja atividade está relacionada ao cuidado em saúde de escolares realizado no espaço da escola e com atendimento a toda comunidade escolar. (RASCHE, 2008b)

sociais na prevenção e educação em saúde para alunos e comunidade escolar no Ensino Fundamental.

1.2 A problematização e a construção do objeto de estudo:

Da Dissertação de Mestrado onde analisei as relações entre profissionais da educação e o enfermeiro nas atividades de educação em saúde na implantação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), emergiram os seguintes questionamentos:

- ✓ Por que da pouca visibilidade ou participação ativa dos profissionais enfermeiros na saúde escolar?
- ✓ Como ampliar a participação do enfermeiro no desenvolvimento de projetos de educação em saúde escolar, sendo esta uma área de atuação fundamental deste profissional por sua formação e competências?
- ✓ Quais são as atividades e saberes que compõem o exercício da enfermagem escolar?
- ✓ Como desenvolver projetos de parcerias entre profissionais de saúde e educação na saúde escolar?

Aponto ainda as seguintes premissas, resultado da análise dos achados obtidos em minha Dissertação e que sustentam o presente estudo, destacadas nas citações abaixo:

1. “A validade de argumentos ou verdades é construída por um processo de argumentação livre de domínio ou coerções esta, imposta pela formação profissional técnica do enfermeiro e do professor.” (RASCHE, 2008a, p.118)
2. “A emancipação é conquistada pelo indivíduo, pela capacidade de expor-se a crítica através do diálogo entre sujeitos pares. O resultado desta crítica é o desenvolvimento da capacidade de observação da realidade, através de um olhar

sob outros ângulos que determinarão o sucesso na construção de objetivos comuns (...)” (RASCHE, 2008a, p.118)

Independente de formações e domínios técnicos, presentes entre os sujeitos na realidade estudada, foi possível a identificação do uso da razão comunicativa pela realização de ações uníssonas e pautadas em objetivos comuns.

Outro aspecto que merece destaque é o desenvolvimento da autonomia entre os sujeitos participantes. A construção da autonomia ocorreu por processos intersubjetivos do indivíduo ao se expor a crítica, no uso da linguagem e na descrição de ações vividas, pela busca do melhor argumento. A capacidade crítica de observação da realidade e na tentativa de sua transformação, mesmo em diferentes experiências profissionais, possibilitou interações e a construção de planos de ação conjunta, fortalecendo o exercício da autonomia na realização de projetos de educação em saúde na escola.

Aos achados defendidos acima, acrescento o resultado da pesquisa bibliográfica (revisão integrativa da literatura), realizada nos meses de março a maio de 2010, apresentada no subcapítulo “O levantamento bibliográfico: uma análise das produções científicas acerca do tema saúde escolar”, que apontou para o consenso relacionado à importância da presença do profissional de enfermagem na rotina e no desenvolvimento do currículo escolar no tema educação em saúde e assistência em saúde escolar, porém não evidenciada como ocorre esta atuação e uma elaboração integrada de programas para saúde escolar, entre o profissional enfermeiro e demais profissionais da saúde e educação. Estes resultados nos conduziram para construção das seguintes **questões norteadoras**:

- ✓ Como o enfermeiro planeja e desenvolve ações na saúde escolar?
- ✓ Como ocorrem as interações entre enfermeiros e profissionais de saúde e educação no planejamento das ações na saúde escolar?

✓ Quais elementos compõem a base para estruturação de um projeto de saúde escolar com a participação do enfermeiro?

Para análise dos resultados e para responder as questões elaboradas no estudo e favorecer o aprofundamento do tema, utilizo o apoio do referencial da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas. Esta teoria representa uma crítica reconstrutiva, afirmando ser necessário submeter os conteúdos a serem criticados ao processo discursivo e ao enfrentamento argumentativo, não permanecendo na negatividade da crítica. Ao repensar a idéia da razão, pela proposta da racionalidade, propõe o caminho da comunicação, no uso da linguagem, como uma alternativa intersubjetiva nas interações pela busca do entendimento.

A ação, razão instrumental, apresenta-se como mola propulsora na construção e definição de objetivos que movam os indivíduos, profissionais de saúde e educação, na definição de suas intenções. Estas intenções encontram-se presentes no desenvolvimento de uma proposta de saúde escolar também permeada de intencionalidade pelos gestores do serviço.

Assim, entendemos que mesmo movidos por interesses, na razão instrumental, pelo atendimento as demandas assistenciais em saúde e educação, os participantes quando envolvidos e sensibilizados nas definições de ações e objetivos comuns, partilham de uma razão comunicativa na busca do entendimento a partir da definição conjunta de objetivos.

A Teoria da Ação Comunicativa pelo desenvolvimento e na experimentação de um modelo de trabalho aplicado por profissionais enfermeiros e acompanhado pelos demais elementos da equipe da saúde e educação, permitiu a compreensão como possibilidade ao entendimento e a definição de ações em saúde. Reitero esta afirmativa com a citação de Santos (2005, p.21) destacando a construção coletiva que envolve “a

elaboração de condutas, papéis e representações do mundo vivido, concebido como uma dentre muitas alternativas na realidade social.”

Na descrição dos caminhos traçados nesta construção permeada pelo diálogo, como premissa básica dos estudos de Habermas, apresentamos o uso da racionalidade comunicativa como instrumento libertador e determinante na construção da autonomia do sujeito. Autonomia entendida como capacidade de reflexão da realidade vivida e profissional e o exercício da argumentação na defesa de argumentos mais fortes. Uma autonomia dialógica, partilhada de forma intersubjetiva e não uma autonomia no sentido comum da palavra, como capacidade de tomada de decisões, independente do consenso entre os sujeitos envolvidos.

Neste estudo destacamos a práxis em enfermagem escolar, uma práxis entendida enquanto prática não somente profissional, mas também social que critica e transforma a ação em sociedade como meio para o desenvolvimento da autonomia e entendimento da realidade vivida, na busca de mudanças pela qualidade de vida e saúde e constitui o **objeto de estudo** “A práxis do enfermeiro, mediada pela intersubjetividade, no desenvolvimento de projeto para saúde escolar”.

Os **objetivos** a serem atendidos a partir do presente objeto de estudo são:

- ✓ Descrever o planejamento das ações na construção e desenvolvimento da práxis em enfermagem escolar;
- ✓ Analisar as relações estabelecidas entre enfermeiros, profissionais de saúde e educação no desenvolvimento de projeto na saúde escolar pelo uso da intersubjetividade;
- ✓ Discutir os elementos que constituem a base para estruturação de um projeto de saúde escolar com a participação do enfermeiro.

Desenvolver o tema saúde, a partir de noções de saúde e não de doença, com a participação da comunidade escolar na tomada de decisões sobre ações a serem desenvolvidos pela qualidade de vida, reitera o novo conceito de saúde, onde componentes sociais e o ambiente também constituem determinantes em saúde. Ações pontuais não resultam em processos de transformação para as escolhas produtivas e efetivas em saúde, assim buscamos novas estratégias de ação para promoção da saúde.

Compreende-se a possibilidade de debater acerca das muitas possibilidades do papel e atuação do enfermeiro, também no cenário escolar, e que vai muito além daquelas entendidas e racionalizadas em um modelo hegemônico voltado ao ambiente hospitalar. Reforçamos as atividades que constituem a essência do papel de enfermeiro e entendemos devam permanecer como tal, como a participação efetiva no desenvolvimento de ações de prevenção em saúde.

Insiro o termo “enfermeiro que atua na atenção básica de saúde” e me refiro ao profissional que compõe, dentro da atual lógica de assistência em saúde brasileira e também na cidade do Rio de Janeiro, a Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁵ para qual o Decreto que implanta o PSE está voltado no planejamento das ações e nas atribuições que competem aos profissionais de saúde que nele atuam. Trata-se do enfermeiro que desenvolve ações na assistência primária em saúde, voltada à promoção e prevenção em saúde incluindo também a assistência a comunidade escolar e seu entorno.

⁵ Declaro utilizar a sigla ESF e não PSF (Programa Saúde da Família), mesmo sendo esta a primeira denominação dada ao modelo de atenção em saúde hoje chamado Estratégia de Saúde da Família.

Nele profissionais enfermeiros e de demais formações na saúde desenvolvem ações em saúde de caráter preventivo, em uma perspectiva contrária a assistencialista/ curativa, voltada aos agravos da doença.

A sigla ESF substitui a sigla PSF, na transcrição das falas dos sujeitos, apesar destes utilizarem de forma corrente a sigla PSF para indicar no modelo de trabalho atual, suas atividades e funções exercidas.

1.3 Relevância do estudo:

A relevância do presente estudo encontra-se na premissa de superação do modelo biomédico, buscando apresentar e descrever a atuação do profissional “enfermeiro escolar” no atendimento as demandas sociais, com foco no indivíduo e comunidade escolar, caracterizada não apenas por intervenções clínicas, mas por propostas de mudanças e intervenções na realidade escolar.

Assim, pelo planejamento de um projeto de educação em saúde para escolares, a partir de um enfoque não apenas cognitivista atendendo apenas a mera transmissão de informações pontuais, mas onde as discussões de suas ações estejam de acordo ao conceito ampliado de saúde, pretendemos a superação do modelo biomédico que apresenta a saúde apenas como ausência de doença e classifica um indivíduo saudável como aquele que não necessita de intervenções clínicas, por não apresentar uma enfermidade, sem considerar as condições de vulnerabilidade deste indivíduo e suas relações sociais.

1.4 Justificativa e contribuições do estudo:

Esta pesquisa integra-se ao Núcleo de Pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem (NUPESEnf), na linha de Pesquisa Educação em Enfermagem, inserindo neste espaço de discussões científicas, o tema saúde escolar e contribuindo no desenvolvimento de estudos referente a questão dos “novos espaços” de atuação do enfermeiro.

Considero a escola não como um “novo espaço”⁶ para o enfermeiro, mas um local pouco explorado, apesar das Políticas Públicas de Saúde, em suas novas

⁶ O termo “novo espaço” inclui as áreas de atuação onde o profissional de enfermagem possui pequena ou menos efetiva atuação, apesar do entendimento de sua relevância na promoção em saúde. Refere-se basicamente a visibilidade e ao protagonismo das ações.

concepções, compreenderem e apresentarem que a prevenção em saúde constitui a base para promoção do bem estar. Assim, em uma proposta de crescimento profissional e de ampliação de conhecimentos para enfermagem, entendemos que o presente estudo **justifica-se** por:

- ✓ Propor o desenvolvimento de atividades para promoção da saúde para escolares que representem propostas de ação planejada, sistemática, contínua e que atendam a objetivos comuns, desenvolvidos em parceria ao longo do período escolar e onde a proposta de promoção da saúde esteja inserida no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola;
- ✓ Atender e dar visibilidade através da implementação e dinamização de projetos de saúde escolar nas questões de saúde/doença a ele relacionadas, presentes em propostas de educação e saúde e sugeridas em projetos governamentais de integração entre profissionais da saúde e educação;
- ✓ Buscar preencher um espaço de discussão acerca do tema saúde escolar, enfermagem e serviços de enfermagem escolar que se encontram pouco discutidos na literatura científica brasileira a partir da década de 90. Apesar desta lacuna as propostas governamentais de saúde e o discurso hegemônico revelam a importância do profissional enfermeiro no espaço escolar e no desenvolvimento de ações em saúde.

A partir das considerações apresentadas destacamos as possíveis **contribuições** na realização deste estudo:

Para assistência em enfermagem:

- ✓ O ambiente escolar constitui-se em um terreno fértil na atenção básica e formação de futuros cidadãos engajados no processo de cuidar de sua saúde,

sujeitos livres, informados e críticos para realização de escolhas em saúde. A presença do enfermeiro no ambiente escolar poderá trazer subsídios para o desenvolvimento de estratégias de ação em saúde efetivas e continuadas, além de representar para este profissional espaço rico no desenvolvimento de estratégias de prevenção;

- ✓ Tornar visível e trazer para a discussão, junto aos profissionais da educação e da saúde, com ênfase para a enfermagem, a importância do trabalho a ser desenvolvido com crianças e adolescentes no espaço escolar e vinculadas a ações de promoção da saúde de modo mais consistente e rotineiro, tanto na prática diária de sala de aula como nas diversas atividades escolares que a escola congrega intra e extramuros;
- ✓ Destacar as repercussões do planejamento e implementação das ações em saúde, não só no ambiente escolar, mas também junto à comunidade em geral, onde escolares são sujeitos ativos, responsáveis e determinadores de transformações e condutas em saúde.

Para o ensino em enfermagem:

- ✓ Na aproximação da universidade, escola e sociedade através de projetos de integração e parceria que atendam as necessidades dos escolares, levando a universidade a se fazer presente na busca de caminhos e soluções possíveis no atendimento as demandas sociais;
- ✓ Na discussão e na retomada de espaços de formação profissional na graduação em enfermagem, destacando o cenário escolar como um local de cuidado em prevenção e assistência à saúde, além da descrição de um modelo de atuação do enfermeiro no exercício da assistência de enfermagem;

- ✓ No planejamento de ações estratégicas para o desenvolvimento de um projeto de saúde escolar que atenda a Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LDB), Lei 9394/96 e esteja inserido no currículo do Ensino Fundamental, explorando situações da realidade;
- ✓ Na inserção de ações de saúde planejadas pelo enfermeiro escolar aos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das escolas, a partir do atendimento ao Decreto nº 6.286, de dezembro de 2007 que implanta o Programa Saúde na Escola (PSE).

Para pesquisa em enfermagem:

- ✓ Na realização de novas pesquisas referentes ao tema saúde escolar, através da proposta de discussão do tema em Núcleos de Pesquisa que poderão contribuir no atendimento e para ampliação de conhecimentos;
- ✓ No desenvolvimento de produções científicas, preenchendo a lacuna de conhecimentos relativos à saúde escolar brasileira e a enfermagem, principalmente nas duas últimas décadas.

1.5 Uma análise das produções científicas no tema saúde escolar e enfermagem:

A pesquisa bibliográfica representa o início da construção de um projeto de pesquisa, nela introduzimos idéias, enquanto possibilidade de questionamentos acerca do tema de pesquisa. Assim, passamos das idéias a concretude do projeto a partir do que já foi pesquisado e escrito na temática a ser investigada.

O resultado alcançado nesta fase exploratória possibilitou avanços no entendimento, delimitação e construção do objeto de pesquisa, além da sustentação teórica e constatação da lacuna de investigação na temática “a promoção da saúde para escolares e a ação do enfermeiro”.

Utilizamos como metodologia uma revisão integrativa que possibilitou a análise de pesquisas relevantes e a síntese do estado do conhecimento no tema saúde escolar em múltiplos estudos publicados, resultando em conclusões mais gerais a respeito da área. (MENDES, SILVEIRA & GALVÃO, 2008)

De forma a seguir os passos metodológicos da pesquisa integrativa, iniciamos a pesquisa bibliográfica preliminar no período de agosto a outubro de 2009. Utilizamos como **palavras chaves**: promoção da saúde; educação em saúde; escola e enfermeiro escolar.

Nesta fase nosso objetivo era buscar nas publicações nacionais os artigos escritos após a defesa de nossa Dissertação de Mestrado que ocorreu em novembro de 2008, atualizando as referências nela citadas. Na base de dados Medline, encontramos 211 produções publicadas entre novembro de 2008 e outubro de 2009, mas nenhuma delas tratava da saúde do escolar e enfermagem no Brasil, período que compreendeu o tempo entre a conclusão da dissertação de mestrado e o início da elaboração do projeto de tese de doutorado.

A segunda revisão bibliográfica foi iniciada com a formulação da **pergunta de revisão**: “Qual a atuação do enfermeiro na promoção da saúde escolar?” e os dados aqui apresentados referem-se ao período de abril e maio de 2010.

Nosso interesse maior estava centrado na realidade escolar brasileira, mas tínhamos clareza da importância dos estudos realizados no mundo, como ponto de partida para possíveis comparações e exemplificações das atividades previstas para a ação do enfermeiro escolar em realidades que não a do ensino brasileiro, principalmente onde o serviço de enfermagem escolar encontra-se solidificado e as atividades a ele relacionadas já descritas.

Selecionamos assim o **descriptor**: “serviço de enfermagem escolar” como central e a partir dele utilizamos os **descritores**: promoção da saúde e educação em saúde como critérios de limites para análise das produções.

Não foi realizado recorte temporal nas produções, pois entendemos ser fundamental o entendimento das mudanças relativas às práticas de enfermagem escolar ao longo dos anos, como também as mudanças relativas aos modelos de educação e saúde dela decorrentes. Selecionamos as teses, dissertações e artigos que traziam a relação entre o enfermeiro escolar e a promoção da saúde neste cenário e que retratavam a realidade brasileira e internacional.

O resultado quantitativo das produções com o descriptor “serviços de enfermagem escolar” na base Medline foi de 1866 produções e na Adolec de 884 produções. Para estas bases realizamos um refinamento utilizando os descritores: “Promoção da saúde” e “Educação em saúde”, apresentados no Quadro 01:

QUADRO 1: Total de Produções BVS, descritores: “Serviços de enfermagem escolar” e “Promoção da saúde” e “Educação em saúde”.

Base de dados ou Biblioteca Virtual	Total de produções
Ciências da Saúde em Geral	
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde	36
IBECS	2
MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde	44
SciELO - Scientific Electronic Library Online	1
Áreas Especializadas	
ADOLEC - Saúde na Adolescência	30
BDENF - Base de Dados de Enfermagem	49
MEDCARIB - Literatura do Caribe em Ciências da Saúde	1
Organismos Internacionais	
PAHO - Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde	2
TOTAL	165

As Bases de dados que abarcam as produções brasileiras, em número total de produções, são equivalentes aos resultados mundiais, revelando o interesse para enfermagem brasileira sobre pesquisas no tema saúde escolar. Estas bases são: Lilacs, Scielo, Adolec e Bdenf.

Na Base de dados Lilacs encontramos o maior número de publicações brasileiras, por se tratar de uma base de dados Latino Americana e do Caribe onde apenas 01 publicação é Argentina e 19 são brasileiras. Das 19 publicações brasileiras, 08 são da década de 80, 06 da década de 90 e apenas 05 publicações entre 2000 e 2010, sendo 03 de 2008, ano de nossa publicação de dissertação de mestrado e artigo com os resultados da dissertação.

O maior número de publicações compreendeu a década de 80, período do modelo biologicista de assistência em saúde que também foi reproduzido na saúde do escolar.

A história das propostas curriculares mostra que em 1971 com a Lei nº 5.692⁷ houve a determinação da introdução formal no currículo escolar da temática de saúde sob a designação genérica de Programas de Saúde. Em 1977 o Parecer nº 540/77⁸ reafirmou a posição de que os Programas de Saúde deveriam ser encarados não como uma matéria ou disciplina, mas como um “processo formativo” que levaria o aluno a utilização destes saberes na preservação de sua saúde e de sua comunidade. (BRASIL, 1998)

Na década de 80, o Ministério da Educação e do Desporto, dispõe e apresenta que vários estados brasileiros já haviam iniciado o processo de reformulação de seus currículos, mas pouco se tinha caminhado para romper com a tendência de somente

⁷ Lei nº 5692/71 do Conselho Federal de Educação (Parecer nº 2264/74)

⁸ Lei nº 5692/71 do Conselho Federal de Educação (Parecer nº540/77)

restringir as abordagens dos assuntos relacionados à saúde a aspectos informativos e exclusivamente biológicos. (BRASIL, 1998)

O Ministério da Saúde em suas determinações, a partir da Lei nº 8.080⁹ que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e data de setembro de 1990, desenvolve um modelo de atenção integral à saúde no qual a incorporação das ações de promoção e proteção à saúde devem ocorrer ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação. Tais ações devem acontecer em todos os ambientes sociais, diferente de ações curativas que restringem-se aos espaços formais de atuação dos profissionais especializados em cuidados de saúde (basicamente postos de saúde e hospitais). Surgem de forma mais intensa as discussões acerca do tema educação em saúde e sua amplitude, onde ações são destinadas inclusive as populações consideradas “saudáveis”. O espaço escolar a partir deste entendimento compreende um ambiente de promoção e proteção à saúde.

Na base de dados Bdenf, com publicações brasileiras de enfermagem, confirmamos como os estudos sobre o tema saúde do escolar seguiram o atendimento as normas do Ministério da Saúde e Educação que nas décadas de 70, 80 e 90 exerciam o modelo assistencialista biomédico.

O enfermeiro dentro deste cenário tem sua atuação mais intensa caracterizada pelas produções de artigos, teses e dissertações no período da medicalização da saúde décadas de 70 e 80. Este período é representado pelo grande aumento no número de hospitais e o surgimento de uma medicina especializada com equipamentos e tecnologias modernas. Estas transformações se refletiram na escola pela maior exigência de exames e o surgimento do “exame clínico”, que na década de 70 torna-se obrigatório para o ingresso na escola. (SILVA, 1999)

⁹ Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. (BRASIL, 1990)

As produções que datam a partir de 2000, constituem maior número de produções estrangeiras, revelando uma inserção reduzida do enfermeiro no cenário escolar brasileiro para o atendimento as demandas dos escolares na prevenção em saúde.

Entendemos assim justificar a elaboração desta tese de doutorado, de forma a trazer para o cenário brasileiro a discussão sobre a atuação do enfermeiro na promoção da saúde do escolar.

Trata-se da discussão acerca de um ator principal e não apenas um coadjuvante na construção de propostas de educação em saúde formadas por equipes multiprofissionais. Ações estas, integradas ao currículo escolar e executadas por profissionais de saúde e educação em projetos não apenas pontuais, mas regulares e que componham a rotina escolar.

O panorama atual das publicações, principalmente brasileiras, no que se refere ao tema atuação do enfermeiro no cenário escolar, revela a carência de discussão sobre o tema na última década no Brasil, e reforça como os trabalhos realizados pelo enfermeiro para escolares ainda encontra-se centrado no paradigma biomédico, mesmo destacando no cenário internacional uma preocupação com o novo modelo de saúde.

Estabelece a necessidade de busca de estratégias para inserção do enfermeiro no cenário escolar e criação de um modelo de atuação deste profissional no desenvolvimento de ações de promoção da saúde para escolares e não somente uma atuação assistencialista e curativa.

Pela presença do enfermeiro no cenário escolar a saúde poderá ser exercida pela construção do valor do cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões, alicerçadas em conhecimentos de fatos reais sobre sua saúde e no controle de sua vida e hábitos de saúde.

*HISTÓRIA DA SAÚDE ESCOLAR E DA ENFERMAGEM ESCOLAR:
UM BREVE RELATO*

“Aprendemos algo do mundo na medida em que aprendemos uns dos outros”

Habermas (2009, p. 72)

2. História da saúde escolar e da enfermagem escolar: um breve relato

No espaço escolar os saberes e práticas sobre saúde e doença, integrados ao ensino, foram construídos de acordo com cenários ideológicos de cada época e seus referenciais teóricos, estes podem ser descritos em diferentes momentos temporais. Assim, a evolução histórica na saúde escolar foi influenciada e transformada pelas mudanças conceituais e políticas em diferentes momentos na escala do tempo.

Apresenta-se este capítulo apenas com a finalidade de situar, de forma breve, as diferentes fases da evolução dos conceitos e modelos de ação na saúde escolar, não objetivando nenhum aprofundamento no tema, até pelo entendimento do investimento que envolve uma apresentação histórica.

A construção deste capítulo emerge da necessidade da compreensão da evolução da saúde escolar, para profissionais da saúde e educação, pelo uso de conceitos e termos que definam uma linguagem comum, com sentidos para palavras compreendidos de forma igual, princípio fundamental para busca do entendimento pela Teoria Habermasiana.

Assim, enquanto sujeitos utilizam o mesmo termo referindo-se a conceitos diferentes, a comunicação não é estabelecida e a busca pelo consenso não será atingida. O texto deste capítulo foi utilizado pela equipe multiprofissional de saúde nos encontros iniciais do grupo do PSE, servindo de roteiro para as discussões teóricas desenvolvidas nos primeiros encontros do grupo, acerca do tema saúde escolar.

As discussões iniciais tiveram como objetivo evitar possíveis distorções no entendimento da proposta do PSE e o conhecimento das origens dos conceitos teóricos

utilizados, que constituíram as referências para elaboração do projeto e planejamento das ações na saúde escolar. Assim, este capítulo compõe uma alternativa para motivar, na formação de novos grupos, as discussões iniciais e as buscas teóricas acerca do tema saúde escolar.

O capítulo apresenta a saúde escolar entendida primeiramente como polícia médica no higienismo, perpassando pela puericultura, no cuidado a crianças, a biologização da saúde, na explicação da doença por fatores orgânicos e no atual momento, buscando sintonia com o conceito de promoção da saúde.

2.1 A fase higienista:

No final do século XIX e início do XX surge a escola popular voltada a todas as classes e não atendendo apenas a burguesia, defendida pelos princípios de liberdade e pela necessidade de suprir as carências da sociedade de mão de obra, oriundas da Revolução Industrial. A população, neste período, passa a representar um bem do estado por sua força de trabalho e capacidade produtiva e para tanto era necessário manter sua saúde e estimular sua educação para o desempenho de suas tarefas no trabalho. (FERRIANI, 1988)

As práticas de saúde da época eram precárias, somada aos problemas sanitários e altos índices de mortalidade, principalmente a infantil. A produção capitalista encontrava-se ameaçada pela necessidade do aumento populacional, sendo imprescindível a preservação da saúde para o benefício da riqueza e defesa das classes dominantes.

Havia iniciado no século XIX na Alemanha a idéia de Polícia Médica, originada do termo “Policey”¹⁰ usado por alguns escritores alemães, assegurando ao estado o controle da saúde da população. O principal objetivo da Polícia Médica era garantir ao estado alemão absoluto e ao seu monarca, riquezas crescentes através do controle social com o aumento das taxas de natalidade e vida após o nascimento e da preservação da saúde do povo.

O autor alemão Johan Peter Frank publicou em 1779 a obra “System einer Vollständigen Medicinischen Polizey”¹¹ considerado um marco em relação as interações sociais de saúde e doença que determinaram o controle da saúde da população. Sua obra foi divulgada pelo mundo todo.

Por sua obra, este autor também é considerado o “Pai da Saúde Escolar”, na qual detalha o atendimento ao escolar e a supervisão das instituições escolares. Suas idéias reforçam a filosofia deste período onde a Polícia Médica tinha o interesse em preservar a saúde da população em benefício do estado, tratando-se de um código de saúde de caráter abrangente dando ênfase à educação.

As idéias alemãs foram adotadas internacionalmente, mas no Brasil é a partir de 1850 que começa a existir uma preocupação maior do estado com a saúde escolar na tentativa de controlar as epidemias de febre amarela, cólera e varíola. Tais epidemias que assolavam a população comprometiam a força de trabalho “do saneamento da metrópole dependia o futuro do Brasil”, foi a afirmação do Barão de Mamoré em 1885 (IERVOLINO, 2000, p. 32)

¹⁰ Policey – termo originado da palavra grega “politeia” que corresponde à constituição ou administração do estado, ou seja, responsabilidade e controle do estado.

¹¹ “Um Sistema de Polícia Médica completo” – tradução nossa.

Em 1889, o então Ministro do Império, Conselheiro Ferreira Vianna, criou a “Inspeção Higiênica”. Segundo Iervolino:

(...) criou a “Inspeção Higiênica” dos estabelecimentos públicos e particulares de instrução e educação do Rio de Janeiro, e foi neste contexto que surgiram as primeiras medidas do “Serviço de Higiene Escolar”, baseado no modelo alemão de “Polícia Médica”, como marco inicial de “Saúde Escolar” no Brasil. (IERVOLINO, 2000, p. 32)

Tais medidas objetivavam o controle das inúmeras epidemias que assolavam as grandes cidades, sendo a escola um local que agregava muitas pessoas, sendo necessária sua fiscalização. Existia também a possibilidade de “educar” as massas para a higiene, vigiar e realizar o saneamento do ambiente escolar.

É importante destacar que tais medidas não tiveram de forma imediata o êxito desejado, mas neste século muitos avanços no entendimento das relações entre saúde e condições de vida foram observados. A industrialização e conseqüentes problemas sociais levaram estudiosos a investigar e questionar a influência de fatores como a pobreza e as condições de trabalho no estado de saúde dos indivíduos.

Surgem assim, as idéias do sanitarismo e assistencialismo em saúde, como forma de assistência aos pobres. Classe esta mais necessitada de atenção à saúde por suas condições pouco privilegiadas de alimentação, moradia, trabalho exaustivo e desprovidos financeiramente para pagar pela assistência médica.

A puericultura surge na França no século XIX, baseada na “Revolução Pausteriana” de controle dos “germes” e noções de higiene, resultado de um saber positivista, eliminando os conhecimentos dispersos e contraditórios entre si, sobre a saúde e cuidados das crianças. Como resultado, nas escolas públicas as meninas e jovens passam a ter aulas de puericultura e higiene, para serem “educadas”. Mulheres

do povo, no entendimento da época, necessitavam de tais orientações para o controle das taxas de mortalidade e preservação da saúde infantil.

A saúde escolar, no entendimento de Ferriani (1988), origina-se de três doutrinas médicas: a polícia médica, o sanitarismo e a puericultura. É no contexto dessas ideologias que a saúde escolar se torna técnica, formaliza suas práticas e ganha contribuições científicas que passam a legitimá-la.

A citação de Rocha, a seguir, revela o pensamento dos sanitaristas em 1920 sobre seu desejo de trabalho para a “educação em saúde” na escola. Período da criação do “Instituto de Hygiene”, da atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo:

Eliminar atitudes viciosas e inculcar hábitos salutarres, desde a mais tenra idade. Criar um sistema fundamental de hábitos higiênicos, capaz de dominar, inconscientemente, toda a existência das crianças. Modelar, enfim, a natureza infantil pela aquisição de hábitos que resguardassem a infância da debilidade e das moléstias. (ROCHA, 2003, p.39)

Como citado, em 1889, foram implantados os “Serviços de Higiene Escolar” e paralelamente a este serviço o médico Moncorvo Filho desenvolveu o trabalho que chamava “proteção higiênica nas coletividades infantis”, salientando a necessidade de Inspeção Médica nas escolas privadas na cidade do Rio de Janeiro. Determina-se desta forma duas correntes no campo da saúde escolar, uma de caráter oficial e outra de iniciativa privada. (FERRIANI, 1988).

O trabalho desenvolvido caracterizou-se pela inspeção higiênica dos locais, limpeza dos prédios e detecção de moléstias contagiosas. Neste período, o ensino escolar não consegue democratizar-se e as ações de saúde estão voltadas para o sanitarismo.

As idéias da Polícia Médica que seguiam o modelo alemão e propunham medidas de asseio e higiene para escolares, avançam ainda mais em suas intenções, ao afirmarem que os conhecimentos passados aos alunos, pela cadeia de relações, iriam transformar comportamentos também nas famílias, e desta forma resolver todos os problemas de controle sanitário inclusive em seus lares, a saber:

O benefício irá além da escola: alcançará os demais membros da família, que deverão boa parte de sua saúde a de seus hábitos sanitários à influência do professor. (Almeida Junior in ROCHA, 2003, p. 51)¹²

Os médicos higienistas elegeram a infância, concebida como matéria prima maleável para um programa de moralização que tinha como base a higienização da população. O controle de doenças seria exercido através de “mudanças de hábitos” prejudiciais à saúde, em uma postura dos profissionais da saúde de “donos da verdade”, e verdadeiros educadores por repassarem as informações como forma de “educação em saúde” (IERVOLINO, 2000).

A postura de donos da verdade é ainda encontrada entre os profissionais da saúde. A idéia da transmissão da informação como solução das questões em saúde torna-se ingênua, pela não associação de como as condições de vida e acesso aos serviços influenciam neste resultado. Inclui-se, também, o fator da participação dos indivíduos na construção do conhecimento e não simplesmente na transmissão da informação.

Deste período herdamos determinadas ações ainda utilizadas. Como exemplo, as campanhas para controle de hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis (DST). Estas se limitam a informar a população sobre o que é a doença, suas causas e riscos, sem levar o indivíduo e a população de risco a estabelecer relação entre seu modo de vida, as doenças e as formas de prevenção.

¹² Português escrito e transcrito conforme ortografia da época, 1920.

Na escola esta conduta pode ser observada por determinadas posturas que são adotadas através do estabelecimento de “normas”. Como exemplo, o controle vacinal, o afastamento de alunos portadores de doenças contagiosas, a transmissão do conteúdo de higiene, enfatizando o risco de adoecer. Não queremos desmerecer a importância de tais condutas, mas salientar que elas, de forma isolada, não correspondem a seu propósito de cuidado com a saúde, de modo particular, do escolar. Ações pontuais e isoladas, visando somente o “cuidar e tratar na doença”, não podem dar conta das propostas de ação em saúde.

No modelo de escola higienista o conteúdo é transmitido pelo método de “educação bancária”¹³, ou seja, os alunos são como recipientes que se encontram vazios e a informação pode ser depositada nesses recipientes de forma a ir sendo acumulada. Os assuntos do tema saúde são repassados de uma forma autoritária, com controle e imposição de hábitos e condutas “saudáveis”. Está baseada no antigo conceito de saúde, definida como a ausência de doença. Os conteúdos partem do tema doença e não da manutenção e preservação da saúde.

2.2 A fase biologicista

O modelo biologicista para tratar as questões de saúde na escola pode ser melhor caracterizado a partir de 1950, resulta da reforma escolar e da proposta da “pedagogia da escola nova”, desenvolvida por estudos de John Dewey e trazidos para o Brasil por Anísio Teixeira. Nesta nova pedagogia, a escola passa a se preocupar com as técnicas pedagógicas (métodos de ensinar e aprender) e a desenvolver um ensino adequando-se aos interesses da sociedade.

¹³ Termo criado por Paulo Freire, para uma metodologia de educação caracterizada pelo o acúmulo de informações “pré-fabricadas” (FREIRE, 1996)

A proposta da escola nova, baseada nas idéias de Anísio Teixeira, buscava transformar o sistema educacional em um sistema mais eficaz a favor das classes subalternas, totalmente excluídas do sistema educacional. É na Constituição de 1946 que se coloca “direito de todos à educação” e a escola primária passa a ser obrigatória e gratuita no ensino oficial. (BRASIL, 1946)

Como resultado da obrigatoriedade do ensino que implicava um aumento de demanda de clientela e a preocupação pedagógica quanto às metodologias de ensino e seus resultados, surgem movimentos no sentido da biologização das questões relacionadas à aprendizagem escolar.

Neste contexto e mais fortemente a partir da década de 50, tomam vulto as discussões em torno de assuntos como: desnutrição e os programas de merenda escolar, distúrbios neurológicos e programas de triagem neurológicas, auditivas e visuais. As políticas de saúde, entre 1930 e 1960, passam a adotar o modelo médico-curativo individualizado e especializado em uma visão assistencialista e curativa.

Supunha-se que o baixo rendimento escolar do aluno estivesse intimamente, senão exclusivamente, relacionado ao estado nutricional ou capacidade mental do indivíduo (...) (SILVA, 1999, p. 21)

Na saúde, este período é representado pelo grande aumento no número de hospitais e o surgimento de uma medicina especializada com equipamentos e tecnologias modernas. Estas transformações se refletiram na escola pela maior exigência de exames e o surgimento do “exame clínico”, que na década de 70 torna-se obrigatório para o ingresso na escola.

Tem início assim a “medicina escolar”, que priorizava os exames físicos de massa, através do registro de saúde. Para Silva (1999), tal iniciativa tornou-se ineficaz, pois demandava um aumento do número de profissionais de saúde para executá-la e

somente o exame clínico no aluno não garantia a preservação ou melhoria da saúde dos escolares.

A crescente demanda de exames clínicos originou um processo de “medicalização do fracasso escolar”. Buscavam-se soluções e respostas biomédicas para o baixo rendimento escolar somadas a uma visão compartimentalizada e isoladora da criança. Profissionais da saúde e educação não trocavam informações nem discutiam possibilidades de avanços no entendimento do fracasso escolar. As propostas de saúde mais integradoras e que permitiriam ver o aluno de uma forma integral não eram privilegiadas. Não houve uma reflexão crítica que desenvolvesse uma política de saúde efetiva para crianças em idade escolar e este período caracterizou-se pelo encaminhamento de alunos às unidades de saúde apenas para justificar o fracasso escolar.

O exemplo no campo legal do descompasso entre mudanças sociais e leis é a legislação que obrigava o exame clínico no início de cada ano letivo datada de 1971¹⁴, ocorrendo a sua revogação apenas em 1993¹⁵, caracterizando como a legislação não tem acompanhado as mudanças no campo social, principalmente no que diz respeito aos escolares e o cuidado com sua saúde.

A Resolução n ° 040 de 04 de fevereiro de 1993, nos seus itens 5 e 7, revela a preocupação com a educação em saúde na escola e o desenvolvimento dos conteúdos relacionados ao tema saúde no currículo escolar, enfatizando a questão da prevenção de acidentes, demonstrando alguns avanços. (BRASIL, 1996)

Ainda é possível observarmos tentativas de explicar o fracasso escolar por aspectos biomédicos, mesmo entendendo-se que a qualidade do serviço escolar é

¹⁴ Decreto Federal n° 69.450 de 1° de novembro de 1971.

¹⁵ Resolução n ° 040 de 04 de fevereiro de 1993.

medida ou considerada positiva pelo aumento do índice de aprovação escolar e a redução das taxas de evasão escolar, assim como a redução das taxas de analfabetismo e o tempo de permanência na escola associado à formação obtida.

O sucesso ou fracasso escolar não pode ser explicado de forma isolada somente por fatores orgânico-biológicos, mas insere-se em um contexto onde saúde e formação escolar deverão ser entendidas através de uma visão integral do aluno, como são preconizadas nas propostas de promoção da saúde.

2.3 A fase da escola promotora de saúde:

O conceito de promoção da saúde cunha-se a partir da Carta de Ottawa, caracterizando uma iniciativa internacional. Baseada em novos princípios o modelo de saúde escolar tem a possibilidade de ampliar suas concepções e práticas com uma visão integral do indivíduo e comunidade em uma proposta multidisciplinar e intersetorial. (OPAS, 1986)

Favorece a revisão de seus modelos, mas sem descartar as experiências acumuladas e bem sucedidas dos modelos teóricos anteriores. Mesmo considerando avanços e progressos em diferentes programas, é comum que se encontre uma junção de propostas efetivadas por práticas de caráter higienista e com ênfase forte no tratamento de doenças e seus agravos baseadas nas especialidades médicas.

Mesmo a proposta apresentada pelo Programa de Saúde Escolar (PSE) mantém forte em sua essência o modelo médico-assistencialista para profissionais de saúde, apesar de estar destacando a proposta da educação em saúde com um enfoque integral e voltado a toda comunidade escolar pelo desenvolvimento de habilidades e escolhas saudáveis para vida.

Uma proposta que viabilize a construção conjunta e o planejamento de ações entre os saberes da saúde e da educação pode determinar avanços na construção e solidificação na fase da promoção da saúde na escola, desencadeada por mudanças sociais e pessoais a partir do novo conceito de saúde.

Apresentamos a tabela construída por Silva (2010, pag. 71), que resume as fases da saúde escolar a partir de seus modelos teóricos e articulações ocorridas entre os serviços de saúde e educação:

TABELA 01: Matriz dos diferentes Modelos Teóricos de Saúde na Escola

Modelo de Saúde na Escola	Teoria	Articulação entre os Setores	Principais características
Higienista	Prática para mudar comportamentos, inclusive morais. Evitar disseminação de doenças. Preparar corpo como força de trabalho. Saúde vista como ausência de doença. O indivíduo é responsável por sua saúde.	Autoritária e normativa. Setor saúde define o que deve ser feito e a Escola acata passivamente. Conhecimento está pronto.	Autoritária e disciplinar. Preventivista. Modelo previamente determinado. Ação centralizada de cima para baixo. Poder decisório central sem permitir participação.
Biomédico especializado	Prática assistencialista e curativa com base hospitalocêntrica. Medicalizadora das questões da aprendizagem. Conhecimento é do especialista que fragmenta o olhar sobre o indivíduo. Individualista e compartimentalizada. Saúde ausência de doença, que depende da análise/ação do especialista.	Organizada na ótica da atenção médica. Prioridade de acesso aos serviços especializados de saúde. De autoridade com conhecimento prévio. Não permite construção de novo conhecimento. Cada setor tem seu próprio conhecimento e não há troca.	Prioriza medicina especializada. Acesso a serviços de maior complexidade. Não valoriza atenção primária em saúde. Medicaliza o fracasso escolar.

Uso do espaço da escola para equipamentos e serviços de saúde	Cria serviços de ambulatório para atendimento na escola. Convivência de profissionais de saúde e de educação no mesmo espaço físico: a escola. Conceito de saúde ainda como ausência de doença com prioridade para tratamento e cura. Caráter preventivista presente para evitar que a saúde comprometa o aprendizado.	Presença física em espaço comum. Não compartilhamento de metas, objetivos e decisões. Ações na maioria das vezes, desconectadas. Territorialização não contextualizada – os campos são distintos: escolas e serviços de saúde. Não gera novo conhecimento.	Ações de saúde descontextualizadas da rede de serviços de saúde. Prioridade para práticas assistenciais. Coordenação das ações permanece isolada. Caminham na contramão do SUS. O poder decisório é específico de cada setor e não propõe a participação ativa.
Promoção da Saúde	Protagonismo do sujeito. Ação descentralizada.. Articula conhecimento e diferentes saberes (especializado e popular). Favorece o diálogo e a interação das questões sociais com a saúde	Teoria social com forte enfoque nas experiências. Compartilha objetivos, metas e recursos. Os dois setores reconhecidos como parceiros ativos do processo. Poder decisório é compartilhado entre os dois setores e a comunidade escolar. Articulação entre diferentes esferas de governo e outros parceiros envolvidos.	Realiza-se no contexto das relações humanas. Constrói saber e conhecimento. Tem bases comunitárias. Projetos pedagógicos. Ênfase na contextualização e territorialização do espaço da escola. Respeito à rede de saúde com valorização da atenção primária em saúde no contexto do território.

A tabela apresenta de forma comparativa, nos diferentes modelos teóricos, como se dá a articulação dos setores de saúde e educação na proposta de saúde escolar, evidenciando um panorama a ser compreendido e superado no desenvolvimento de uma proposta intersetorial e multiprofissional.

A superação dos impasses conceituais e práticos surgidos nas várias tentativas de parcerias encontra seu princípio no desenvolvimento de pactos onde não existem protagonistas, mas atores ativos e presentes no desempenho de suas funções.

As articulações analisadas com maiores movimentos de integração e parcerias entre os setores de saúde e educação determinaram uma maior efetividade e resultados continuados, possibilitando a manutenção das ações.

2.4 A saúde escolar e o enfermeiro:

O entendimento acerca da atuação do enfermeiro, enquanto possível desencadeador do planejamento das ações de educação e assistência em enfermagem na saúde escolar, assim como a descrição destas ações desde o início da enfermagem no Brasil é apresentado neste subcapítulo.

Ferriani (1988), em seu estudo comenta a hegemonia do discurso acerca da relevância do trabalho desenvolvido por enfermeiros escolares, tanto para profissionais enfermeiros como para a sociedade em geral, e como a prática contraria tal discurso. Apresenta a situação do Brasil em relação a outros países quanto à presença do enfermeiro como integrante do serviço escolar, questiona os motivos para a reduzida busca por este espaço de trabalho pelos enfermeiros e instituições escolares, mesmo sabendo-se ser este espaço também responsável pelo “cuidar em saúde”, como citado a seguir:

A enfermagem, no Brasil, mostra um discreto desempenho nessa área (serviço escolar)¹⁶, conquanto seu discurso deixe transparecer uma preocupação pelo espaço que deve ser ocupado pelo enfermeiro. (FERRIANI, 1988, p. 181)

Não pretendemos aqui discutir acerca dos motivos que levam enfermeiros a atuar preferencialmente em outras especialidades que não a enfermagem escolar, mas

¹⁶ Serviço escolar – Palavras usadas por mim para dar sentido ao texto da citação.

destacar as principais atividades e tarefas do enfermeiro na escola e a partir delas o atendimento às necessidades de saúde para comunidade escolar. Tais inquietações levaram a busca do conhecimento da origem do termo enfermeiro escolar e de sua trajetória na enfermagem brasileira.

O entendimento de que o papel do enfermeiro em instituições hospitalares é mais claro, as expectativas em relação a atividade e funções mais definidas nos é claro, mas questionamos o porquê do não entendimento acerca do papel do enfermeiro, principalmente na prevenção em saúde. Papel este, desenvolvido em todos os espaços, na atividade de educação em saúde, apesar do reconhecimento dado ao que já foi colocado em relação ao discurso hegemônico sobre a importância do trabalho do enfermeiro em escolas.

O enfermeiro escolar e sua especialização têm seu primeiro relato encontrado no Brasil na década de 30, publicado nos *Annais de Enfermagem* por Edith Fraenkel, conforme citação a seguir com as principais atribuições do enfermeiro escolar:

(...) O primeiro objectivo da enfermeira escolar, é de assegurar o maximo de saude e de cooperação intelligente por parte do escolar. Trabalhando neste sentido, a sua actividade vae pôl-a em contacto com os paes, com os professores, com os medicos e com as associações de assistencia, extendendo-se o seu interesse à familia inteira, e não sómente ao escolar (...)¹⁷ (FRAENKEL, 1936, p.9)

Entende-se que estas atribuições foram elaboradas seguindo o modelo americano de atuação do enfermeiro escolar, mas é indiscutível destacar a importância destas medidas para a melhoria das condições de saúde dos escolares da época. Passíveis de alterações e adaptações, algumas medidas planejadas por Fraenkel poderiam ser adotadas hoje. Afora esta condição tal publicação marcou o início da enfermagem escolar no Brasil. Neste sentido a enfermeira aponta as principais ações do enfermeiro escolar:

¹⁷ Português escrito e transcrito conforme ortografia da época, 1936.

1 – Auxilio ao medico durante os exames phisicos, não só dos escolares, mas de todo o pessoal que com elles lida.

Providencias para exames bacteriológicos.

Pesagem dos escolares a intervallos regulares.

Vigilancia systematica afim de aprender os primeiros symptomas de uma doença contagiosa ou dos primeiros indicios de um desvio da saude.

Conselhos e conferencias sobre a necessidade de correcção de defeitos.

Aulas sobre hygiene individual.

Inspeção dos escolares após ausencia por motivo de doença.

Cuidado de enfermagem em casos de emergência.

2 – Limpeza e asseio da escola.

Condições do local destinado ao recreio.

Numero estado das instalações sanitarias, inclusive pias para lavagem das mãos.

Estado da agua potavel.

Ventilação e luz das salas de aula.

Adaptação das carteiras aos escolares.

A hygiene do programa de ensino, em relação a tempo de aula e periodos de repouso.

Equipamento necessario à merenda, sua especie e local onde é servida.

3 – Cooperação com os dirigentes da instrucção e professores, a fim de obter aulas de hygiene dentro do programma de ensino.”¹⁸ (FRAENKEL, 1936, p. 9-10)

A enfermagem escolar deste período caracteriza-se pela carência de profissionais enfermeiros e políticas públicas de saúde, onde a proposta é entendida pela escola higienista. Coube, assim ao Serviço de Saúde Escolar “fiscalizar a saúde do escolar” que a exemplo da Polícia Médica Alemã, citada anteriormente, para suprir a carência do profissional enfermeiro cria a função da “educadora sanitária”, que tem atribuições educativas e de orientações em saúde na escola.

Marcondes (1972) apresentou no VI Congresso Internacional de Higiene e Medicina Escolares e Universitárias o Curso de Especialização em Educação em Saúde da Escola da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, que já vinha formando especialistas em educação para saúde desde 1967. A estrutura apresentada para a realização do curso compreendia a formação de capacidades também entendidas e desenvolvidas pelos cursos de formação de especialistas em enfermagem escolar.

¹⁸ Português escrito e transcrito conforme ortografia da época, em 1936.

Como requisitos para admissão no curso, Marcondes coloca:

“Podem inscrever-se ao Curso de Educação em Saúde Pública todos aqueles interessados pelo trabalho no campo da saúde escolar, graduados em pedagogia ou psicologia por estabelecimentos de nível superior. Ademais, deve o candidato possuir experiência de trabalho, de preferência em magistério, e ser aprovado pela Comissão de Seleção.” (MARCONDES, 1972, p. 94)

O programa do curso de formação de especialistas em educação em saúde constituía-se em um curso elaborado de forma a atender as necessidades sociais. Formava profissionais para atuarem em nível central e regional junto a órgãos de educação, públicos e privados. Entende-se assim, a existência de uma demanda de mercado de trabalho que encontra sua solução na substituição do enfermeiro pelo profissional educador em saúde.

A partir deste período, com o fortalecimento do modelo biomédico e especializado de saúde e a formação tecnicista na graduação em enfermagem, enfermeiros buscaram por campos de atuação e práticas especializadas de cuidado em saúde, os serviços hospitalares, aprimorando o cuidado no modelo curativo assistencialista. Encontramos o afastamento ao modelo na atenção preventiva em saúde e também a saúde escolar.

O modelo biologicista de ensino também se reflete na atuação do enfermeiro que é solicitado ou busca o cenário escolar nos atendimentos aos agravos em saúde, como os surtos de doenças infectocontagiosas ou nas campanhas vacinais.

Tal afastamento é descrito pela definição de funções do enfermeiro nas secretarias de educação, estando estas relacionadas à identificação de fatores de riscos em saúde e a solicitação de encaminhamentos aos serviços especializados para o atendimento de agravos.

A tarefa de revisão das funções do enfermeiro escolar e seu papel no atendimento a comunidade exercido pela capacidade de identificar necessidades e

desenvolver projetos que atendam a superação destas necessidades, surge a partir de 1986. O marco brasileiro das discussões acerca do movimento da promoção da saúde em favor das mudanças de políticas de saúde é a VIII Conferência Nacional de Saúde. Temos, a partir deste ano, um esforço na análise dos conceitos que orientam os conhecimentos e práticas em saúde, redefinindo também a atuação do enfermeiro e sua ação comunitária. (BRASIL, 2002)

A saúde escolar também apresenta uma redefinição dos padrões de assistência, deixando de lado uma visão mecanicista de oferecer cuidados de forma fragmentada, para adotar uma assistência calcada em uma visão holística e integral onde devem ser consideradas as peculiaridades de cada indivíduo e sua realidade. A promoção da saúde encontra-se potencialmente propensa a ser desenvolvida em espaços escolares, já que estes são locais de diálogo e privilegiados para troca de saberes e expressão da diversidade cultural. (BRASIL, 2005)

O enfermeiro, a partir de sua formação prevista pelas Diretrizes Curriculares Nacionais¹⁹, possui habilidade específica para o conhecimento e a análise diagnóstica da realidade voltada ao atendimento e a assistência em saúde. E, enquanto enfermeiro-educador deve ser capaz de:

“Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.” (BRASIL, 2001)

A formação do enfermeiro representa a garantia de uma atuação no desenvolvimento de ações de promoção em saúde escolar através do planejamento de educação e assistência em saúde à comunidade escolar. Estar inserido no atual modelo de atenção à saúde implica compreensão e capacidade de adequação ao modelo de atendimento pela prevenção em saúde por políticas participativas e intersetoriais como

¹⁹ Resolução do Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Ensino Superior - CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. (BRASIL, 2001)

previsto pelo Decreto nº 6.286, de dezembro de 2007 no âmbito dos Ministérios da Educação e Saúde e implanta o Programa Saúde na Escola (PSE) com a finalidade de contribuir para formação integral dos estudantes da rede pública de ensino, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde em parcerias entre os dois ministérios, envolvendo todos profissionais, incluindo enfermeiros.

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

*“Um mundo da vida reproduz-se materialmente mediante os resultados e conseqüências das ações dirigidas a objetivos”
Habermas (2002, p. 446)*

3. Referencial Teórico e Metodológico

3.1 O percurso metodológico

Apresentar o caminho metodológico nos impõe “confessar” idas e vindas e sucessos e percalços na realização do projeto de pesquisa até a conclusão e apresentação do relatório final do estudo, às vezes nem tão conclusivo, mas que em um tempo acadêmico que nos é colocado como regra, deva ser finalizado.

Um trabalho científico deve apresentar como pressupostos a validade das regras da lógica e da metodologia, fundamentos gerais da orientação do estudo dentro do mundo e nas ciências. Pressupõe-se ainda que seja um trabalho “importante” e “digno de ser sabido”, como descrito por Max Weber, em seu discurso a estudantes que pretendiam uma orientação sobre questões profissionais, presente no texto “A ciência como vocação”.

O ato de empreender uma pesquisa pelo princípio da honestidade intelectual, garantindo a possibilidade de apreensão e análise dos dados, a partir de um posicionamento e pela manutenção de minha identidade nas observações enquanto pesquisadora se tornou necessário.

Assim, neste capítulo, de forma a atender a estes princípios e pela manutenção da credibilidade, apresento os caminhos, os limites e os riscos percebidos na realização deste estudo. Com isso revelo minhas facilidades, dificuldades e fragilidades na execução da pesquisa, mas não deixo de considerar minha alegria na sua realização e a satisfação por seus resultados, vislumbrando sua aplicação e avanços para enfermagem.

Por se tratar de uma pesquisa social, em seu planejamento e execução, busquei o atendimento ao rigor científico e ao postulado da autonomia, realizando uma reflexão metodológica de forma a cumprir, em sua exigência interna de desenvolvimento e autocontrole, a apresentação da maior gama possível de procedimentos epistemológicos, teóricos, morfológicos e técnicos. Assim, em seu cumprimento utilizei a referência de De Bruyne, Herman & Schoutheete, 1991.

Para estes autores é pela observação dos processos e compreensão dos procedimentos que podemos garantir a fecundidade na produção dos resultados e ajudar a explicar, não apenas os produtos/ análises dos resultados da investigação científica, mas também como estes se deram.

Atendendo a estes princípios, descrevemos a seguir os pólos que definem o caminho metodológico de forma a assegurar sua cientificidade e rigor:

O pólo epistemológico tem a função da vigilância crítica, é a garantia da objetivação na necessária ruptura dos objetos científicos com os do senso comum, decide-se as regras de produção e de explicação dos fatos, compreensão e validade da teoria. Assim, neste estudo e de acordo com minha visão de mundo, pois esta impregna as abordagens e análises, é a dialética que permite a análise do conteúdo temático dos achados.

A referência compreensiva representa neste estudo o pólo teórico, permitindo uma análise coerente a partir de minha visão de mundo, enquanto pesquisadora, e atendendo ao objeto de estudo proposto. É no pólo teórico que identificamos a função de guiar a elaboração das hipóteses e a construção de conceitos e também são apresentadas as propostas e as regras de interpretação dos fatos, especificações e definições de possíveis soluções à questão de pesquisa.

O pólo morfológico tem a função de estabelecer uma conexão interna entre os pólos teórico e técnico, desta forma, enuncia a estruturação do objeto de pesquisa. Nosso pólo morfológico é o referencial teórico-filosófico habermasiano, ele nos permite a construção do quadro de análise a partir da Teoria da Ação Comunicativa e a verificação de como se dão as interações entre profissionais da saúde e educação pela razão comunicativa.

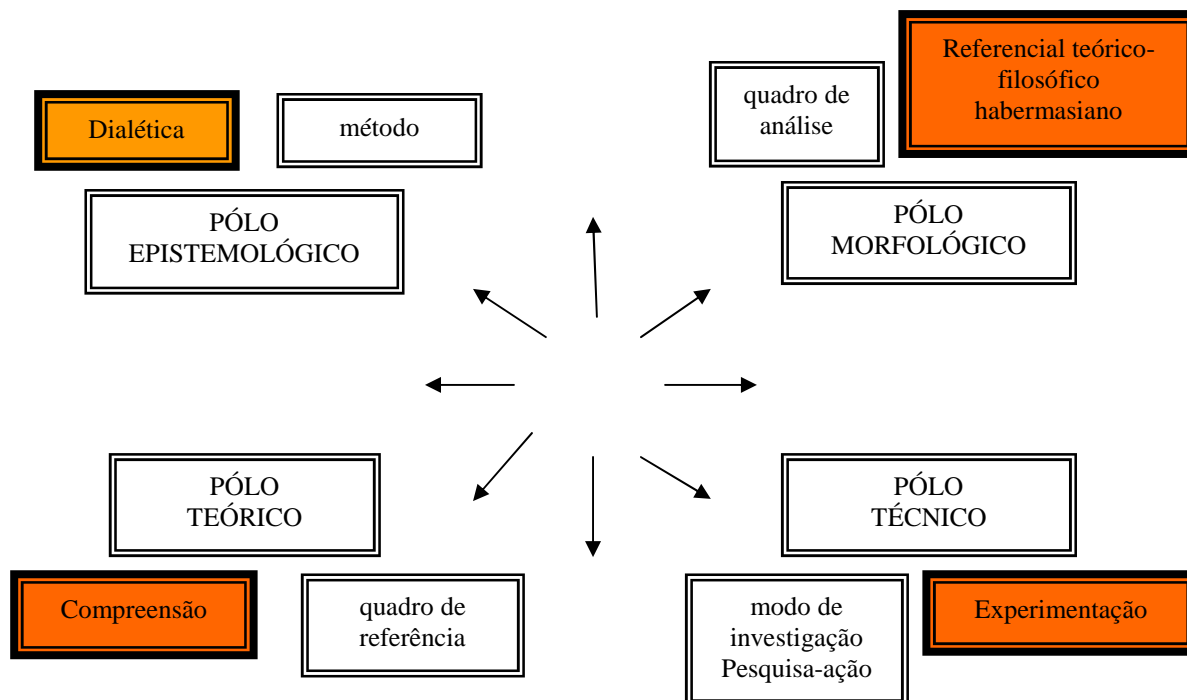
A Teoria da Ação Comunicativa se efetiva pelo agir comunicativo na busca do reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, encontra na linguagem uma forma privilegiada de relacionamento entre os sujeitos e permite a articulação de valores, elaboração de normas e o questionamento das mesmas.

A função do pólo técnico é controlar a etapa de coleta de dados, confrontando com a teoria que lhe deu origem, exigindo precisão na constatação. Apresenta como se dá o modo de investigação, a experimentação, por se tratar do método da Pesquisa-ação.

A Pesquisa-ação é uma metodologia coletiva, que favorece as discussões e a produção cooperativa de conhecimentos específicos sobre a realidade vivida, neste trabalho especificamente a experiência do enfermeiro que atua na elaboração de um projeto de saúde escolar.

De forma a representar graficamente os pólos que constituem este estudo, apresento a seguir a Figura 1, construída a partir do esquema proposto por De Bruyne, Herman & Schoutheete (1991).

FIGURA 1: Representação dos pólos que compõem a metodologia do projeto de pesquisa, conforme De Bruyne, Herman & Schoutheete (1991).



3.2 O referencial teórico

O referencial teórico utilizado é a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, considerado filósofo da segunda geração da Escola de Frankfurt, período do pós-guerra e um dos principais seguidores dos mestres da primeira geração “não hesitando em criticá-los e superá-los”, conforme afirmação de Freitag (1994, p. 27). Seu nome é sempre vinculado à Escola de Frankfurt, Instituto de Pesquisas Sociais, sendo considerado o último representante da Teoria Crítica²⁰. Savidan, na tradução de Cipolla, em Habermas (2004), coloca em seu prefácio:

²⁰ Teoria Crítica é abordagem teórica que, contrapondo-se à Teoria Tradicional, de tipo cartesiano, busca unir teoria e prática, ou seja, incorporar ao pensamento tradicional dos filósofos uma tensão com o presente. A Teoria Crítica da Sociedade tem um início definido a partir do ensaio-manifesto, publicado por Max Horkheimer em 1937, intitulado "*Teoria Tradicional e Teoria Crítica*". Foi utilizada, criticada e superada por diversos pensadores e cientistas sociais, em face de sua própria construção como teoria, que é auto-crítica por definição.

“(...) isso significa que ele não é simplesmente um filósofo que se ocupa de resolver com rigor, e muitas vezes num elevado nível de abstração teórica, os problemas com que depara; encarna também, seguindo aí a tradição iluminista em toda a sua pureza, a imagem do intelectual engajado, sempre favorável a um uso público da razão (...)” (HABERMAS, prefácio ix)

A ação comunicativa permite a passagem da subjetividade para a intersubjetividade e, além disso, um relacionamento diferenciado com o mundo objetivo. É também pela ação comunicativa, uma forma privilegiada de relacionamento entre as pessoas, que se pode questionar/validar valores ou normas e estabelecer sanções. A ação comunicativa permite explicitar as expectativas das pessoas umas com relação às outras e, a partir disso, fixar normas de comportamento, zelar pela sua manutenção e estabelecer formas de controle social.

A descrição de uma proposta de construção intersubjetiva, exercida pela troca de experiências, nas ações de saúde escolar pode apontar caminhos para a valorização de saberes e práticas, distintivos de cada formação profissional. A definição de interesses comuns, resultado de soma de esforços, pode ser traduzida em projetos de promoção da saúde escolar consistentes e participativos, baseados em uma realidade local.

Desta forma, Siebeneichler explica:

“Ao pretender superar o purismo da razão absoluta por uma razão contingente, situada, histórica, vinculada a práxis dos sujeitos e colocar a linguagem como mediadora dessa práxis, Habermas está ampliando a pretensão moderna sobre o sujeito, superando o espectro Kantiniano de transcendentalidade e avançado para a necessidade de os sujeitos superarem a incapacidade de servir-se da razão comunicativa.” (1989, p. 23)

O eixo principal da Teoria de Habermas é a linguagem veículo da livre argumentação. Deste modo, indivíduos responsáveis por seus atos e capazes de orientar suas pretensões de validade, sem recorrer à coerção, pretendendo resolver conflitos do mundo prático na busca do consenso, utilizam-se de suas competências comunicativas.

A utilização do método da contradição performativa permite demonstrar, na prática e para todos, quais são os argumentos de “acordo entre todos”, e uma nova objeção, antes que um novo argumento seja provado na prática, neste estudo observado por interações estratégicas/ comunicativas entre profissionais de educação e equipe multiprofissional de saúde, com a participação do enfermeiro

O conceito de validade apresentado por Habermas está intimamente ligado a possibilidade de argumentação que é desenvolvida em um processo de comunicação livre de domínio ou coerção imposto pelo mundo da vida²¹. Apresento deste modo o seguinte conceito, escrito por Habermas:

“Chamo *argumentação*²² ao tipo de fala em que os participantes apresentam as pretensões de validade que se tenham entendidas duvidosas e tratam de aceitá-las ou recusá-las por meio de argumentos. Uma *argumentação* contém razões que estão conectadas de forma sistemática com a *pretensão de validade* da manifestação ou emissões problematizadas.” (1987a, p 37, tradução nossa)

A argumentação predispõe ao indivíduo uma disponibilidade de expor-se a crítica, através do diálogo entre os sujeitos. As conclusões provenientes desta prática e manifestadas pelo acordo alcançado comunicativamente, estão apoiadas em argumentos pelo uso da racionalidade que pode ser medida pela capacidade de fundamentar suas manifestações e emissões de fala nas circunstâncias apropriadas. (HABERMAS, 1987a)

Ainda Habermas (2009, p. 23-24) destaca que “só podemos aprender alguma coisa com a resistência performativamente vivenciada da realidade, na medida em que tematizamos as convicções explicitamente postas em questão e aprendemos com as objeções de outros interlocutores”. Assim, sujeitos envolvidos, agindo instrumental e comunicativamente, compartilham a mesma suposição de mundo, constroem suas

²¹ Mundo da vida é "o pano-de-fundo que permite aos sujeitos capazes de fala e ação se entenderem mutuamente sobre algo no mundo". São normas, orientações técnicas e valores éticos que existem para que tenhamos uma “vida boa” e justa para ação humana (SIEBENEICHLER, 1989, p. 41).

²² Grifo do autor

pretensões de verdade quando transformam cognitivamente os problemas do mundo prático em argumentos levando a uma práxis argumentativa. Problematizar a realidade e construir uma práxis argumentativa constitui-se o desafio de sujeitos livres e autônomos.

Entendemos a práxis como promotora e desencadeadora da autonomia, responsável por sua construção e estruturação enquanto função social e no desenvolvimento de propostas que possam avançar em relação a ela. Assim “(...) a práxis almeja promover a autonomia, da qual, ao mesmo tempo, ela própria se origina: “Existe uma relação interna entre o que é visado (o desenvolvimento da autonomia) e aquilo pelo qual é visado (o exercício da autonomia) (...)” (HABERMAS, 2002, p.456)

Desta forma, o que Habermas chama práxis cotidiana encontra-se diretamente ligada ao exercício da autonomia entre sujeitos pares, onde o uso da linguagem pela busca do entendimento poderá orientar planejamentos e ações conjuntas. Como vemos na citação a seguir:

“Na medida em que planos de ação de diferentes atores, mediante o uso da linguagem orientado ao entendimento, se entrecruzam no tempo histórico e através do espaço social, as tomadas de posição de afirmação ou negação, a respeito das pretensões de validade criticáveis ainda que implícitas adquirem uma função-chave para *práxis cotidiana*”. (HABERMAS, 2002, p. 447)

Movidos inicialmente por um agir instrumental-estratégico pautado em ameaças, seduções, armas, bens ou vantagens, permitiu aos sujeitos envolvidos em discussões de motivos, intenções e propósitos, o desencadeamento de interações comunicativas. A identificação, pela análise dos achados das interações, em uma ação livre do sujeito – enfermeiro, que persegue suas metas sob uma condição de acordo com os demais sujeitos – enfermeiros, profissionais de saúde e educação, possibilitou a construção e planejamento de ações em saúde escolar, através de uma argumentação dialógica,

estabelecendo com as práticas cotidianas e as normas que orientam as ações a obtenção do entendimento, a saber:

“(...) estabelece uma relação interna entre práxis e racionalidade. Ela investiga a racionalidade implícita da práxis comunicativa cotidiana e eleva o conteúdo normativo da ação orientada para o entendimento recíproco ao conceito da racionalidade comunicativa (...)” (HABERMAS, 2002, p. 110)

O contexto da ação está pautado na argumentação e pretensão de validade, defendidas na ação intersubjetiva empreendida entre profissionais da saúde e educação presente no objeto deste estudo. Desta forma, a capacidade de conhecer não pode ser dissociada da capacidade de falar e agir, pois enquanto sujeitos cognoscentes sempre nos utilizamos delas em nossas práticas do mundo da vida. (HABERMAS, 2009)

A análise das ações e falas representa o conhecimento acerca das práticas e caminhos percorridos na construção do projeto de implantação do Programa de Saúde Escolar (PSE) em suas idas e vindas e no consenso pelo entendimento da viabilidade da proposta.

3.2.1 Da Teoria Habermasiana a metodologia da Pesquisa-ação:

No desenvolvimento da teoria da pesquisa-ação seus autores reportam-se a Habermas para desenvolver uma crítica a função das ciências sociais, indicando formas diferentes de racionalidade e classes de interesses constitutivos do conhecimento, destacando:

- a) Técnico: para as ciências empírico-analíticas;
- b) Prático: para as ciências hermenêuticas;
- c) Emancipatório: para as ciências sociais críticas.

Na pesquisa-ação pela clareza de definição de teoria e prática estas não podem ser separadas, dicotomizadas, não há abismo entre elas, pois sendo teorizadas as práticas ganham sentido e sendo praticadas as teorias adquirem importância histórica, social e

material. Assim, indivíduos refletem e entendem a teoria e a prática pela participação consciente em um processo público, pois o saber se converte em teoria ao ser posto à prova e ao debate coletivo e o debate localiza-se nos processos sociais de grupos que lutam por um consenso.

Para Habermas (1989), o entendimento mútuo se constitui pelo argumento quando atores de uma interação estão orientados para a cooperação resultante de interesses. As conseqüências do agir (sucesso) são influências e estratégias dependentes de ganhos egocêntricos, porém o entendimento mútuo se pauta por um agir comunicativo quando os atores buscam metas, após harmonizar internamente seus planos, sob a condição de um acordo. Nessa compreensão, diz:

“Os processos de entendimento mútuo visam um acordo que depende do assentimento racionalmente motivado ao conteúdo de um proferimento. O acordo não pode ser extorquido ao adversário por meio de manipulações: o que manifestamente advém graças a uma intervenção externa não pode ser tido na conta de um acordo. Este assenta-se sempre em convicções comuns”. (HABERMAS, 1989, p. 165)

Desta forma, a Teoria da Ação Comunicativa neste estudo fundamenta o referencial teórico e metodológico pelas relações de bases teóricas dos autores da Pesquisa-ação.

3.3 Bases metodológicas:

Os questionamentos que nos moveram para escolha de um referencial metodológico foram: Como conhecer uma realidade? E, uma vez conhecida, como realizar uma intervenção nessa realidade? Entendíamos que a ação educativa só se justifica com o envolvimento da comunidade para o alcance de possíveis soluções de seus problemas. Assim, buscávamos uma ação/estudo que considerasse a participação dos sujeitos no processo de mudanças e também do seu pesquisador, enquanto construtores de um projeto de saúde escolar.

Ainda questionávamos que metodologia poderia ser desenvolvida para atender às expectativas de participação social em uma dada realidade, destacando que a ação educativa, determinada pelo conhecimento da realidade, não pode ser sinônimo de transferência de conhecimento e sim ato dinâmico e permanente no processo de sua descoberta, reconhecimento e implementação de seus possíveis resultados. Resultados estes, encontrados a partir da realidade local e da ação daqueles que a vivenciam e desejam sua implementação.

A Pesquisa-ação apresentou-se como uma opção metodológica que estimula a participação das pessoas envolvidas na pesquisa e abre o seu universo de respostas, passando pelas condições de trabalho do enfermeiro e profissionais da educação e saúde no cumprimento ao currículo escolar, integrando as equipes de ESF. Buscaram-se as explicações dos próprios participantes que se posicionam, assim, em situação de investigadores.

Na Pesquisa-ação, o participante é conduzido à produção do próprio conhecimento e se torna o sujeito dessa produção. (MELO NETO, 2003)

Desta forma este **estudo** é descritivo com abordagem qualitativa, uma vez que essa forma de análise, conforme Polit, Beck e Hungler (2004, p.15), “preocupa-se com o indivíduo e seus ambientes em suas complexidades, não havendo limites ou controles impostos pelo pesquisador, favorecendo assim a obtenção dos dados necessários ao desenvolvimento da pesquisa.”

Na pesquisa qualitativa em saúde, conforme Iervolino (2000, p. 58), ressalta-se que “os procedimentos qualitativos têm sido utilizados quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento; como definem um problema e quais as opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos.” Em Minayo (1996, p. 29) “a pesquisa

qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações”.

A perspectiva metodológica se insere num paradigma qualitativo, tratando-se de uma investigação que conjuga a observação de cenário e sujeitos com o levantamento bibliográfico que a aprofunda, de forma a permitir uma análise criteriosa de seus achados tornando-os relevantes cientificamente.

A **metodologia** empregada baseia-se no paradigma da pesquisa-ação crítica, como estratégia de investigação e elaboração de conhecimento teórico-prático. Seu desenvolvimento ocorreu na inserção da pesquisadora na rotina do grupo em estudo, atentando a orientação de Franco (2005, p. 486) quando ressalta que a pesquisa-ação crítica “considera a voz do sujeito, sua perspectiva e seu sentido”.

Nesse sentido, parte-se do empírico para o teórico e constantemente a ele se retorna, a fim de que se possa elaborar um distinto “conhecimento do contexto e das múltiplas realidades”. (THIOLLENT, 2004)

Ainda, segundo Thiollent, a Pesquisa-ação é definida como um tipo de pesquisa social com orientação empírica, “concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (op.cit., 2004, p. 14).

3.3.1 A metodologia da Pesquisa-ação:

Os autores da Pesquisa-ação vinculam a noção da pesquisa à idéia de *mudança*, nem sempre enquanto transformação realidade, mas entendimento crítico e reconhecimento de seus processos. Assim, pesquisa-ação, mais do que uma abordagem

metodológica é um posicionamento diante de questões epistemológicas fundamentais, como a relação entre sujeito e objeto, teoria e prática, reforma e transformação social.

Desta forma, o entendimento de mudança proposto pela pesquisa-ação encontra-se relacionado às interações comunicativas desenvolvidas entre profissionais das diferentes áreas e a capacidade crítica de reconhecimento desta realidade, não apenas de forma a transformá-la, mas pela compreensão de possíveis adequações pelo empreendimento de um projeto de promoção da saúde escolar. Em nosso objeto de estudo, no entendimento de intersubjetividade, buscamos a compreensão e não somente a explicação de como ocorreram as interações entre enfermeiro e demais profissionais da saúde e educação na saúde escolar, em uma perspectiva de promoção da saúde.

Nos paradigmas apresentados por Wilfred Carr e Stephen Kemmis encontramos uma forte aproximação com o referencial teórico habermasiano pela busca de orientação emancipatória através da crítica social. (CARDOSO, 2001)

Buscamos assim, seguir o modelo proposto por estes autores que demandam de pesquisador e sujeitos as seguintes práticas:

- ✓ Inserção do pesquisador no meio pesquisado;
- ✓ Participação efetiva da população pesquisada na pesquisa;
- ✓ Transformação da realidade e às vezes percebida no seu reconhecimento crítico;
- ✓ Nova concepção de sujeito e de grupo;
- ✓ Autonomia e práticas da liberdade;
- ✓ Princípio ético - os resultados devem ser socializados.

Visando atender a estes pressupostos, buscamos nossa inserção ao grupo de planejamento das ações de saúde na escola - PSE, destacando como principais intermediadores, os enfermeiros coordenadores das equipes de ESF.

No primeiro encontro realizado em novembro de 2010 foi apresentada a proposta do projeto de pesquisa e o convite aos enfermeiros para participação na sua execução, planejamento e avaliação das atividades em saúde a serem desenvolvidas nas escolas selecionadas. No mês de março de 2011 contamos com a inclusão dos Residentes em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio de Janeiro que iniciaram suas atividades no ESF e envolvidos no PSE.

A partir da adesão dos sujeitos e, sempre contando com a participação, princípio fundamental da pesquisa-ação, elaboramos o planejamento dos demais encontros de forma a atender as demandas encontradas na realidade do ESF e de cada escola.

Com relação ao item “transformação da realidade”, acreditamos em uma discussão baseada em princípios argumentativos e que seja resultado de construções realizadas por sujeitos emancipados e livres. Assim, a transformação da realidade pode ocorrer apenas no consenso de que a realidade existente é justa e pode ser preservada da forma em que se encontra, não resultando em mudanças, mas apenas revelando a consciência de que o que se faz é bom. Ainda, pode ser apresentada através de mudanças na organização inicial e caracterizar sim, transformações da realidade pela construção de novas práticas. Nos dois casos mudanças acontecem, seja pelo consenso da necessidade de mudanças ou pelo consenso de sua manutenção.

Neste estudo a experiência vivenciada pelos sujeitos foi especialmente importante pela oportunidade de reflexão da realidade vivenciada durante as reuniões de planejamento e execução das ações em saúde. Dispor de um tempo, dentro da agenda repleta de atendimentos e no cumprimento das metas em saúde estabelecidas pelo

gestor, foi de fundamental importância para o exercício de trocas de experiências entre a equipe multiprofissional de saúde.

3.3.2 O desenvolvimento da pesquisa:

A escolha do cenário de pesquisa ocorre pela presença dos sujeitos de pesquisa que atendem ao perfil definido por critérios de inclusão dos sujeitos e fundamentalmente no exercício da ação a ser pesquisada. Trata-se especificamente do ambiente escolar e sua comunidade e, nele a presença do enfermeiro e profissionais de saúde (equipe multiprofissional) no desenvolvimento das ações de saúde escolar em uma proposta de promoção da saúde.

Neste estudo a seleção ocorre pela indicação dos gestores de saúde e educação. Este modelo constitui uma realidade muito específica no cenário educacional brasileiro e também no município do Rio de Janeiro. Enfermeiros envolvidos em serviços de enfermagem escolar representam casos isolados e pouco comuns, principalmente em atividades continuadas e planejadas conjuntamente entre os serviços de saúde e educação.

Encontramos uma apresentação adequada a este modelo na realidade das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelo atendimento ao Decreto nº 6.286 de dezembro de 2007 que implanta o PSE.

Conforme dados acessados em fevereiro de 2012 o município do Rio de Janeiro atinge um percentual de 31,6% da população com cobertura de ESF, ampliando um percentual de 3,3% em 2005. Estes valores reforçam a política adotada pelo município em relação à proposta de saúde e reforçam a necessidade de revisão e ampliação de projetos a ele associados como a proposta de PSE. (BRASIL, 2005; RIO DE JANEIRO, 2012)

Optamos assim, pela implementação de uma proposta piloto com um grupo específico de enfermeiros que atuam no ESF indicados por seus gestores. A indicação destes profissionais ocorreu pela caminhada em projetos já desenvolvidos anteriormente na Saúde Escolar Municipal nos seus locais de atuação, principalmente pela integração das equipes multiprofissionais, em destaque os serviços de odontologia.

A realidade encontrada nas escolas municipais indicadas pela Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro, por sua disposição e receptividade na realização do projeto e, nos enfermeiros do ESF que atuam no PSE, representou um cenário propício e que atendeu ao objeto de pesquisa, tornando a metodologia utilizada a “pesquisa-ação” factível.

Atendendo aos princípios da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e solicitação do gestor das escolas municipais (Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro), foi apresentado o projeto para avaliação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN/HESFA, que obteve aprovação sob protocolo nº 100/2010 (Anexo 1). A seguir encaminhamos o projeto para avaliação das Secretarias de Educação e Saúde que deferiram sua realização sob o processo nº 07/005897/2010 (Anexo 2), publicado no Diário Oficial do Município.

O estudo foi realizado seguindo-se os protocolos de pesquisa com seres humanos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Foram observados e respeitados os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, estes relacionados aos aspectos éticos de consentimento, sigilo e anonimato dos entrevistados. (BRASIL, 1996)

A coleta de dados somente foi iniciada após a assinatura de Autorização da direção escolar para realização de pesquisa e Carta de Cessão de Direitos, conforme Apêndice 1 e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos participantes da pesquisa no Apêndice 2.

Pela metodologia escolhida tornava-se importante participarmos desde o início das atividades de planejamento do Projeto Político Pedagógico (PPP), com vista a inserir as atividades de educação em saúde. Encaminhamos o processo para avaliação à Secretaria de Educação em novembro de 2010 e recebemos seu retorno em fevereiro de 2011, mês este onde já haviam sido iniciadas as atividades de planejamento por parte dos professores. Desta forma, não foi possível nossa participação no planejamento inicial das atividades escolares, junto à comunidade escolar, mas já com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN, iniciamos as atividades com o grupo de enfermeiros do ESF, em seu território, no mês de novembro de 2010.

Os entraves burocráticos nos colocam imposições a serem superadas no atendimento ao planejamento inicial e na execução do projeto, tais dificuldades devem ser revistas pela formulação de propostas alternativas de forma a garantir a continuidade da pesquisa. Assim, os encontros entre o grupo de enfermeiros e demais profissionais de saúde aconteceu na sede do ESF, fora da escola, contando com a experiência acumulada dos profissionais de saúde por trabalhos anteriormente realizados nas escolas da região.

Em março, de posse da autorização de pesquisa do gestor, apresentamos a direção escolar o planejamento organizado pelo grupo de PSE e compatibilizamos com as atividades planejadas pelos professores no início do período letivo sua possível inclusão no PPP, entendendo que sua adequação não seria total, mas haveria a possibilidade de inclusão de propostas de ação na promoção da saúde escolar.

Há que se destacar que a inclusão no PPP das atividades planejadas para educação em saúde, pelo menos em parte, observada nos encontros intersetoriais realizados, deve-se ao bom relacionamento existente entre profissionais da saúde e educação e a disponibilidade de todos para busca de agendas comuns. A interação e a construção de objetivos comuns partem de interesses e desejos partilhados e estes não foram impedimento para o desenvolvimento de ações em saúde escolar.

A rotina de atendimentos e o planejamento das ações, por profissionais da saúde e educação, sempre se deu de forma respeitosa e em parte integrada por profissionais das diferentes áreas e formações, apoiando-se mutuamente nas soluções de problemas, modelos estes, observáveis e presentes na atividade cotidiana. Encontramos nos estudos de Silva (2010), a análise do serviço de saúde escolar nos seus diferentes períodos na cidade do Rio de Janeiro, estes confirmam na citação abaixo a relação existente e as ações conjuntas entre saúde e educação:

“(...) como práticas sociais, a saúde e educação sempre estiveram articuladas. A questão é de que maneira elas são problematizadas no cotidiano dos diferentes espaços e, particularmente, no da escola, ou de que modo elas são representadas e resignificadas pela expressão desses diferentes sujeitos e das inter-relações que se estabelecem entre eles.” (SILVA, 2010, p. 33)

A articulação dos profissionais de saúde e educação é apresentada, mas aponta um cuidado no tipo de inter-relação promovida e a qualidade da integração dos serviços, representados pela efetividade e continuidade das ações de planejamento em saúde.

Assim, a análise da práxis exercida no uso da comunicação e no desenvolvimento do planejamento das ações na saúde escolar poderá caracterizar o tipo de interação existente entre saúde e educação, nas ações de seus profissionais, revelando a efetividade no atendimento de seus objetivos e a garantia de sua continuidade.

Descrição dos sujeitos:

Selecionamos um grupo composto de 06 (seis) enfermeiros, 01 (um) jornalista (Agente Comunitária de Saúde - ACS), 03 (três) dentistas e 08 (oito) residentes em Saúde da Família nas especialidades de: enfermagem (dois), nutrição (um), farmácia (dois), psicologia (um), odontologia (um) e serviço social (um) que atuavam no ESF como descrito no Quadro 02 apresentado a seguir.

Para **inclusão** dos sujeitos, utilizamos os seguintes critérios:

- Enfermeiros, Profissionais de saúde e Residentes em Saúde da Família inseridos no ESF e atuando em projetos de promoção da saúde nas escolas selecionadas como cenário;
- Enfermeiros, Profissionais de saúde e Residentes em Saúde da Família que estejam em atividade contínua de planejamento e ações para promoção da saúde nas escolas selecionadas como cenários de pesquisa por no mínimo 01 semestre letivo do mesmo ano.
- Enfermeiros, Profissionais de saúde e Residentes em Saúde da Família comprometidos na atividade de pesquisa-ação, onde sujeitos são agentes responsáveis na avaliação implementação das ações em saúde.

A identificação dos sujeitos apresentada no QUADRO 2 a seguir, de forma a atender o princípio de anonimato, foi realizada observando os seguintes critérios:

1. Formação
2. Ocupação – profissional efetivo ou estudante residente
3. Em caso de mais de um profissional com a mesma formação numeração arábica a seguir da formação, conforme sua inserção no grupo de PSE.

QUADRO 2: Apresentação dos sujeitos a partir de sua formação, ocupação e tempo de permanência no grupo de planejamento das ações na saúde escolar

SUJEITO	OCUPAÇÃO	FORMAÇÃO	TEMPO DE PERMANÊNCIA NO GRUPO	MOTIVO DA SAÍDA DO GRUPO
Enf 1	Enfermeira ESF	Graduação em Enfermagem	2 meses +	Licença Maternidade
		Especialização em Saúde da Família	7 meses	Transferida para outra unidade
Enf 2	Enfermeira ESF	Graduação em Enfermagem	12 meses	
Enf 3	Enfermeira ESF	Graduação em Enfermagem	10 meses	Transferida
		Especialização em Saúde da Família		Assumiu coordenação de outra unidade de saúde
Enf 4	Enfermeira ESF	Graduação em Enfermagem	12 meses	
Enf 5	Enfermeira ESF	Graduação em Enfermagem	12 meses	
Enf 6	Enfermeira ESF	Graduação em Enfermagem	9 meses	Transferida para outra unidade de ESF
		Especialização em Saúde da Família		
ACS	Agente Comunitário de Saúde	Graduação em Jornalismo Especialização em Saúde da Família	10 meses	Inserida no Programa em janeiro de 2011
Dent 1	Coordenador de Serviço de Saúde Escolar	Graduação em Odontologia	5 meses	Transferido
		Especialização em Ortodontia		Assumiu coordenação de Área Programática em Saúde
Dent 2	Coordenadora de Serviço de Saúde Escolar	Graduação em Odontologia	6 meses	Licença Maternidade
		Especialização em Ortodontia		Transferida para outra unidade

SUJEITO	OCUPAÇÃO	FORMAÇÃO	TEMPO DE PERMANÊNCIA NO GRUPO	MOTIVO DA SAÍDA DO GRUPO
Dent 3	Dentista de Unidade de Saúde	Graduação em Odontologia	5 meses	Inserido no programa em junho de 2011
Res Enf 1	Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família	Graduação em Enfermagem	9 meses	Inserido no programa em março de 2011
Res Enf 2	Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família	Graduação em Enfermagem	7 meses (inserido no programa em março de 2011)	Transferido para outra unidade de ESF
Res Far 1	Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família	Graduação em Farmácia	9 meses	Inserido no programa em março de 2011
Res Far 2	Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família	Graduação em Farmácia	7 meses (inserido no programa em março de 2011)	Transferido para outra unidade de ESF
Res Nut	Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família	Graduação em Nutrição	7 meses (inserido no programa em março de 2011)	Transferido para outra unidade de ESF
Res Psi	Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família	Graduação em Psicologia	7 meses (inserido no programa em março de 2011)	Transferido para outra unidade de ESF
Res S. Soc	Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família	Graduação em Serviço Social	7 meses (inserido no programa em março de 2011)	Transferido para outra unidade de ESF
Res Odo	Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família	Graduação em Odontologia	9 meses	Inserido no programa em março de 2011

O Quadro 2 - Apresentação dos sujeitos a partir de sua formação, ocupação e tempo de permanência no grupo de planejamento das ações na saúde escolar, demonstra a partir dos critérios de denominação dos sujeitos a ocupação e formação acadêmica, o período de permanência no grupo de PSE e nos casos de afastamentos os motivos que levaram a saída do grupo, nele descrevemos os sujeitos que participaram do grupo de planejamento do PSE totalizando dezoito (18) sujeitos.

O número médio de participantes nas reuniões que aconteceram no período de novembro de 2010 a novembro de 2011 variou entre de 4 a 14 sujeitos, apenas em um encontro no mês de maio contamos com 3 sujeitos, encontro que foi cancelado. Após este período temos a inserção do grupo de residentes em Saúde da Família e o fortalecimento dos encontros pela presença de novos sujeitos.

A tomada de decisões e discussões acontecia independente do número de sujeitos participantes em cada encontro, pois entendíamos que pelo respeito a autonomia dos presentes, as decisões discutidas e tomadas seriam compartilhadas, assumidas e respeitadas por todos os sujeitos do grupo, independente da atividade a ser desenvolvida, podendo ser: avaliação, planejamento ou execução das ações.

A preocupação com a periodicidade dos encontros, normalmente mensais e em alguns períodos de maior produção de ações quinzenais, além da frequência dos participantes, era atendida pelo reforço ao calendário de reuniões em convites pessoais por meio eletrônico a todos os sujeitos, mesmo aos sujeitos afastados por motivos pessoais ou profissionais, buscava-se evitar uma taxa alta de absenteísmo, prejudicando o avanço do projeto.

Desta forma, o compartilhamento de agendas era previamente discutido, objetivando contar sempre com o maior número possível de sujeitos presentes, além de

sempre lamentarmos os afastamentos dos que durante os doze meses de encontros não puderam permanecer no grupo de forma contínua.

Entendíamos que a organização profissional e pessoal no transcorrer de um ano, período longo para quem está no início de sua vida profissional, poderia implicar em diferentes escolhas. Novas propostas de trabalho, por vezes mais vantajosas e desafiadoras poderiam afastar os sujeitos do grupo de PSE.

Assim, novas oportunidades de trabalho surgiram e foram aceitas como novos desafios e perspectivas profissionais interessantes para alguns sujeitos. Porém, enquanto pesquisadora e ativadora do grupo, busquei sempre manter contato e trazer novamente ao grupo alguns sujeitos que apesar de afastamentos, por motivos pessoais como Licença Maternidade ou transferências para outros serviços, mantiveram o entusiasmo pelo desenvolvimento da proposta de promoção da saúde escolar e, mesmo a distância, foram informados do andamento do projeto.

Descrição do cenário:

Os cenários foram indicados pelas Secretarias Municipais de Saúde e Educação, sendo o Centro Municipal de Saúde Dr. Nagib Jorge Farah, localizada no Bairro Jardim América que contava com 07 equipes da Estratégia de Saúde da Família e 02 (duas) escolas de Ensino Fundamental do mesmo bairro que totalizavam 1674 alunos, em média, matriculados no ano de 2011. Estes atendiam aos critérios de seleção de cenários por possuir profissionais enfermeiros, dentro da equipe multiprofissional, dispostos a desenvolver ações de saúde escolar em seus projetos de atividades dentro da ESF.

Assim as escolas ESCOLA MUNICIPAL ZÉLIA BRAUNE, localizada na Rua George Bizet, s/nº no Bairro Jardim América e a ESCOLA MUNICIPAL HERBERT MOSES, situada na Rua Cristiano Machado s/nº - Bairro Jardim América, cidade do

Rio de Janeiro, juntamente com o Centro Municipal de Saúde Dr. Nagib Jorge Farah, compuseram nosso cenário de pesquisa.

As duas escolas são rodeadas pelos bairros de Irajá, Vigário Geral e Acari. Em suas redondezas estão localizadas as Comunidades Vila Esperança, Parque Furquim Mendes, Parque Jardim Beira Mar, comunidades muito carentes. Sua população conta com serviços de saúde pela implantação do ESF e educação com escolas da rede municipal, estadual e particular de ensino, em sua grande maioria classificada com baixa renda. As condições sanitárias são desfavoráveis pelo inadequado recolhimento e processamento de lixo, redes de abastecimento de água e tratamento de esgotos precários, na maioria dos casos despejado a céu aberto, resultado de crescimento urbano desordenado por invasão de terrenos e construção de moradias na proximidade da rede ferroviária que liga a periferia ao centro da cidade do Rio de Janeiro. Além de conviver com altas taxas de violência. Estes dados representam os resultados obtidos pelo cadastramento da população atendida pelas equipes de ESF.

Durante a realização das reuniões do grupo de PSE grande parte do cadastramento da população encontrava-se em fase de finalização, pois a implantação do ESF neste bairro se deu apenas 4 meses antes do início das atividades do PSE. Estas informações facilitaram a elaboração do diagnóstico da comunidade escolar pelo acesso às informações sobre as condições de habitação e familiar desta comunidade.

As escolas estão localizadas nos territórios atendidos por enfermeiros, profissionais de saúde e residentes em Saúde da Família pertencentes ao ESF do Bairro Jardim América e, portanto, constituem o cenário onde estes enfermeiros atuaram no desenvolvimento das ações de saúde.

A Escola Municipal Zélia Braune atende um número em média de 734 alunos cadastrados no Ensino Fundamental pela manhã e a tarde, e na Escola Municipal

Herbert Moses, estudam em média 940 alunos divididos em três turnos (manhã, tarde e noite). Os turnos da manhã e da tarde são destinados aos alunos do Ensino Fundamental e o turno da noite é destinado à Educação de Jovens e Adultos (EJA) que também constituiu grupo de atendimento e desenvolvimento de ações em saúde.

As reuniões de planejamento das ações foram desenvolvidas no Centro Municipal de Saúde Dr. Nagib Jorge Farah, onde estavam lotadas as equipes do ESF, compostas por equipes multiprofissionais, contando com formações em diversas áreas na saúde como apresentado no Quadro 2.

A seleção da faixa etária do Ensino Fundamental para realização do planejamento e das ações na educação em saúde, que compreende os alunos do 6º ao 9º ano escolar e o período etário médio entre 10 e 15 anos, foi realizada com base nas informações colhidas pelos dados estatísticos encontradas no Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e Indicadores e Dados Básicos (IDB). (BRASIL, 2008)

Analizamos os dados encontrados, de forma simples, pela comparação das causas e número total de óbitos nas faixas etárias que compreendem o Ensino Fundamental e Médio. Assim pelos resultados de comparação entre os riscos de doença e taxas de mortalidade, observamos ser esta uma faixa etária de baixo índice de morbidade e talvez, excetuando algumas condições específicas, baixo grau de objetivação do ponto de vista do instrumento clássico da medicina, ou seja, indivíduos nesta faixa etária pouco utilizam os serviços de saúde, interpretando-se assim, como um grupo etário que apresenta poucas necessidades em saúde. (CYRINO & PEREIRA, 1999)

Por baixo grau de objetivação entende-se números pouco representativos nas estatísticas de saúde pública e tratando-se de um quadro de doenças reconhecido como de baixa probabilidade de levar o indivíduo a agravos em saúde e/ou morte, como

exemplo: problemas psico-sociais, gravidez na adolescência, queixas psicossomáticas, doenças sexualmente transmissíveis, distúrbios de visão, cáries dentárias e uso indevido de drogas. É importante destacar que em estatística estes números são analisados sempre em relação à totalidade de casos, não significando assim serem pouco relevantes, mas em relação à totalidade, pouco representativos para a faixa etária analisada. (CYRINO & PEREIRA, 1999; BRASIL, 2008)

Baseada nos dados estatísticos analisados, as conseqüências de agravos em saúde passam a configurar informações ou dados relevantes a partir do término do Ensino Fundamental e durante o Ensino Médio, período que compreende a faixa etária média dos quatorze (14) aos dezoito (18) anos, sendo este grupo suscetível a grandes riscos principalmente nos casos associados à violência em todas as suas apresentações e causas.

Entre as principais causas de agravos e mortes após o Ensino Fundamental estão causas preveníveis e relacionadas principalmente a condutas de vida, podemos apontar ainda, somadas as causas biológicas, as sociais e suas seqüelas emocionais, sendo elas também passíveis de prevenção.

Trata-se, desta forma, uma faixa etária que necessita de importantes ações em saúde com vista à prevenção e controle de agravos nas doenças, por compreender basicamente doenças passíveis de prevenção e ações de enfermagem para promoção da saúde.

3.4 O desenvolvimento da metodologia:

Com objetivo de garantir a apreensão dos dados e não correndo o risco de perder informações e observações relevantes para a pesquisa, fizemos a gravação em meio digital das reuniões de planejamento, avaliação e desenvolvimento de

atividades educativas do grupo de PSE. Estes totalizaram 25 encontros, em uma média de 3 horas em cada encontro, perfazendo um total de 75 horas de gravação. A gravação permitiu que os detalhes das falas não se perdessem e pudessem ser analisados pela escuta posterior e sua transcrição. Nem todas as falas e de todas as reuniões foram transcritas pelo volume de material gravado, usamos como critério de seleção as falas que, conforme meu registro de observação da reunião, possibilitassem formação de conceitos e resultaram em impasses ou novas proposições no encaminhando dos sujeitos para construção de uma proposta em saúde escolar, garantidas pelo consenso do grupo nas ações planejadas.

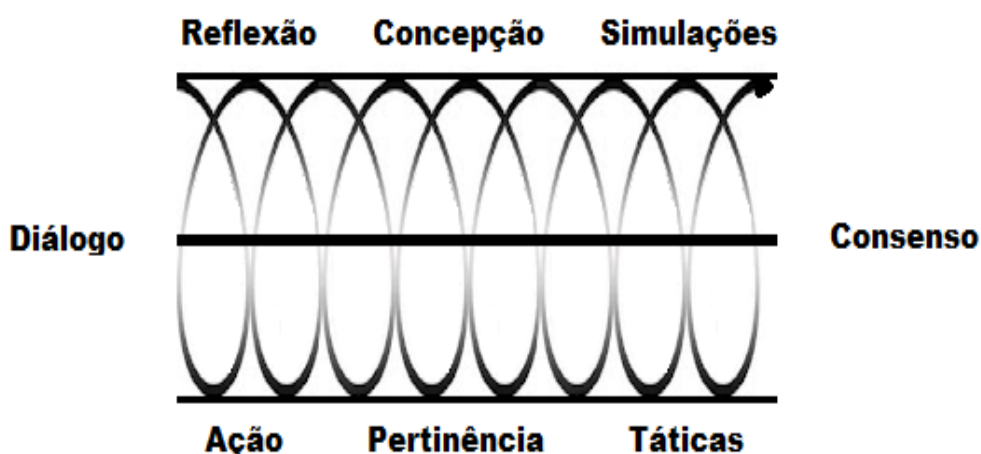
Fazer todos os registros e ainda participar de forma ativa nas discussões constituiu uma tarefa difícil. No começo, primeiras duas reuniões, contei com uma assistente de pesquisa, mas infelizmente por razões particulares não pude mais contar com sua ajuda posteriormente. Assim, nos primeiros encontros aprendi a observar e reagir de forma mais incisiva nas discussões e desenvolvi de forma proativa a tarefa de acompanhar o grupo.

Para realização da observação do grupo e posterior registro no quadro de coleta de dados, pelo exercício da reflexão, busquei a síntese nas anotações. Percebo que boa parte da destreza desenvolvida decorre da necessidade de melhor desempenho, além do desejo de acertar na busca de um objetivo. Tarefa ímpar e única do pesquisador na sua relação com os sujeitos de pesquisa, pelo desenvolvimento consciente e responsável da metodologia. Assim, destaco as fases que compreenderam a aplicação da metodologia e os instrumentos utilizados.

3.4.1 Fase de coleta de dados e observação:

Compreendeu todo período de realização da coleta de dados pelo planejamento e execução das ações em saúde escolar desenvolvidos nos encontros do grupo do PSE. A investigação na pesquisa-ação pode ser representada por espirais como colocado a seguir na Figura 2, destacando que o diálogo perpassa toda caminhada de reflexão-ação e é por meio de reflexões que o grupo consegue conceituar e simular as novas estratégias e ações.

FIGURA 2: Representação gráfica das etapas da pesquisa-ação de acordo com Morin (2004)



Os círculos representam as diferentes etapas de uma pesquisa-ação uma espiral clássica, mas nunca tão regular como no gráfico. As primeiras ações acarretam uma reflexão sobre sua pertinência e o fenômeno a ser modelado e validado por novas ações. As estratégias são elaboradas a partir de simulações, e as táticas são adotadas, revistas e corrigidas após novos processos de ação e reflexão. (MORIN, 2004)

3.4.1.1 Instrumentos de coleta de dados:

Nesta fase foram utilizados como instrumentos de pesquisa: registro e anotações no relatório de reuniões com produtos construídos pelos sujeitos para a execução das ações em saúde na escola, questionários e entrevistas.

Relatório das reuniões - registro e elaboração:

Este instrumento descreveu o convívio do grupo pesquisado e permitiu em seus registros observar as relações estabelecidas entre os sujeitos, reflexões e diálogos realizados e os acontecimentos relacionados ao planejamento das ações em saúde e avaliação de seu desenvolvimento, além das vivências do cotidiano profissional e social e os fatos que influenciaram as decisões do grupo de PSE, estes descritos no Quadro 3 - Apresentação cronológica do período de coleta de dados (Apêndice 3) deste estudo.

Sua estruturação ocorre a partir da espiral de Morin, onde a construção da pauta do próximo encontro é definida pela reflexão-ação dos registros do encontro/ atividade anterior. Assim são destacados os seguintes pontos:

- Data – define o calendário com a periodicidade e distribuição nos doze meses de encontros do grupo de PSE;
- Local - define se as atividades desenvolvidas são de planejamento, quando ocorrem na Unidade de Saúde ou de ação educativa quando desenvolvidas nas escolas;
- Listagem dos participantes - identifica a taxa de absenteísmo dos sujeitos;
- Pauta – define, na perspectiva da análise, a avaliação das ações e o planejamento da pauta do próximo encontro pela identificação das

dificuldades;

- Registros da pesquisadora - exercício da reflexão-ação a partir de falas, discussões, planejamentos e definições de estratégias.
- Produtos - Resultados do planejamento e ações do grupo de PSE.

O Quadro 3 (Apêndice 3) apresenta de forma cronológica o calendário dos encontros do grupo de PSE e acontecimentos ocorridos durante este período que marcaram a rotina nas escolas e na vida em sociedade (fatos noticiados), descreve pautas que definem o objetivo do encontro/ atividade e as observações da pesquisadora em relação aos eventos ou ações desenvolvidas, além das percepções em relação à associação dos acontecimentos e influências no planejamento de ações do grupo de PSE.

Apresenta indivíduos envolvidos nas ações e não identificados como sujeitos da pesquisa como a direção escolar e coordenação escolar e, coordenadores do serviço de saúde. Salienta eventos como o ataque armado a uma escola da rede municipal de ensino, muito divulgado pela imprensa, e que marcou as interações entre os profissionais da saúde e educação pela discussão de suas funções e no compromisso com a população assistida. E a visita a Coordenadoria Regional de Educação (4ª CRE- Ilha do Governador), mesmo após aprovação da pesquisa pela Secretaria Municipal de Educação, demonstrando a dificuldade interna de comunicação entre seus profissionais e a sobreposição de serviços.

A metodologia permitiu abrir a discussão em relação aos acontecimentos que mobilizavam os sujeitos em seus cenários de trabalho, levando a exposição de idéias e sentimentos em relação à atuação profissional e a vida em sociedade, ou seja, a influência das relações pessoais e profissionais na práxis cotidiana.

A reflexão necessária para realização dos registros, feita logo após cada encontro pela escuta das gravações, garantiu a regularidade e a idoneidade na interpretação dos dados. Atentando nas observações registradas a ordem espiral de revisão da ação e, novamente a ação como fator determinante para continuidade do grupo nas novas ações em saúde nas escolas. A partir das observações registradas destacamos a interpretação e análise do Quadro 3 (Apêndice 3), já citado:

Primeiro: Os encontros seguiram um calendário regular mensal e em 4 períodos ocorreram com intervalos quinzenais, garantindo a continuidade da ação e envolvimento dos sujeitos participantes.

O comprometimento com propostas que envolvem uma participação de diferentes áreas e profissionais de diferentes formações ocorre pelo contato direto de sujeitos executores na troca de experiências e constante avaliação da execução das ações, exercida na revisão do planejamento e acompanhamento do plano de ações, estas garantidas por encontros regulares e compartilhamento de agendas.

O espaço conquistado na regularidade de encontros pela reserva de tempo em agendas de trabalhos foi determinante para continuidade do grupo, mesmo em alguns períodos sendo observada uma participação pequena dos sujeitos, justificada pelo atendimento as prioridades da rotina.

Segundo: Os períodos que registram maior número de atividades e produção de material são caracterizados pelo maior número de presença de sujeitos e em diferentes formações técnicas/ profissionais.

As trocas e soma de diferentes experiências e formações profissionais permitiram o enriquecimento do planejamento das ações em saúde e a ampliação do

entendimento de seus profissionais quanto às possibilidades de realização das atividades, enriquecendo e fortalecendo objetivos pela visão diferentes ângulos.

A participação multiprofissional foi determinante na interação desenvolvida entre os sujeitos, assim como a participação comprometida, na busca de resultados mais promissores vistos de forma ampliada por diferentes formações técnicas.

Terceiro: Os períodos de revisão de estratégias e maior dificuldade de reunir o grupo foram caracterizados pelo afastamento de sujeitos e aumento da taxa de absenteísmo, representando perdas e insegurança quanto ao processo e sua continuidade. Trazendo aos sujeitos falas de desmotivação e questionamentos em relação à viabilidade do projeto.

O fluxo intenso de variação na participação dos sujeitos ou mesmo atribuições de cada um no desempenho de suas funções, também encontrada na organização dos serviços, principalmente na esfera pública, dificulta o comprometimento com o planejamento e execução das ações. Em muitos casos essa dificuldade inviabiliza a organização de projetos que envolvem um número maior de participantes ou de diferentes áreas e formações. Assim entendemos que a continuidade das ações depende muito da estabilidade e envolvimento de seus executores.

A participação dos sujeitos nas reuniões, considerando-se as licenças, transferências e compromissos pessoais ou profissionais justificados, tiveram em média uma participação que variou entre 100 e 50%. Em determinados momentos considerando-se a média percentual poderíamos entender uma boa taxa de participação, mas em relação ao número total de sujeitos representava um quantitativo muito pequeno por se tratar em algumas reuniões de 4 sujeitos.

As discussões esvaziavam-se em quantidade e qualidade de profissionais, pois a proposta de integração multiprofissional não era mantida. Boa parte da riqueza de trocas

entre as diversas categorias técnicas/ profissionais não ocorria por estarem presentes somente profissionais de uma mesma área ou formação.

Desta forma o Quadro 3 (Apêndice 3), resume cronologicamente as reuniões do grupo de PSE, acontecimentos que marcaram os profissionais envolvidos e fatos sociais que remeteram a reflexões acerca da práxis cotidiana na saúde escolar e demonstra as etapas do espiral proposto graficamente por Morin (2004), reflexão – ação, a construção de conceitos induzidos pela superação de impasses surgidos nas discussões do grupo, novas proposições e a busca do consenso, todos construídos pelo envolvimento e cooperação entre os sujeitos através do diálogo.

Fatores de motivação, envolvimento e comprometimento dos sujeitos estão relacionados à: regularidade dos encontros, observação de resultados ou identificação de dificuldades e soluções na sua superação e permanência dos sujeitos no acompanhamento do projeto desde o planejamento até sua execução e avaliações realizadas ao longo de sua implementação.

Questionário e entrevista:

Instrumentos utilizados como forma de ouvir e apreender, tendo a chance de dialogar de forma individual e mais direta com os sujeitos para além do grupo. Estes instrumentos permitiram captar e compreender reflexões individuais, além do envolvimento de cada sujeito com o grupo de PSE, pela declaração do impacto de certas estratégias em sua apresentação e entendimento individual.

Utilizei o instrumento questionário em algumas reuniões onde tive o objetivo claro de coletar a opinião individual dos sujeitos sobre determinado tema específico discutido no encontro, e que necessitava de maior esclarecimento na

compreensão particular de cada formação técnica ou profissional.

Na análise dos dados são observadas as particularidades de citações/ falas nas diferentes formações técnicas, mas principalmente pelo cargo profissional ocupado pelo sujeito. São evidenciados níveis diferentes de envolvimento com o projeto em saúde escolar, havendo uma participação mais engajada pelos profissionais Residentes em Saúde da Família.

Estes profissionais tiveram uma participação mais comprometida pela maior facilidade de distribuição da carga horária no desenvolvimento de suas atribuições profissionais e um menor volume de cobranças no cumprimento das metas em saúde, estas representadas pela assistência em saúde prestada e registrada nas taxas de produtividade e que são discutidas no subcapítulo de análise intitulado “A razão instrumental: início das ações pelo grupo do PSE”.

A entrevista foi utilizada em situações que não chegamos a um consenso ao final do encontro ou para buscar dados de avaliações individuais, sejam da realização de atividades ou encontros do grupo de PSE. Constituíram entrevistas isoladas e foram feitas com os sujeitos que tiveram uma participação efetiva e continuada do início ao fim do projeto.

3.4.2 Fase da classificação:

Ocorreu em paralelo com a fase de coleta de dados e observação pela construção do relatório das reuniões, transcrição das entrevistas e questionários e análise dos mesmos. Os conteúdos foram agrupados a partir de um critério temático para construção de unidades que englobaram características comuns ou que se relacionaram entre si.

Buscou-se, nesta fase, retratar o desenvolvimento das atividades dos

enfermeiros, profissionais da saúde e educação na saúde escolar dentro do contexto em que foram produzidos, a realidade do ESF e na estruturação da proposta do PSE nas escolas de Ensino Fundamental.

Interpretação e análise foram desenvolvidas com o apoio da Teoria da Ação Comunicativa e as premissas de seu autor, Jürgen Habermas, na tentativa de compreensão das interações ocorridas por profissionais de saúde e educação no desenvolvimento de um projeto para promoção da saúde escolar.

Os achados deste estudo foram categorizados de forma a atender aos objetivos propostos. A análise buscou correlacionar informações obtidas através da coleta de dados aos conceitos encontrados na literatura sobre o tema saúde do escolar e enfermagem, objetivando contribuir para utilização destes resultados em realidades/cenários diferenciados ou em novos estudos e pesquisas que tenham um objetivo emancipatório e transformador da práxis do enfermeiro que atua no cenário escolar.

3.4.3 Fase das conclusões:

A metodologia da pesquisa-ação não representa um final ou conclusão da prática, como um modelo pronto a ser utilizado e replicado, mas como uma construção coletiva de caminhos e possibilidades. Neste estudo compreende a promoção da saúde escolar em ações desenvolvidas através de projetos com a participação do enfermeiro, não apenas em ações pontuais assistencialistas, mas na atividade de educação em saúde voltada a comunidade escolar para o Ensino Fundamental.

Assim, os resultados descritos pela análise dos dados coletados, representam a compreensão e discussão, enquanto um modelo exequível, da

caminhada realizada por enfermeiros e profissionais de saúde e educação no desenvolvimento de um projeto intersetorial e multiprofissional de educação em saúde na escola, abrindo a possibilidade de sua execução em outras realidades escolares.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

*“(…) sujeitos capazes de falar e agir podem aprender – a mais longo prazo, ‘não podem não aprender’”.
Habermas (2009, p. 16)*

4. Apresentação dos resultados

A análise dos dados, apresentada neste quarto capítulo, reitera o compromisso com “mudanças”, entendidas como crítica à realidade vivida na perspectiva de consenso, entendimento e transformação desta realidade.

Não efetivamente mudanças na condução da rotina de trabalho dos profissionais da saúde e educação, mas sim o entendimento e análise crítica de suas ações e o porquê estas assim foram planejadas e desenvolvidas, caracterizando mudanças na observação crítica da realidade.

As mudanças ou transformações envolveram a realização das ações de educação em saúde no cenário escolar, através do planejamento estratégico e pelo envolvimento multiprofissional e intersetorial entre os serviços de saúde e educação. Assim, este capítulo apresenta as seguintes categorias:

- ✓ O agir estratégico
- ✓ A estruturação de uma práxis na enfermagem escolar
- ✓ Uma proposta de educação em saúde na escola pelo PSE

1ª Categoria - O agir estratégico

No agir estratégico a organização do grupo de PSE

O mundo da vida compõe o espaço social onde ocorrem os processos de reprodução cultural, integração e socialização dos indivíduos, nele o conhecimento adquirido, oriundo da identificação do território concreto pelo indivíduo; as regras sociais, resultado das questões práticas e normas da vida em sociedade e as questões

subjetivas, que constituem a interpretação pessoal deste mundo, são exercidas. (HABERMAS, 2004)

Assim, no mundo da vida e também no mundo do trabalho ações são movidas por interesses, as ações intencionais, estas podem configurar um agir estratégico, orientado pelo primado da vontade ou êxito pessoal e individual ou um agir comunicativo, voltado para autonomia do sujeito e construído de forma intersubjetiva. Desta forma é da socialização e de interações sociais que dependem a manutenção da ordem social e o cumprimento de normas e regras estabelecidas, sejam elas discutidas anteriormente ou simplesmente determinadas, seguindo ordens hierárquicas e padronizadas em um modelo de agir estratégico.

O agir estratégico constitui o primeiro movimento na estruturação do grupo de PSE e ocorreu através de um convite oficial aos profissionais da saúde e as escolas em que estes deveriam atuar, definindo quais seriam os sujeitos e os cenários deste estudo.

Identificamos haver, por parte do gestor, um interesse e investimentos na busca de ampliação da força de trabalho, pelo envolvimento de outras categorias profissionais que não somente dentistas estes, na época de formação do grupo de PSE, coordenadores do serviço de saúde escolar e, na maioria das ações, também executores.

O agir estratégico não representou a princípio uma busca pelo entendimento mútuo com ganhos a todos participantes em parcerias vantajosas ao grupo, buscou o êxito individual, mas nem por isso representou somente um modelo que trouxe resultados desfavoráveis aos sujeitos, seu esclarecimento, pela identificação de motivos e compreensão dos interesses, pode resultar em avanços.

A proposta da organização do grupo de PSE não tinha intenções enganadoras, apresentava-se como um modelo que declarava intenções, no uso da regra e o

cumprimento da ordem social em modelos hierarquizados. A fala a seguir declara as intenções de fortalecimento das ações do serviço de saúde escolar pelo envolvimento de profissionais de áreas diferentes ao serviço de odontologia e destaca a necessidade de apoio na coordenação do serviço para estruturação do grupo de PSE:

“A gente já faz isso há bastante tempo, por isso é difícil trazer outros profissionais. Ainda tá muito com a cara do “Dente Escola”²³. Estamos coordenando o serviço, mas precisamos do apoio de outros profissionais.” (Dent. 1) (Fala registrada na 2ª reunião do grupo de PSE)²⁴

Envolver os sujeitos convidados para participarem da implantação do projeto PSE, demandou um exercício de persuasão e convencimento, pois representava, no modelo de racionalidade instrumental, mais uma atividade a ser desenvolvida e demandava mais compromissos, envolvimento e acúmulo de tarefas para profissionais da saúde e educação e não um interesse profissional.

Na fala a seguir, temos a afirmação do pouco conhecimento acerca do proposta de integração para promoção da saúde pelo PSE e a justificativa para não participação do grupo, salientada na inforção da ausência de escolas na área programática do sujeito, o que caracteriza o desinteresse pela atividade do PSE e a intenção de afastamento do grupo:

“Não tem escolas na minha área..., não sei como vou participar deste trabalho...não sei nada de PSE...” (Enf. 6) (Fala registrada na 1ª reunião do grupo de PSE)

O termo área, na fala acima, compreende o território de atendimento de cada equipe de ESF, compreendendo sua responsabilidade de assistência e pode ser contabilizado na apresentação dos resultados, a produtividade, ao final de cada mês no

²³ Projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro com vistas a promoção da saúde bucal. Ação efetiva e que ganhou reconhecimento, e ainda é muito citado pelos serviços de saúde e educação.

²⁴ Optamos por apresentar ao final das citações de sujeitos e/ou observações dos registros da pesquisadora a descrição da origem do instrumento de coleta utilizado, assim como o período e forma de coleta, com o objetivo de orientar o leitor acerca da origem do dado destacado.

relatório entregue ao gestor da saúde. Assim, a não existência de escolas inviabilizaria o registro das atividades desenvolvidas. Não há o entendimento de que o planejamento das ações voltadas à saúde escolar compreendem também ações de produtividade em saúde e estas podem ser contabilizadas por atividades de educação em saúde em grupo. A razão instrumental técnica constitui, por parte dos profissionais, o interesse primeiro e fundador de sua prática profissional.

Também o Decreto nº 6286/ 07 que normatiza a implantação do PSE, apresenta-se como um modelo verticalizado de ação, onde a estruturação de grupos multiprofissionais e a intersectorização da saúde e educação são constituídos a partir de determinações do gestor, este que organiza as estratégias de integração e parcerias. O exercício de planejamento de modelos de ações integradas não se dá pelo entendimento da proposta por parte dos profissionais envolvidos, não parte do interesse de participação enquanto função social da profissão.

O critério de indicação dos sujeitos no agir estratégico, partiu de uma experiência anterior em projetos de saúde escolar, que se talvez não bem sucedida em sua efetiva implantação em toda rede municipal de ensino, obteve avanços importantes e ganhou notoriedade pela divulgação aos demais municípios brasileiros e internacionalmente. Em Silva (2009) encontramos o relato desta experiência, buscando destacar avanços e dificuldades em dez (10) anos de desenvolvimento da Estratégia de Escolas Promotoras da Saúde (EEPS) no município do Rio de Janeiro. Seu modelo diferenciado, pois ativo e contínuo, representou um modelo positivo na implantação, execução e coordenação de gestão do serviço de saúde escolar.

Assim, o convite inicial para participação do projeto de implantação do

PSE acontece em um modelo estrutural hierárquico verticalizado, ou seja, a escolha dos sujeitos enfermeiros e demais profissionais de saúde e educação acontece por indicação do gestor dos serviços, as Secretarias Municipais de Educação e Saúde. Não partiu de uma vontade do grupo de profissionais de saúde que atuavam no ESF e que sentiram a necessidade de uma aproximação com a comunidade escolar, mesmo entendendo a necessidade do serviço e considerando relevante esta ação dentro da proposta de atenção básica e promoção da saúde. Na fala da Enfermeira 3, fica expresso que a prioridade das ações não incluem o tema saúde escolar:

“A proposta do PSE é um pouco distante. Confesso que a escola esteve no meu planejamento teórico, porém nunca é colocada como prioridade neste planejamento, temos outras...” (Enf. 3) (Fala registrada na 7ª reunião do grupo de PSE, início do planejamento das ações)

O agir estratégico onde os sujeitos foram convidados à formação do grupo de PSE, a partir de pretensões do gestor do serviço que desejava uma configuração diferenciada no modelo de saúde escolar desenvolvido e este caracterizado basicamente por ações pontuais e esporádicas e de forte envolvimento do serviço de odontologia, buscava a modificação de um modelo assistencialista para um modelo de prevenção em saúde.

Exemplos de ações desenvolvidas no modelo pontual são as efetuadas por dentistas no controle de cáries dentárias, como distribuição de “kits” de higiene oral e orientações na escovação dos dentes, ou ainda campanhas de vacinação por enfermeiros, como apresentamos nas falas abaixo:

(...) já que existe o Dente Escola, poderia ter mais profissionais, não só os dentistas. Ficaria um trabalho mais completo, quando a gente vai pras escolas. Tem muita cara de saúde bucal.” (Den. 3) (Entrevista pós atividade na escola Zélia Braun, agosto de 2011)

“Nós estamos com problema com a escola, acho que a Enf. 3, também (...) uma vez cheguei lá e ninguém sabia que iria ter vacinação, e na segunda dose ocorreu a mesma coisa.” (Enf. 2) (Fala registrada na 5ª reunião do grupo de PSE, visão assistencialista no planejamento das ações)

O trabalho de saúde escolar era desenvolvido pelos profissionais de saúde, no grupo pesquisado, em visitas esporádicas às escolas de suas áreas de atuação, esses contatos eram pontuais e insuficientes para propor uma integração multiprofissional, presente na fala a seguir:

“(…) Bem, eu pensei, o PSE vai ser uma atividade ou outra no período de campanha de vacinação, que era um período que a gente já ia prá escola. A atuação na escola era mais ou menos isso.” (Enf 1) (Fala registrada na avaliação de atividade educativa Escola Herbert Moses – junho)

No entendimento da prática profissional, as visitas ocorrem normalmente por convite das direções escolares em situações emergenciais ou campanhas, não costumam produzir efeitos de sensibilização para prevenção em saúde e capacitação pelo envolvimento da comunidade escolar na promoção de saúde. O objetivo central encontra-se no atendimento a uma demanda técnica e temporária, principalmente enquanto exista a necessidade, não constituindo uma proposta contínua.

Vasquez (1990) caracteriza a atividade humana como atividade que é desenvolvida de acordo com finalidades, essas só existem através do homem como produtos de sua consciência. Assim, “toda ação verdadeiramente humana requer certa consciência de uma finalidade que se sujeita ao curso da própria atividade” (VASQUEZ, 1990, p.189), não caracterizadas nas ações de saúde desenvolvidas no grupo pesquisado.

O desenvolvimento das ações na escola era assistencial e atendia a um interesse técnico, não repercutindo em questionamentos acerca de possíveis desencadeamentos das ações e sua influência nos demais sujeitos envolvidos, principalmente as repercussões das ações na comunidade escolar atendida.

Envolver profissionais dos serviços de saúde e educação na superação do interesse técnico, em contraponto a um modelo impositivo, constituiu o ganho dos profissionais envolvidos no grupo de implantação do PSE. A oferta de trocas entre profissionais de diferentes formações representou reconhecimento dos espaços de atuação de cada categoria e de conhecimento das qualificações de cada profissional. A abertura de fóruns de discussões e espaços de apresentações de objetivos tornou-se primordial no crescimento do grupo e fortalecimento em relação a anseios e propostas de construção de ações no trabalho.

A razão instrumental: início das ações pelo grupo do PSE

Para enfermeiros e profissionais de saúde no ESF investir em propostas, mesmo entendidas como prioritárias na garantia da manutenção da saúde para comunidade escolar, mas passíveis apenas de resultados futuros e não mensuráveis no momento de sua realização, representou acúmulo de tarefas, sobrecarga de funções e pouco reconhecimento pelos atuais instrumentos de avaliação e controle de atividades desenvolvidas.

A visibilidade do serviço prestado na atividade escolar demandava acordos entre os setores saúde e educação e principalmente entre seus profissionais, que sendo avaliados constantemente por sua produtividade, desejavam a possibilidade de inserir as atividades desenvolvidas em seus relatórios de trabalho.

A perspectiva de não poder de forma imediata dar visibilidade ao trabalho desenvolvido representava um entrave em sua concepção, planejamento e implementação, além do aumento do compromisso na manutenção da atividade, pois esta uma vez iniciada iria requerer constantes investimentos para sua manutenção e compromissos na obtenção de resultados positivos. Na fala abaixo o

cumprimento das expectativas de atendimento em saúde e o registro da atividade é identificado pela linguagem dos profissionais de saúde como metas:

“ (...) tem a meta, a meta prá cumprir e agora o prontuário eletrônico. Como vou inserir a atividade desenvolvida se aquela escola não tá na minha área? O aluno não é cadastrado? Mas sei também do meu compromisso com a ‘minha’ comunidade. Tenho que fazer. Não sei como são definidas essas regras de indicadores de qualidade. Não dá muita margem para gente explicar o que fez. (...) (Enf 3) (Fala registrada na 9ª reunião do grupo de PSE, elaboração das atividades educativas - junho)

O modelo de saúde vigente apresenta como prioridade o cuidado em saúde preventiva, mas não ressalta a perspectiva de investimentos, a longo prazo pela preservação da saúde. Instrumentos adotados na avaliação de impacto e resultados da efetividade das ações impõem uma avaliação imediata com dados atuais, não atendendo a possibilidade do investimento futuros no controle de causas preveníveis de doenças e na promoção da saúde.

As falas a seguir revelam o compromisso dos profissionais da saúde e educação no atendimento as metas e a importância dada por eles no efetivo registro e documentação destas ações:

“A gente (enfermeiro de ESF) encontra muito essa dificuldade, pois acaba que a gente é cobrada, tem produção pra bater, e tem meta pra bater e a gente não bate (...) tem que fazer reunião, tem que ir lá na escola e acaba não contando como produtividade. Essa dificuldade faz a gente desanimar um pouco. (Enf. 2) (Entrevista realizada em novembro de 2011, avaliação do PSE)

“Eu entendo o desestímulo dos professores eles recebem, assim como os enfermeiros do ESF muitas atividades. Trabalham em mais de uma escola e tem horário em sala de aula cheio, estão pouco disponíveis em função da carga horária e são responsabilizados pela disciplina, pela educação e as vezes surgem problemas que eles não dão conta na sala de aula e que eles não tem nenhum respaldo para responder (...)” (Res. Nut.) (Fala registrada na 11ª reunião do grupo de PSE)

Investir em atividades que demandavam planejamento e ampliação das atividades de rotina e que não poderiam ser registradas nos instrumentos de avaliação existentes, não foram entendidas e aceitas de forma livre e espontânea.

O agir instrumental, representou o primeiro interesse para inserção dos profissionais no grupo de planejamento do PSE. A adesão seu deu pelo interesse técnico, justificado no atendimento as metas estabelecidas pelo gestor que pretendia implantar pelo viés da promoção da saúde, uma nova estratégia de assistência a população e não pelo entendimento dos profissionais acerca do compromisso com a proposta de educação em saúde na saúde escolar.

Exemplificado na fala abaixo:

“(...) eu acredito no PSE porque é um programa muito válido, mas o problema é implementar. Como o programa já esta implementado, então têm muitas cobranças, têm coisas pra fazer aqui no ESF, então fica difícil fazer o programa de saúde na escola . Mas acreditar a gente acredita porque é uma coisa boa pros nossos escolares (...) (Res Far 2) (Fala registrada na 10ª reunião do grupo de PSE, reorganização do grupo pela saída de alguns profissionais)

Seguindo modelos estabelecidos pela gestão da saúde em que as metas são cobradas em períodos regulares e determinados, o cumprimento delas está intimamente relacionado à qualidade do serviço prestado a população. Assim, o agir instrumental, visto como "trabalho", orienta-se por regras técnicas decorrentes de um saber empírico/técnico.

A orientação do agir instrumental mesmo voltado ao cumprimento de metas que buscam o desenvolvimento da ação orientada para um propósito técnico pode levar os sujeitos a interagirem. O profissional ao adequar sua prática a uma proposta em vigência e atendendo a sua normatização propicia pertencimento, participação e colaboração pela inserção em um grupo e seguindo suas normas, desta forma garante sua permanência e reconhecimento nas atividades desenvolvidas, interesse básico em um agir instrumental. A fala a seguir revela o entendimento de que é desgastante o atendimento a mais uma demanda, mas esta poderá resultar em ganhos:

“ Planejar não é chato, é necessário (...) acho que a hora é essa..., vamos aproveitar esta oportunidade...” (Enf 1) (Fala registrada na 4ª reunião do grupo de PSE, planejamento das ações)

Ressalta-se que as ações de cooperação representam apenas um compartilhamento de vantagens e sucesso na realização da tarefa, não constituem a busca por um objetivo maior de crescimento pessoal e libertador ou de uma possível transformação do modelo estabelecido, mas constituem avanços possíveis no entendimento da proposta e possível descrição de caminhos a serem seguidos em propostas de parcerias.

Em Freitag (1994, p. 73), encontramos: “A racionalidade técnica decorre da organização das forças produtivas e visa gerar o máximo de produtividade para assegurar a sobrevivência material dos homens que vivem em sociedade”. Assim o apoio compartilhado e a sensação de pertencimento e participação proativa representaram vantagens aos sujeitos, mesmo que desenvolvidas apenas pela garantia do atendimento à rotina de trabalho e o cumprimento das metas estabelecidas.

Desta forma, a ação instrumental orientada por regras técnicas apóia-se no saber empírico de eventos observáveis, sejam físicos e sociais, que podem ser verdadeiros ou falsos, a partir do entendimento individual e suas interações no mundo da vida. Ela ocorre de forma isolada entre os sujeitos, mas estes encontram-se uníssomos ao seguirem normas gerais e manterem a ordem organizacional do serviço. Conforme Habermas (1987a, p. 53) “a racionalidade instrumental é uma ação solitária, uma ação monológica”, mas sua orientação quando voltada a interesses gerais garante a manutenção de uma proposta conjunta.

Profissionais de saúde ao inserirem-se na atividade de planejamento e execução das ações em saúde na escola, não buscavam possíveis interações, troca de saberes ou

crescimento pessoal e técnico com seus pares, estavam atendendo a uma solicitação formal no cumprimento de suas tarefas seguindo as regras de organização do serviço.

Mas, através do PSE, modelo normativo e institucional que não representava interesse profissional dos sujeitos, e mesmo por seu entendimento inicial que constituía maior volume de trabalho e mais tarefas, foi possível identificar possibilidades e expectativas de atuação profissional por trocas entre diferentes formações profissionais; vislumbrar uma oportunidade, como destacado nas falas de estudante, enfermeiro e agente comunitário de saúde:

“(...) vejo como uma oportunidade de promover melhorias em saúde e poder trocar experiências com outros profissionais.” (Res. Far. 1) (Questionário aplicado ao final da 12ª reunião do grupo de PSE)

“Ainda não realizei nenhum trabalho em saúde escolar, vai ser uma oportunidade.” (Enf. 5) (Fala registrada na 10ª reunião do grupo de PSE)

“Um canal de mudança. Me vejo como um agente de desenvolvimento, por mais difícil que pareça.” (ACS 1) (Fala registrada na 4ª reunião do grupo de PSE)

A motivação inicial de profissionais da saúde e educação para estruturação do grupo de PSE era reservada ao cumprimento de suas funções e provinha de uma intencionalidade instrumental, conforme Lima (2003, p. 73) “o agente calcula suas possibilidades de êxito e escolhe os meios de ação com vistas a princípios utilitaristas”. O termo usado por Habermas, para essa posição são “práticas boas” inseridas em uma “vida boa”, ou seja, voluntariamente entendidas por todos envolvidos em um dado contexto, a partir do reconhecimento de imperativos e normas racionalmente prescritas e determinantes no convívio social. Uma garantia de situação confortável a todos participantes mesmo atendendo a racionalidade instrumental, assim os sujeitos que formaram o grupo de PSE, puderam dispor de momentos de trocas e avanços em discussões multiprofissionais. (HABERMAS, 1987b)

A racionalidade instrumental e o desencadeamento para o planejamento das ações na proposta multiprofissional

A dificuldade de inserção e entendimento da proposta é apontada no relatório da primeira reunião, onde foi apresentado o projeto a ser desenvolvido e feito o convite aos sujeitos da pesquisa pela fala do gestor que acompanhou o primeiro encontro do grupo.

“A enfermagem está com dificuldade de se inserir, pois o programa ainda tem muita cara de saúde bucal. A gente tá se esforçando muita para trazer o “Saúde da Família” e seus profissionais, mas eles ainda não entendem a proposta, a escola também não!” (Den. 2) (Fala registrada na 1ª reunião do grupo de PSE)

A tarefa de coordenação do serviço de saúde escolar, no cenário de pesquisa, esteve sempre sob a responsabilidade de dentistas, e estes não contavam com o apoio de uma equipe multiprofissional, apenas recebiam ajuda em ações muito esporádicas e que demandavam necessariamente a presença de outras especialidades, limitando-se somente a aquela atividade.

Troca entre as diversas áreas da saúde e seus profissionais com objetivos e ações conjuntas representavam exceções e não a regra do serviço de saúde escolar.

Como apresentam as falas a seguir:

“Eu não sei dizer o porquê do desinteresse. Não sei, talvez não entenderam bem a proposta, ou acharam que o PSE é só o dentista ir lá, não procuraram realmente entender (...)” (Enf. 1) (Entrevista avaliação do PSE – novembro de 2011)

“Por parte do ESF o que eu percebo é que a Saúde bucal trabalha mais inserida nas escolas que as outras classes profissionais.” (Enf. 3) (Fala registrada na 8ª reunião do grupo de PSE)

Convidar os demais profissionais de saúde para contribuir no PSE, principalmente o grupo de enfermeiros, demandou envolvimento e esforço na sensibilização e mobilização do grupo multiprofissional.

Para tornar a proposta do PSE uma ação conjunta e uma atividade regular

entre a equipe multiprofissional do ESF foi necessária a presença do gestor e seu apoio representou um forte apelo pelo agir estratégico instrumental, mas foi fundamental para garantir o início das atividades do projeto.

A garantia de que seria desenvolvida uma proposta de interação entre os sujeitos participantes não fica explícita e principalmente, não fazia parte de uma necessidade da equipe multiprofissional, ou seja, as possíveis trocas de informação e reforço técnico entre a equipe não é inicialmente percebida.

As primeiras reuniões tinham como pauta estudos teóricos que garantiram o uso de uma linguagem comum pela compreensão e aprofundamento no tema saúde escolar, através do entendimento de sua evolução histórica e conceitos. Este estudo permitiu a garantia da comunicação entre profissionais. Como destaque na fala a seguir:

“Não podemos partir do nada se desejamos avançar em uma proposta. Acredito que a construção deve partir de um embasamento teórico e das experiências anteriores, principalmente as de vocês pelo reconhecimento do *território* que atuam.” (Comentário da pesquisadora registrado na 3ª reunião do grupo de PSE)

Estar inserido e ativo em um grupo de planejamento decorre do princípio de pertencimento, ou seja, sentir-se capaz de dialogar e cooperar com os demais sujeitos e ao dispor de estratégias para estimular a participação podemos garantir um maior envolvimento dos sujeitos. Assim, utilizamos como ponto de partida a discussão de alguns textos teóricos e sua possível associação com a prática das ações de saúde desenvolvidas pelos sujeitos do PSE em sua rotina de trabalho, sempre inseridas na realidade de seus territórios de atuação.

Destaca-se que termos como *território*, presente no comentário acima, representam o domínio da linguagem adotada pela equipe multiprofissional do PSE, domínio este técnico e utilizado de forma corrente na rotina profissional,

seguindo regras técnicas de um linguajar comum. O domínio de termos técnicos e sua utilização também constituem pertencimento e capacidade de comunicação, permite aos sujeitos entender e se fazer entender durante as trocas comunicativas.

Mas há que se destacar, como ressalta a fala a seguir, que nem sempre o volume de leituras e o esforço que demandava a interpretação dos artigos propostos foram vistos de forma positiva, enquanto crescimento pessoal na formação continuada e necessária ao avanço nas discussões técnicas.

“(...) não procuraram realmente entender, ou ficaram um pouco assustadas com a quantidade de leitura que a gente tinha que fazer pra acompanhar, entender. Assim, mais trabalho, e nem todo mundo gosta dessa linha da pesquisa.” (Enf 4) (Fala registrada na 5ª reunião do grupo de PSE – dificuldade para reunir o grupo)

A fala aponta o investimento de tempo necessário em detrimento as demais responsabilidades profissionais. Habermas (2009, p. 16) destaca “ sujeitos capazes de falar e agir podem aprender – a mais longo prazo, não podem ‘não’ aprender. Eles aprendem tanto na dimensão cognitivo-moral de suas inter-relações como na dimensão cognitiva de seu trato com o mundo”. A possibilidade/ necessidade de dispensar um tempo de sua agenda de trabalho a tarefa de estudar e discutir sobre o tema saúde escolar representou vantagens ao grupo de PSE.

Estar em um espaço aberto para discussão e o “não aprender”, tornaram-se impossíveis, mesmo aos sujeitos pouco dispostos a serem envolvidos na tarefa de planejamento do PSE, pois pelo simples fato de estarem ouvindo o que era dito tornava-se uma ação ativa e levava a uma reflexão de suas práticas.

Os encontros e a realização das ações educativas nas escolas e com sua comunidade, permitiram aos sujeitos refletir sobre suas práticas rotineiras. A observação de realidade desencadeou o entendimento em relação a função social

da atividade dos profissionais da saúde, além do reconhecimento e troca de experiências com os colegas pares, em iguais condições de argumentos e terminologias técnicas. Destaco a fala abaixo:

“Não só as enfermeiras coordenadoras do ESF, mas todos nós (residentes - equipe multiprofissional) abraçaram a idéia por acreditar na proposta e pela visualização de um projeto futuro e a idéia de uma proposta nova. Intenção de formação continuada e visualização de reconhecimento profissional futuro.” (Res. Nut.) (Fala registrada na 9ª reunião do grupo de PSE – preparação da atividade educativa)

Proporcionar um espaço de discussão, a partir de interesses subjetivos, em um modelo intersubjetivo e na perspectiva do compromisso social, pelo exercício crítico das tarefas da rotina do ESF na atenção à saúde na escola, constituiu o desafio apresentado no desenvolvimento do projeto PSE, mas que demonstrou avanços possíveis na construção conjunta da proposta de planejamento e ações em saúde.

A intersectorialidade na superação do domínio técnico dos profissionais da saúde

Em seu artigo Silva (2009) reflete sobre a dificuldade de ações planejadas de forma conjunta em projetos intersectoriais, apontando para premência desta parceria, fundamental na garantia e manutenção dos projetos ao longo dos anos e na sua execução a partir da realidade de cada comunidade escolar.

A discussão trazida por Silva destaca a intersectorialidade como premissa para o sucesso das ações em saúde, principalmente no planejamento de ações em saúde pelas equipes técnicas dos serviços de saúde, educação e assistência social. Entende que profissionais encontram motivação a partir de encontros periódicos, em agendas de ações conjuntas. Por outro lado apresenta a fragilidade do trabalho desenvolvido quando profissionais da saúde tendem por sua formação técnica apresentar-se como elementos coordenadores da ação, dificultando a proposta de intersectorialidade e interação entre os serviços.

Discussões acerca deste ponto compuseram também tema das falas dos sujeitos na reunião de avaliação após o desenvolvimento da primeira atividade prática na escola, onde foi realizado o diagnóstico situacional e de saúde para os alunos do 6º ano:

“Projeto integrado envolve a área da saúde e da educação (...)” (Res. Nut.) (Fala registrada na 10ª reunião do grupo de PSE – avaliação da atividade educativa)

“Repensar o projeto envolvendo toda a equipe técnica. Deve ser um projeto integrado, não só da área da saúde. Envolver pedagogos.” (Enf. 1) (Fala registrada na 10ª reunião do grupo de PSE – avaliação da atividade educativa)

“Eu falo da vontade de fazer acontecer, independe de ser um projeto da saúde ou da educação (...)” (Res Psi) (Fala registrada na 10ª reunião do grupo de PSE – avaliação da atividade educativa)

A intersetorialidade partilhada entre saúde e educação e desenvolvida em cenários favoráveis, apresenta-se caracterizada pelo diálogo, cooperação e agenda comum na busca de interesses em favor da promoção da saúde na escola. O entendimento de que o tema saúde é responsabilidade de seus profissionais, mesmo nos ambientes educacionais e que estes, pelo domínio técnico, representam os agentes mais capacitados para seu desenvolvimento, emperra possibilidades de compromissos e ações conjuntas. As falas a seguir demonstram este entendimento:

“É difícil você conseguir pegar um professor que consegue dar uma palestra de DST, alguma coisa assim, (...) que consiga prender a atenção dos adolescentes. Por ele conviver com aquele aluno todo dia, falar de certos assuntos, não consegue prender, então chama outro profissional porque parece ter mais respeito.” (Enf. 6) (Fala registrada na 4ª reunião do grupo de PSE – estudo teórico)

“(...) também será que esse professor é capacitado? Como é que ele vai trabalhar um tema que nem é da área dele? Vai ser a mesma coisa que pedir pra eu dar aula de história, eu não vou saber!” (Enf. 2) (Fala registrada na 13ª reunião do grupo de PSE – avaliação da oficina técnica com professores da Escola Herbert Moses)

No relatório do primeiro encontro realizado entre profissionais da saúde e educação na escola, cujo objetivo era a aproximação destes profissionais e

apresentação da proposta do PSE, encontramos o mesmo entendimento acerca das responsabilidades e capacidades dos profissionais de saúde nas falas de professores.

“A educação em saúde apenas poder ser desenvolvida na escola com o auxílio de um profissional capacitado para tal tarefa. A escola já tem atribuições demais.” (Profª. Escola Herbert Moses) (Questionário aplicado após a oficina técnica com professores da Escola Herbert Moses)

“Palestras e oficinas de saúde já acontecem em parceria com profissionais do Posto de Saúde. Eles são solicitados e vem pra escola sempre (...)” (Coordenadora Escola Zélia Braun) (Fala registrada na 1ª visita do grupo de PSE à Escola Zélia Braun para apresentação do PSE)

Os questionários, instrumentos de análise deste encontro, mostram de forma freqüente e quase um consenso a resposta de que o desenvolvimento das ações de saúde, principalmente a educação em saúde, pode ocorrer como parte do currículo, desde que estas ações sejam desenvolvidas por profissionais de saúde. A justificativa utilizada para este entendimento é de que profissionais de educação possuem pouco tempo disponível em seu planejamento para o desenvolvimento de conteúdos relacionados à saúde, de forma específica e a disponibilidade de grade horária para incluir novas tarefas é pequena, existindo acúmulo de responsabilidades da escola por seu envolvimento também na socialização e orientação ética e moral dos indivíduos que compõem sua comunidade escolar.

De forma muito enfática foi colocado a necessidade de orientação e capacitação quanto ao tema saúde, no modelo de formação continuada, mas revelou um posicionamento de submissão em relação aos profissionais de saúde e seus domínios técnicos. Apresenta o entendimento em relação a posição dos profissionais da educação, quanto ao tema saúde, como espectadores passivos ou apenas colaboradores e não também protagonistas na ação. Destaco a fala abaixo:

“Tentar preparar alguém para orientar melhores escolhas e ter a possibilidade de facilitar nessas escolhas, instrumentalizar o professor no exercício desta atividade. O professor deve tentar o máximo, estimular,

insistir, contar com parcerias, mas contar quando não der conta com outros profissionais (...) (Res Psi) (Fala registrada na 10ª reunião do grupo de PSE – avaliação da atividade educativa)

Para Spazziani (2001), podem ser listadas três razões principais que dificultam profissionais da educação tratar do tema saúde:

✓ A insegurança ao lidar com essa temática, por acreditar que para tratar do assunto saúde é necessária formação específica ou presença de especialistas (psicólogos, enfermeiros, sexólogos, nutricionistas, médicos);

✓ O professor dificilmente invoca os conhecimentos e as práticas construídas no contexto social, ou seja, o trabalho sobre saúde se realiza em total “escuridão”, não valorizando os saberes e vivências da realidade;

✓ O conhecimento a ser produzido deve corresponder fielmente ao conhecimento sistematizado e apresentado em sala de aula através da fala apresentada no livro texto, tais conhecimentos são tidos como verdades absolutas.

As verdades absolutas constituem o modelo biologicista de atenção à saúde, voltado ao cuidado na doença e seus agravos, como tratado no Capítulo 2 desta tese. Estas dificuldades emperram a liberdade de agir deste professor que se vê preso a regras que na verdade não existem, mas são estigmatizadas e perpetuadas dentro da cultura da escola, impedindo assim, que este desenvolva o conteúdo proposto pela promoção da saúde baseado em seu contexto e sua vivência.

Acostumados a receberem profissionais da saúde que chegam à escola com projetos prontos ou em ações isoladas, normalmente atendendo a campanhas em saúde, colocam-se em uma posição de expectadores, mas sempre declarando sua posição favorável a realização das ações em saúde. Destaco as respostas a seguir:

“Acredito que entraves para realização do PSE não existem, pois normalmente as escolas aceitam tudo que vem para somar no trabalho escolar.” (Profª Escola Herbert Moses) (Questionário aplicado após a oficina técnica com professores da Escola Herbert Moses)

“Assumir o tema saúde, não. Acredito que possa haver uma parceria. Profissionais da escola não têm formação nessa área. (Profª Escola Herbert Moses) (Fala registrada na oficina técnica com professores da Escola Herbert Moses)

“Ao longo dos anos a escola assume funções que não deveriam ser suas (...) (Profª Escola Zélia Braun) (Fala registrada na visita de apresentação do PSE à Escola Zélia Braun)

A definição clara de capacidades e responsabilidades em cada setor, seja saúde ou educação, soma-se também ao entendimento de que ações estão voltadas principalmente ao atendimento das necessidades clínicas, ou seja, atendimento por especialidades nos agravos em saúde. Destacado nas falas a seguir este entendimento, que constitui o senso comum na comunidade escolar e serviços de saúde e são identificados nas falas de profissionais da saúde e da educação:

“O que poderia haver é um posto de atendimento na saúde nas escolas. Eles diagnosticariam e encaminhariam para as unidades competentes para solucionar o problema encontrado.” (Profª Escola Herbert) (Questionário aplicado após a oficina técnica com professores da Escola Herbert Moses)

“Não existem parcerias estabelecidas e informações divulgadas de procedimentos para encaminhamentos, estes se dão por contato de amigos ou boa vontade de alguns profissionais. Então, como eu posso acabar com o problema, como eu encaminho?” (Res. S. Soc.) (Fala registrada na 10ª reunião do grupo de PSE – avaliação da atividade educativa)

O cuidado voltado basicamente à assistência clínica, avaliações auditivas e oftalmológicas e orientações em relação a Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, perpetua o modelo biomédico e justifica-se em relação às necessidades mais prementes nos agravos em saúde. Desta forma, enquanto não forem superadas as necessidades reais em processos de doença e desinstalados na saúde o modelo assistencial biomédico, cria da necessidade de um atendimento curativo, sabendo-se ser ele real e importante, não será permitido a abertura para o desenvolvimento do modelo preventivo.

2ª Categoria – A estruturação de uma práxis na enfermagem escolar

A prática do enfermeiro na ESF e a exigência no atendimento as demandas em saúde

Expectativas em busca da superação da racionalidade instrumental constituem ir além do domínio técnico para o desenvolvimento da autonomia profissional e são desenvolvidas pela capacidade crítica no exercício e planejamento das ações.

Na fala abaixo, resultado do segundo encontro do grupo de PSE, destaco o entendimento em relação às demandas do serviço e o desejo de ampliação à crítica quanto a atuação profissional.

“Somos enfermeiras especialistas em saúde da família, sabemos o que temos que fazer, mas não podemos (...), vai ser uma ótima oportunidade dentro da nossa profissão. Chamar atenção para prevenção, educação em saúde o que a gente deveria fazer” (Enf 1) (Fala registrada na 1ª reunião do grupo de PSE – apresentação da proposta)

Apesar do desejo de repensar e ampliar suas práticas, o enfermeiro revela o desgaste no atendimento das muitas demandas vividas no mundo objetivo, determinado pela razão instrumental. Profissionais no exercício de suas atividades pelo cumprimento de regras e pela manutenção da ordem social, adequam-se aos planejamentos e normas estabelecidas, regras impositivas e pensadas no nível central da organização do serviço, muitas vezes distantes da realidade e pouco aplicáveis na prática. As falas colocadas a seguir revelam as expectativas da comunidade em relação à saúde e o modelo de saúde proposto com base na promoção da saúde, expectativas diferentes:

“A comunidade espera mais um serviço de atendimento para saúde e não prevenção.” (Enf. 3) (Fala registrada na 1ª reunião do grupo de PSE – apresentação da proposta)

“Não tá entendido pela comunidade o que é o ESF, quanto mais o PSE. A demanda de atendimentos, consulta de enfermagem, tem uma meta para ser cumprida. Ou bem fazemos a prevenção, educação em saúde, ou atendemos uma agenda de consultas.” (Enf 5) (Fala registrada na 7ª reunião do grupo de PSE – dificuldade para reunir os sujeitos)

O modelo de atendimento e superação de metas, que apenas apresenta a avaliação quantitativa do serviço desenvolvido justificando sua necessidade e manutenção, não permite aos profissionais questionamentos ou reflexões acerca da realidade no mundo do trabalho e não oportuniza ao indivíduo a análise de como se dá o seu agir, a sua práxis.

Para Vasquez (1990, p. 15) “a consciência comum pensa os atos práticos, mas não faz da práxis – como atividade social transformadora – seu objeto; não produz – nem pode produzir uma teoria da práxis”. Profissionais de saúde no cumprimento de suas tarefas, estabelecidas e mensuráveis em números quantificados de atendimentos e prestação de serviço, as chamadas metas em saúde ou produtividade, estão envolvidos em um *continuum* no cumprimento da agenda, com poucos momentos para planejamento e avaliação dos serviços prestados, assim como a revisão e o replanejamento das ações.

A fala a seguir revela o desgaste profissional e a desmotivação produtos do envolvimento necessário no atendimento à rotina do ESF. Destaca a organização da estrutura de trabalho da equipe em relação às atribuições e a escala de serviços, além de uma preocupação no comprometimento e no cumprimento do planejamento:

“Planejar é importante, mas é chato, é preciso tempo. Por mais que você queira inserir todas as enfermeiras na pesquisa (planejamento das ações em saúde na escola), você não vai conseguir, porque uma sempre estará de folga e tem as desinteressadas, e que não gostam de pesquisa. Não vai ser fácil reunir o grupo.” (Enf 1) (Fala registrada na 7ª reunião do grupo de PSE – dificuldade para reunir os sujeitos)

O termo “pesquisa” refere-se à proposta de ação multiprofissional, as ações planejadas em conjunto, e que representam compromisso com o grupo de trabalho, exigindo dos profissionais envolvidos disponibilidade de tempo e interesse pela atividade a ser desenvolvida.

O sujeito comum e corrente, acrítico, enredado no mundo de interesses e necessidades da cotidianidade, em uma política de superação de metas, baseadas em índices de qualidade em saúde, não ascende à verdadeira consciência da práxis, capaz de ultrapassar os limites estreitos de sua atividade prática para percebê-la. (VASQUEZ, 1990). Destaco a fala a seguir:

“A gente têm muita atribuição acumula muitas funções (...) estamos sendo muito cobradas. Tem dia que tenho que dar 12 horas de plantão e não posso nem assinar.” (Enf.4) (Fala registrada na 7ª reunião do grupo de PSE – dificuldade para reunir os sujeitos)

A tarefa de ver até que ponto seus atos práticos estão contribuindo para escrever a história humana e a melhoria das condições de saúde na transformação da sociedade, não é percebida pelos profissionais enfermeiros de forma clara. A implementação do modelo de saúde vigente, baseado na premissa da prevenção em saúde, por depender de uma análise crítica e de superação do senso comum, não constitui o interesse dos profissionais nas ações em saúde que apenas entendem qualidade pela ampliação do número de atendimentos.

A rotina imposta demanda um envolvimento mecânico e intenso, permeado pelo compromisso assumido diante do cliente no atendimento as necessidades de saúde e voltadas ao modelo curativo e assistencialista e não preventivo da saúde.

A formação do enfermeiro e a prática profissional comunitária

Curriculos universitários buscam adequação do modelo de ensino ao modelo atual de saúde e atuação dos profissionais de saúde no exercício de sua atividade, assim necessitam acreditar em sua eficiência. Essa posição representa desafios, empreende envolvimento, competência técnica e teórica e coragem na sua execução, características que deveriam compor o profissional de saúde que atua na assistência primária.

A compreensão do processo saúde-doença como produto social e histórico e

como base para o entendimento, reconhecimento e satisfação das necessidades em saúde, na visão do cliente e não apenas pela imposição de metas estabelecidas pelo gestor em saúde, constituem-se em desafios a serem superados guiados pela finalidade da real satisfação de necessidades.

O reconhecimento das necessidades em saúde entendidas pelo cliente em geral se dá de forma assistemática, ou seja, baseada em observações empíricas pelo convívio em situações de atendimento. Referem-se mais às necessidades biológicas imediatamente afetadas e pelo agravo à saúde em curso do que em propostas de promoção da saúde. (HINO, 2009)

A fala citada a seguir comenta o pensamento de que clientes não estão preparados e nem sentem necessidades de ações de prevenção em saúde.

“A comunidade espera mais um serviço de atendimento para à saúde e não prevenção.” (Enf 3) (Fala registrada na 2ª reunião do grupo de PSE)

A fala acima destaca o pouco entendimento dos clientes acerca das ações que compreendem o ESF, mas estas estão baseadas na superação das necessidades anteriores ao desenvolvimento da autonomia e escolhas em saúde. Como pensar enquanto equipe multiprofissional um projeto para saúde escolar, o PSE, se ainda não se encontram sedimentadas as ações em saúde e o modelo de atuação para o ESF.

Profissionais da saúde tentam encontrar e construir sua organização interna no serviço, em uma rotina pessoal baseada no novo conceito de saúde, além da revisão de suas práticas profissionais que sempre estiveram voltadas ao modelo assistencialista, curativo e especializado de saúde. Como enfrentar agora uma nova situação profissional onde precisam incluir profissionais da educação em um “novo” projeto, esse também permeado de interesses dos gestores e que demanda investimentos na administração do tempo, responsabilidades e aumento de tarefas na prática da rotina profissional.

A descrição do exercício reflexivo desenvolvido por enfermeiros e profissionais de diferentes formações técnicas no ESF pela observação de suas realidades, estas diferenciadas e singulares, atentando para características distintas e fazendo comparações, permitiu a construção da capacidade de análise e compreensão da realidade subjetiva.

Numa perspectiva de transformação, ou reconhecimento de potencialidades e dificuldades identificadas pelos sujeitos no planejamento das ações do PSE, encontramos a construção ou definição da práxis de enfermeiro escolar. Este exercício, para Habermas, constitui o entendimento do mundo da vida desenvolvido pela construção racional das idéias e do pensamento dos indivíduos em interações comunicativas. (HABERMAS, 1987a, p.144)

Assim, a comunicação que os sujeitos estabelecem, mediadas por atos de fala, dizem respeito ao mundo objetivo das coisas - representado pelo conhecimento técnico-científico, as leis da natureza e o domínio da natureza; ao mundo social das normas e instituições que varia em função do contexto social em que o sujeito está inserido e ao mundo subjetivo representado pelas vivências e os sentimentos. A relação entre estes três mundos está sempre presente, mesmo que não na mesma medida, em todas as interações sociais.

Sujeitos interagem e coordenam suas ações pelo interesse de valor ou êxito, mas nem sempre o êxito é obtido, como nos casos onde não encontramos o consenso pelo grupo, mas o valor pode ser identificado no desenvolvimento da capacidade e do exercício do agir comunicativamente, pela exposição de experiências e conceitos e na sustentação argumentativa destas razões, conquistadas cognitivamente pela reflexão e exercício da linguagem.

Nos encontros do grupo de PSE a construção da autonomia

A atuação do enfermeiro no ESF, pelas interações desenvolvidas no grupo de PSE, buscou caminhos para superação da racionalidade instrumental, determinada pelo atendimento à rotina. A iniciativa de elaboração de novas condutas e procedimentos para implantação do PSE constituíram momentos de reflexão e construção da autonomia profissional.

Há que se destacar o entendimento de autonomia a partir da teoria habermasiana, esta representa sinônimo de confiança no agir e, principalmente, no pensar em grupo, onde existe simetria entre os sujeitos e não apenas repasse de informações. O saber e a capacidade de falar argumentativamente não é privilégio de apenas alguns sujeitos, mas de todo sujeito autônomo que considera seus próprios conhecimentos e sua realidade, pelo compartilhamento de suas experiências com os demais.

Habermas (2004, p. 12), no entendimento de autonomia, explica que ela é determinante do livre arbítrio e da prática da razão, pois é constituída de indivíduos livres e iguais, que não se sentem obrigados a tratar uns aos outros como fins em si mesmos, mas agentes de transformação, pelo atendimento igual aos interesses de todos. A autonomia é baseada no entendimento e pela capacidade, através de trocas argumentativas e baseadas na observação de realidades próprias, de fazer proposições e refletir sobre a realidade observada.

O entendimento de que a prática desenvolvida está inserida numa práxis humana social é que faz com que atos individuais influenciem os atos dos demais, assim como os dos demais se reflitam em sua própria atividade, assim constituem tarefas de um nível elevado de envolvimento compreensivo em relação ao mundo da vida e a função social do profissional.

Investir no modelo de saúde vigente e participar para seu sucesso e continuidade

constitui, além da garantia do trabalho, a permanência no emprego e também a demonstração do domínio técnico da atividade desenvolvida. As exigências do mercado de trabalho impõem aos profissionais uma adequação a um perfil mais dinâmico e proativo em relação às ações de promoção da saúde. Atender a este perfil adequando-se às normas de mercado possibilita a manutenção do emprego.

Porém a formação profissional encontra-se ainda muito voltada ao modelo assistencialista de saúde. Profissionais sentem-se mais seguros no atendimento curativo por seu aspecto resolutivo e imediato e clientes, por seu lado, ao buscarem os serviços de saúde esperam uma resposta rápida aos seus possíveis problemas, entendidos como necessidades em saúde.

Na fala a seguir, destaca-se a dificuldade na identificação da atuação do enfermeiro e suas atribuições dentro do modelo do ESF. Ela expressa o que percebem do cliente em relação a atenção em saúde prestada, mas além disso traduz também o entendimento dos próprios profissionais no modelo de prevenção e os caminhos a serem percorridos para sua efetiva implantação, por estes profissionais ainda não se colocarem em um modelo de atenção preventiva em saúde.

“A população ainda não tá educada para o programa, eles querem sair do consultório com receita. Eles queriam que aqui fosse uma UPA.” (Enf. 2)
(Fala registrada na 2ª reunião do grupo de PSE)

Na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) diferente do ESF, encontramos um serviço que funciona 24 horas seguindo o modelo curativo e assistencialista de atenção à saúde, no qual os clientes são atendidos por especialidades médicas. Há uma transferência da responsabilidade pela dificuldade de implantação do modelo de ESF ao não esclarecimento da população sobre sua proposta e, não ao compromisso social dos seus profissionais na sua divulgação, efetivação do serviço e aproximação do cliente em suas expectativas e necessidades em saúde.

Lidar com o “novo” e estar atento as possibilidades e enfrentamento das

dificuldades, impõe questionamentos sobre a realidade e avaliação de capacidades instrumentais individuais na situação “nova” de trabalho, além da necessidade de se impor enquanto profissional capacitado e habilitado no desenvolvimento das tarefas, e para as quais pouco está preparado.

Pelas ações na saúde escolar em parcerias o exercício da práxis do enfermeiro

O primeiro encontro entre profissionais de saúde e educação com a presença de professores e não somente à direção escolar e coordenação pedagógica, ocorreu em julho de 2011, em forma de oficinas de trabalho²⁵, após ter sido planejado e discutido largamente entre os profissionais de saúde.

Há que se ressaltar que ele só acontece nesta data, após nove (09) meses de início do grupo de PSE por entraves de compartilhamento de agendas e muitas tentativas de solução a este problema. A carga horária de professores para encontros de grupo e planejamento de atividades era pequena e boa parte deste tempo já se encontrava destinado aos processos de avaliação do desempenho escolar dos alunos, como reuniões pedagógicas e conselhos de classe, atividades exclusivamente dedicadas à manutenção da rotina escolar e não voltadas a “novas” propostas.

Porém, cabe ressaltar que a realização do encontro é posterior ao desenvolvimento do diagnóstico do ambiente escolar e as atividades educativas com alunos, assim como a orientação em saúde para profissionais do serviço de

²⁵ Em sua proposta de oficinas de trabalho Brown (1994), apresenta o termo jogos cooperativos, nesta técnica não existem perdedores, somente ganhadores. A premissa do jogo é a troca de informações, a valorização dos conhecimentos prévios e o uso da liberdade, com um desfecho único para todos os participantes, a experimentação do lúdico, o acúmulo de experiências, troca de conhecimentos e sua transferência para a vida, como destaco a seguir:

“(…) os jogos cooperativos apresentam-se como uma possibilidade diferente, uma possibilidade subversiva que nos permite a experiência de sentir que a felicidade, a alegria e o prazer podem existir sem que precise ser derrotado o outro; uma possibilidade que elimina o terrível binômio ganhadores-perdedores, com o qual rotulam nossa vida”. (BROWN, 1994, p.16)

limpeza da escola. Estas aconteceram pela negociação e planejamento de ações junto à direção e coordenação escolar, a partir do resultado do diagnóstico que foi apresentado em forma de relatório para direção escolar.

A inserção dos profissionais de saúde na rotina escolar havia sido iniciada em março e o reconhecimento das atividades desenvolvidas com alunos e funcionários era visível pela fala da direção escolar, demonstrando sua preocupação e envolvimento nas várias tentativas de conciliação de agendas, como destacado a seguir:

“Vamos marcar o dia da reunião pedagógica, quarta-feira. Acho que é quando conseguimos reunir maior número de professores. Não tem muito tempo, tem os assuntos da escola, da coordenadora pedagógica, mas vocês podem apresentar o resultado do diagnóstico dos alunos (...) eu já falei e os alunos também comentam.” (Diretora da Escola Herbert Moses) (Entrega do resultado do questionário aplicado aos alunos do 5º ano – junho de 2011)

A identificação de um agir comunicativo a partir de um agir estratégico, pela busca do reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, ou seja, na distinção ao desenvolver apenas ações entendidas a priori como necessárias ao sistema, permitiram o desencadeamento de relações multiprofissionais necessárias pelo entendimento de todos sujeitos e não apenas pelos critérios estabelecidos pela coordenação do serviço.

Envolver profissionais dos serviços de saúde e educação na superação do interesse técnico, em contraponto a um modelo impositivo, constituiu o ganho dos profissionais envolvidos no grupo de implantação do PSE. A oferta de trocas entre profissionais de diferentes formações representou reconhecimento dos espaços de atuação de cada categoria e de conhecimento das qualificações de cada profissional. Também a abertura de fóruns de discussões e espaços de apresentações de objetivos, estes primordiais no crescimento do grupo e fortalecimento da relação dos profissionais

e propostas de construção de ações de trabalho mais integradas e participativas.

Parcerias são estabelecidas ou se fortalecem no cotidiano através da constituição de redes institucionais ou sociais e são caracterizadas por relações que aproximam e envolvem os indivíduos em seus diferentes mundos do trabalho fortalecendo vínculos.

As diversas visões de mundo dos sujeitos e a organização social, a partir de uma proposta de convivência em sociedade, confrontam a tarefa de realizar esforços pessoais para desenvolvimento de acordos conjuntos sobre as normas de convivência e crescimento coletivo, mudando a visão do que é dado para o que é construído. (HABERMAS, 2009, p. 297)

É irrefutável, porém bastante ingênua, a perspectiva de que parcerias se estabelecem pelo desejo inicial de um grupo e a execução de um convite expresso ou formal, por parte de outro. A fala a seguir mostra que em outros momentos também profissionais de saúde, em especial dentistas, sempre foram bem recebidos nas escolas:

“A gente (dentistas), sempre foi recebido na escola. Claro, agora melhorou a comunicação, eles esperam, avisam se tem um problema, mas sempre fomos recebidos bem (...)” (Den. 3) (Entrevista de avaliação do PSE – novembro de 2011)

Aqui nos referimos ao projeto de saúde escolar e a vontade de aproximação ao ambiente escolar pelos profissionais da saúde no convite feito para “abertura de portas da escola” aos profissionais da educação.

Primeiro, porque parcerias se dão por vontade e participação recíprocas, assim a iniciativa deveria ser conjunta entre saúde e educação. Segundo, portas nunca estiveram fechadas, pelo contrário, se encontram plenamente abertas e disponíveis para realização de trabalhos diferenciados e que fujam da rotina escolar e do modelo de ensino tradicional. E, terceiro, talvez mais importante, o desejo de implementação de um projeto de saúde escolar impõe-se como uma

ação que vai além das funções essenciais da escola, constitui-se em avanços na perspectiva dos profissionais de serviços de saúde e educação.

Desta forma, os ganhos pela parceria poderiam ser enumerados de forma simples, seja pela apresentação dos índices de aprovação escolar ou a permanência do aluno na escola ou a conclusão do curso no tempo médio previsto pela legislação de ensino, ou ainda, por baixos índices de evasão escolar e bons resultados de desempenho nas avaliações nacionais de ensino. Mas, de forma específica na saúde escolar, como medir avanços ou a melhoria na qualidade de vida da comunidade escolar? Como sensibilizar profissionais da saúde e da educação de sua responsabilidade social no desempenho de suas funções, quando os índices de produtividade se tornam alçozes na apresentação dos resultados.

O ganho obtido pela parceria foi entendido na interação desenvolvida entre equipe multiprofissional de saúde e profissionais de educação pelos encontros de planejamento e desenvolvimento das atividades de educação em saúde e nas trocas de informações e confrontos pessoais que levaram a acordos e ações conjuntas.

Assim o entendimento que este investimento pessoal/profissional somente poderia ser mensurado na comunidade escolar à longo prazo, sempre representou consenso, como destaque na fala a seguir:

“Será que não é por uma falta de contato (relação entre os profissionais de saúde e educação), falta de exercício, Acho que é falta de desenvolver de estimular. A gente tem que se preparar para desenvolver, é necessidade de estímulo, não é deficiência cognitiva. É entender, vamos investir. Temos que trabalhar juntos” (Res. Psi) (Fala registrada na 10ª reunião do grupo de PSE – avaliação da atividade educativa)

A possibilidade de modificar a relação entre a teoria e práxis em um agir comunicativo, permitindo não somente descobertas, mas as “nossas” descobertas, fortaleceu a prática profissional e a capacidade de interlocução entre profissionais de diferentes áreas.

Ampliando horizontes: na práxis o entendimento de novas possibilidades para saúde escolar

A identificação das dificuldades e limitações ou ainda o desconhecimento sobre algum tema ou tarefa a ser desenvolvida nos leva por ignorância ou certeza dos problemas a serem enfrentados ou o abandono na sua execução, até colocando-a como menos importante ou desnecessária, como justificativa de exclusão em nosso planejamento e rotina de trabalho.

A saúde escolar, ao longo de sua história, representou para profissionais de saúde e educação algo importante a ser desenvolvido, mas não constituindo a essência de suas tarefas, até mesmo durante sua formação técnica em seus currículos. Representando assim, algo a ser feito em situações e demandas específicas, seja pelo atendimento a legislação vigente, seja por solicitação dos gestores da saúde e da educação, seja pela demanda da comunidade escolar em casos de epidemias e em campanhas.

Desta forma, propor um fórum de discussão no tema saúde escolar em uma proposta multiprofissional e intersetorial representou, em princípio, algo muito complicado de ser feito, pelo entendimento teórico da saúde escolar e o senso comum acerca das responsabilidades específicas e o volume de demandas assistenciais dos profissionais convidados a compor o grupo.

Em Campos e colaboradores (2008) discute-se a expansão da ESF como possibilidade de revisar as práticas de saúde valorizando a promoção da saúde, mas encontramos relatadas as dificuldades enfrentadas por seus profissionais, como o acentuado número de consultas clínicas, restringindo as expectativas de interagir mais proativamente no seu território dentro de uma nova lógica, como o PSE.

Apresento a fala a seguir que questiona a conduta dos profissionais de saúde no ESF:

“(…), não atua como parceiro. Por que a gente não fica direto na escola (...) atuação como bombeiro, vai lá, atua no problema mais grave e vai embora, não prepara o caminho para construção conjunta de propostas de solução e prevenção.” (Res S Soc) (Fala registrada na 10ª reunião do grupo de PSE – avaliação da atividade educativa)

Desta forma, em uma nova perspectiva, os encontros desenvolvidos no grupo de implementação do PSE permitiram a interação entre seus sujeitos ampliando horizontes e expectativas em relação aos seus objetivos de trabalho.

“A interação é possível quando profissionais estabelecem um objetivo comum e quando se respeita suas falas e considerações, salientando a importância e o papel de cada um, além de estimular a troca de experiências.” (Enf. 3) (Fala registrada na 17ª reunião do grupo de PSE – avaliação final do grupo de PSE)

Para Habermas (2009, p. 71), a visão de mundo deve ser trabalhada pela contradição de tal modo que os horizontes e sentidos de todos possam ser ampliados e se “imbriquem” sempre mais pela progressiva descentração da perspectiva de cada um. Assim, as contradições, visões diferenciadas, entendimentos e percepções particulares são postos em discussão, levando ao desenvolvimento de um potencial crítico e o deslocamento de seu próprio horizonte para um mundo descoberto pela linguagem, desta forma “aprendemos algo do mundo na medida em que aprendemos uns dos outros”. (HABERMAS, 2009, p. 72)

O exercício da práxis pelo desenvolvimento da autonomia comunicativa na instrumentalização de profissionais e trocas de experiências nas diferentes áreas de domínios técnicos permitiu uma busca conjunta de “(...) soluções de problemas alcançados na esfera do trabalho social contidas no *médium* da ação orientada para o entendimento. (HABERMAS, 2002, p. 446-47)

3ª Categoria:

Uma proposta de educação em saúde na escola pelo PSE

A formatação desta categoria de análise se dá a partir do exercício da reflexão-ação desenvolvido durante as fases de observação e classificação pelo empreendimento da pesquisa ação e propõe o atendimento ao terceiro objetivo deste estudo “discutir os elementos que constituem a base para estruturação de um projeto de saúde escolar com a participação do enfermeiro”.

Resulta de interpretações feitas pela observação das interações comunicativas dos sujeitos, falas e relatos de experiências no grupo de PSE e representa o consenso das discussões acerca do tema saúde escolar e as perspectivas futuras em relação a sua implementação em outras realidades. Constitui pelo espiral de Morin (2004) e apresentado na página 75, a pertinência e as táticas propostas a partir de simulações, estas empreendidas no exercício da análise das ações planejadas e executadas. Assim, está basicamente sustentada nos registros de observação da pesquisadora e apoiada pelo referencial teórico.

Da valorização de experiências anteriores: um começo

A construção de um projeto de saúde escolar baseado na nova política de saúde e educação deve buscar fortalecer a idéia de integração e interação entre diferentes áreas, sejam saúde e educação e entre diferentes formações profissionais, de forma a privilegiar a construção de uma proposta coerente, exequível, duradoura e integrada.

Tornar estes adjetivos efetivos e observáveis deve partir da construção de um alicerce sólido, edificado em um terreno igualmente firme. Assim, a proposta de educação em saúde na escola deve possuir na base de seu alicerce a experiência

acumulada em projetos anteriores, a capacidade técnica de seus profissionais e a motivação para sua realização.

Em Habermas (2004), encontramos que a verdade não está presa às certezas da ação, nem em argumentações aceitas ou justificadas. A verdade resulta da aceitabilidade das justificações guiadas pelas certezas da ação, e por isso é falível e revisível.

A capacidade de aceitação de limites permite novos recomeços a partir de experiências acumuladas, não representa incapacidade de realização. Desta forma, entender que é na capacidade ou possibilidade de revisão das práticas exercidas e na criação de novas iniciativas que consiste o mérito de sua realização é que percebemos seu ganho e não sua fragilidade pela desistência ao identificarmos as dificuldades.

A verdade criada pela certeza da ação (desenvolvida na razão instrumental) garante apenas instrumentos para desencadeamento da proposta, mas é o exercício da comunicação, o respeito aos sujeitos pares e a busca ao entendimento que irão garantir a qualidade das interações dos profissionais que nela atuam e possíveis resultados positivos.

Desta forma é o envolvimento de todas as partes em modelos não hierarquizados, onde o foco está na solução do problema coletivo, pela soma das partes que representam uma porção maior que o todo e pela observação individualizada de cada parte que construiremos propostas mais efetivas e coerentes.

Alicerçar: garantia de apoio e sustentação

Uma construção para que se mantenha sólida, necessariamente deve partir de um bom alicerce como garantia de sustentação e apoio. Para construção de um projeto de educação em saúde no Ensino Fundamental, destacamos três “esclarecimentos” que acreditamos constituir a matéria prima para construção de

um bom alicerce. A apresentação destes esclarecimentos resulta da análise das discussões/ interações lingüísticas do grupo de PSE no atendimento ao objetivo comum a promoção da saúde no ambiente escolar.

O primeiro esclarecimento é a construção coletiva de verdade e ela ocorreu no grupo pesquisado pelo estabelecimento de acordos feitos a partir de interações lingüísticas representados na construção conjunta de objetivos e planos de ação, onde os significados refletiam intenções comuns desenvolvidas pelo contexto da realidade, esta questionada e percebida em suas possibilidades de mudanças na solução de problemas enfrentados por ações conjuntas.

O planejamento e execução da “Oficina de Trabalho”, produto da 10^a, 11^a e 12^a reunião desenvolvido com a participação de profissionais de saúde e educação constitui um exemplo de construção coletiva de verdades.

O grupo em uma primeira discussão define de forma participativa e pelo consenso qual é o problema, definido em: “Como juntar o grupo da saúde e educação? Como ‘quebrar o gelo’²⁶ e apresentar intenções do grupo de PSE?”.

Nos encontros posteriores e a partir do problema comum, propõem a oficina de trabalho e planejam a execução da atividade realizando ao final, a avaliação dos aspectos que foram importantes demonstrando a integração e a proposição de novas possibilidades construídas pela participação coletiva. As falas a seguir apontam o início da construção ‘o problema’ e na avaliação final a ‘segurança’ na realização da atividade pela construção coletiva:

“Repensar o projeto envolvendo toda a equipe técnica. Deve ser um projeto integrado, não da área da saúde, envolver pedagogos (...)” (Enf 1)
(Fala registrada na 10^a reunião do grupo de PSE)

“Projeto integrado envolve a área da saúde e da educação. (Res Nut)”
(Fala registrada na 11^a reunião do grupo de PSE)

²⁶ Quebrar gelo - é a expressão usada em Oficinas de Trabalho como a atividade que tem a finalidade de apresentar os participantes e esclarecer as intenções da atividade a ser desenvolvida naquele encontro.

“Todo mundo tá bem aberto para se unir, juntar nossas forças nossos conhecimentos. Me senti segura no desenvolvimento da tarefa.” (ACS) (Fala registrada na 12ª reunião do grupo de PSE)

As convicções da pragmática lingüística são de responsabilidade da fusão do discurso e da ação, são derivadas de nossas experiências práticas e utilizadas em nossa fala pelo uso de melhor argumento. Quando separadas temos duas verdades, a verdade do campo discursivo, em que vale a força do melhor argumento e a verdade do campo da ação que são as convicções que ‘funcionam’ ou que na prática são aplicáveis.

Portanto, a interação entre as duas é fundamental para que uma justificação aceita pelo melhor argumento possa se tornar verdadeira além do contexto da realidade, ou ainda, que a verdade seja transcendente e vá além do que representa e, ao mesmo tempo, imanente ao contexto, ou seja, originando-se da realidade esteja adequado a ela. (HABERMAS, 2009)

O conceito de verdade, nesse sentido, tem um duplo papel: o de transformar as certezas da ação em problematizações e o de sustentar as justificações das certezas que serão reinstaladas. Assim:

“É tudo muito simples: sempre que nós pensamos no que estamos dizendo, levantamos com relação ao que é dito a pretensão do que é verdadeiro, correto ou sincero; e através disso irrompe em nosso dia a dia um fragmento de idealidade.” (HABERMAS, 1993, p. 98)

A capacidade de construção integrada/ conjunta de verdades na proposta para saúde escolar representa uma matéria prima de seu alicerce.

O segundo esclarecimento é o princípio da simetria, fundamental quando propomos projetos participativos de forma intersetorial e multiprofissional, voltado ao entendimento mútuo.

A preservação dos valores individuais e o respeito dos ‘sujeitos pares’, no agir comunicativo, é premissa para o sucesso. A verdade de cada sujeito estará sendo

colocada argumentativamente para discussão e estará aberta a críticas, poderá ser aceita ou não pelo outro par, mas deverá ser respeitada como única e particular deste indivíduo e principalmente, ‘verdadeira’ enquanto não surgirem argumentos mais fortes para revê-la em sua verdade.

O processo interativo emerge do próprio grupo e exige de todos esforços no sentido de preencher os princípios de realização de uma ação comunicativa, com pretensões de validade e de busca de uma comunicação simétrica, cada vez mais livre e isenta de coação. Este processo deve seguir um princípio ético onde todos os elementos do grupo são considerados parceiros de diálogo e cujas falas oferecidas estarão sujeitas a interpretações e críticas dos demais elementos. (GONÇALVES, 1999)

O princípio da simetria independente da formação técnica, saberes técnicos não devem ser colocados como fator de dominação ou coerção dos participantes do projeto, estes apenas representam capacidades individuais na troca de experiências, determinante de sucesso pela coerência teórica que facilitará o desencadeamento das idéias.

Esse esclarecimento, em uma perspectiva da valorização de saberes, nem sempre foi percebido nas interações entre profissionais da saúde e educação. Como tratamos no subcapítulo “A intersetorialidade na superação do domínio técnico dos profissionais da saúde” o discurso por parte de todas as formações destaca o protagonismo dos profissionais da saúde.

Acreditamos que mudanças a partir do esclarecimento deste princípio podem facilitar as interações entre profissionais e participações mais proativas na elaboração de projetos integrados para saúde escolar.

No relato apresentado a seguir pela Enf 1, reiteramos nosso entendimento, a partir das reflexões desenvolvidas na análise deste estudo, que relações

assimétricas podem representar dificuldade nas interações de profissionais de diferentes áreas e setores:

“Eu liguei para escola avisando que tinha um surto de hepatite. Perguntei se os alunos tavam faltando e avisando e o porquê da falta. Como tava o controle da água e a limpeza dos bebedouros? A gente tinha orientado junto com a Residente de Farmácia, na ação educativa, a limpeza da caixa (d’água) e do bebedouro, lembra? E ela (a diretora) me respondeu que não sabia (...). Se a gente do PSE (se refere somente aos profissionais de saúde) já tivesse na escola seria mais fácil controlar.” (Relato da Enf 1 antes da 14ª reunião, enquanto aguardávamos a chegada dos demais sujeitos)

A emancipação é atingida somente com um envolvimento comprometido, mas livre dos sujeitos. Ela parte de um interesse pessoal deste com sua ‘práxis’ ou tema a ser discutido. A autonomia representa sinônimo de confiança no agir e, principalmente, no pensar, nela existe simetria entre os sujeitos e não apenas repasse de informações. Assim, não são alguns sujeitos que detém o saber e os demais devem reproduzi-lo, sem considerar seus próprios conhecimentos e suas realidades, mas todos compartilham suas experiências.

Abrir-se a crítica compreende um exercício de domínio de linguagem e expressão e a capacidade de entendimento e aceitação das observações e comentários apresentados na busca do entendimento, ou não, mas em um princípio básico de que a solução seja possível e exequível neste diálogo.

A perspectiva da emancipação compreende um sujeito que executa uma ação própria e consciente de seu objetivo social e onde as regras sociais não impõem limites à sua ação. Desta forma, conforme Habermas, “(...) a perspectiva de emancipação não se origina precisamente do paradigma da produção, mas do paradigma da ação orientada para o entendimento recíproco.” (2002, p. 119).

Profissionais da saúde e educação por seu domínio técnico, mas em relações simétricas, agindo proativamente por objetivos comuns encontrarão o consenso no

planejamento e execuções de ações na saúde escolar. Este esclarecimento é premissa para o sucesso em propostas participativas.

O terceiro esclarecimento é o princípio do aprender uns com os outros, determinante de trocas entre participantes em uma proposta multiprofissional.

Relações de conhecimento mútuo, de adoção recíproca de perspectivas, de uma disposição de também considerar as técnicas próprias de cada formação e de olhar com olhos de estranhamento, mas com o objetivo de aprender uns com os outros e valorizar os domínios e competências particulares, garantem trocas profissionais produtivas e enriquecedoras em seu resultado final.

A gama de possibilidades e esclarecimentos para soluções de problemas, tanto nas ações e suas formas de execução, poderão garantir por um olhar expandido de diversos ângulos uma maior rede de soluções.

Compreender, respeitar e valorizar as demais categorias profissionais que compuseram a proposta de saúde escolar multiprofissional resultou em um planejamento mais inclusivo e atento nas diversas especialidades da saúde. Destacado abaixo:

“Adorei preparar a atividade de orientação de cuidado da água na escola. A Res. Farm. 2 mostrou os detalhes do teste e qual o produto certo para usar na limpeza do bebedouro. A gente da enfermagem já ia perguntar ‘cadê o álcool?’. Aprendi muito (...)” (Enf 3) (Avaliação da atividade educativa – junho 2011)

“A visão da Assistência Social é diferente, completa com a minha (nutrição) e a do dentista, enfim, prefiro ouvir todo mundo. Me sinto mais segura e aprendo. As vezes coisas que eu nem pensaria outro chama atenção. Prefiro assim do jeito que a gente fez aqui no PSE.” (Res Nut) (Fala registrada na 17ª reunião do grupo de PSE)

A oferta de trocas entre profissionais de diferentes formações representou reconhecimento dos espaços de atuação de cada categoria e de conhecimento das qualificações de cada profissional. As falas acima apresentam o entendimento de ‘dividir para somar’, ou seja, domínios técnicos compartilhados na solução de

problemas possibilitam ampliação das visões específicas de cada área e fortalecimento individual e do grupo.

Grupos sempre se orientam para o consenso?

A partir dos esclarecimentos apresentados e de forma a evitar-se um pensamento ingênuo em relação às bases de sustentação aqui descritas, destacamos em Habermas (2002, p. 446) o questionamento “Um mundo da vida que deve reproduzir-se apenas através de um *médium* da ação orientada para o entendimento recíproco, o consenso, não seria apartado dos seus processos materiais de vida?”

Neste questionamento são indagadas as ações planejadas e desenvolvidas por princípios voltados a objetivos e ações dirigidas ao entendimento e como elas podem ingenuamente não perceber ou aprofundar-se em problemas e dificuldades reais do cotidiano. Questiona se apenas motivações ou desejos subjetivos podem garantir uma real compreensão das dificuldades a serem enfrentadas em determinados acontecimentos ou projetos que compõem o mundo da vida, ou elas apenas representam ingenuamente uma análise superficial e incapaz de reconhecer os percalços e erros cometidos.

Habermas descreve que as ações dirigidas a objetivos, com os quais os seus membros intervêm no mundo, as ações instrumentais, encontram-se “entrelaçadas com as comunicativas na medida em que apresentam a execução de planos que estão ligados aos planos de outros participantes da interação por meio de definições comuns das situações e processos de entendimento recíproco” (Habermas, 2002, p. 446 - 47), assim todos os aspectos devem ser discutidos e postos, por meio de argumentação, em validação de forma a encontrar o consenso.

Assim, as trocas multiprofissionais e a ação conjunta entre dois setores saúde e educação, intersetorialidade, representaria um olhar ampliado conscientemente questionado e posto a prova, permitindo uma avaliação mais efetiva e uma visão mais integral das possibilidades de soluções.

O princípio do entendimento recíproco encontra-se apenas formalizado pela definição de objetivos comuns e baseado nas interações desenvolvidas entre profissionais de saúde e educação. A garantia da efetividade da proposta através da aplicabilidade do planejamento e das ações não é visível e possível de forma imediata, depende de investimentos à longo prazo e estes carentes de contínuos investimentos, principalmente no que se refere a adesão e manutenção de seus executores e a sua permanência nos cargos e tarefas determinadas.

Reverter uma posição de passividade e apenas recepção de ações, previamente planejadas pelo serviço de saúde, por parte dos profissionais da educação para uma posição de protagonistas e também executores das ações de educação em saúde, necessariamente passa pelo convencimento de capacidades e potencialidades no domínio do tema saúde.

Certamente a capacitação de profissionais de saúde e educação propostas por trocas argumentativas, na análise da realidade escolar, representará o reforço e a garantia de envolvimento no planejamento e execução de ações em saúde.

A ação comunicativa que se efetiva pelo uso da linguagem em trocas argumentativas é uma forma privilegiada de relacionamento entre os sujeitos, permite a articulação de valores, elaboração de normas e o questionamento dos mesmos. A crítica desenvolvida no uso de melhor argumento permite questionamentos e uma construção conjunta e coerente das ações. (HABERMAS, 1993, p. 104)

*UM MODELO DE PROJETO PARA SAÚDE ESCOLAR COM A
PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO*

“Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes.”
Paulo Freire

O desafio do recomeço no entendimento de novas possibilidades

No empreendimento da metodologia da pesquisa-ação e ao iniciar seu desenvolvimento, compreende-se o desafio de uma tarefa inacabada. A possibilidade de constante revisão nos impõe sempre a perspectiva de uma nova e talvez ‘melhor’ possibilidade de concepção ou atuação nos modelos já exercidos.

A partir deste entendimento e dos achados levantados na análise deste estudo, identificamos as fragilidades que não permitiram a continuidade e a efetividade das ações em saúde, em participação conjunta de profissionais da saúde e educação com a participação do enfermeiro, descritos na tese deste estudo.

Em uma perspectiva de superação das fragilidades levantadas construímos este capítulo que visa através de modelo sugerido de projeto para saúde escolar e a partir de achados aqui analisados, a superação das dificuldades enfrentadas no grupo de PSE. A partir de Aun, Vasconcellos e Coelho (2007, p. 105, vol. II), apresentamos as proposições necessárias para que uma equipe atue pelo modelo sistêmico:

- Formar a equipe a partir de uma casuística concreta – projetos ou programas – constituir a seleção de profissionais envolvidos no atendimento à saúde escolar e sua comunidade, mantendo a organização pelo entendimento de ‘mente aberta’ que permite visões diferentes sobre o mesmo problema, a partir de interações entre equipes interdisciplinares;
- Conceber uma relação de interdependência entre os membros da equipe e onde predomine a colaboração estável e prolongada. Trocas frequentes de profissionais representam pausas e cortes nas ações;

- Selecionar uma coordenação baseada em uma hierarquia flexível e intercalada, valorizando as habilidades necessárias para cada intervenção, permitindo o direito de igualdade em assumir responsabilidades no exercício das atividades. A coordenação não deve ser determinada por modelos profissionais ou características de hierarquia institucional, mas sim pelo consenso de melhor desenvoltura em cada atividade específica;
- Ter uma supervisão permanente, pensando um sistema que cuida de suas próprias relações. Isso significa manter um exercício de reflexão constante sobre as relações da equipe, suas interações e dificuldades;
- Estar atento à relação com os outros sistemas. A troca de experiências é uma abertura necessária para desenvolver o espírito de colaboração e ao mesmo tempo preserva a autonomia da equipe. Predomina a relação de cooperação e não de competição;
- Compartilhar as responsabilidades e resultados identificados no processo e produtos finais. Dar visibilidade para sucessos e insucessos, dividir expectativas, enfim trabalhar de forma conjunta;
- Trabalhar de forma interdisciplinar e não apenas multiprofissional.

Com este último item, introduzimos um novo conceito que não foi o identificado e exercido pelo grupo de PSE e, desta forma, também não compôs nossa tese. Pelo conceito de equipe interdisciplinar não ocorre apenas uma composição de equipes profissionais de diferentes formações técnicas, mas também uma relação profissional mantida pela igualdade hierárquica representada pela autonomia, capacidade de falar e ser ouvido e no atendimento a interesses comuns.

As ações, neste modelo de equipe, não compõem apenas parte colaborativa e participativa de cada profissional que será somada ao todo ampliando os olhares, elas serão partilhadas, discutidas e trocadas entre todos os profissionais. Os conhecimentos individuais serão vivências discutidas de forma conjunta. Esse modelo compõe equipes estáveis, de convivência prolongada, que podem modificar sua estrutura em função da demanda, mas funcionam pela troca de experiências e não apenas pelo somatório de informações e domínios técnicos.

A partir da estrutura apresentada demonstramos graficamente os modelos de organização hierárquica e de organização em rede pelo contexto da autonomia e da interação de profissionais, em propostas de atuação interdisciplinar para saúde escolar.

No modelo estudado, formado pelo grupo de PSE, identificamos o modelo de planejamento que compõe em geral as políticas públicas e pode ser representado por uma pirâmide (FIGURA 3). Ele reflete uma organização hierarquizada, onde no topo estão os responsáveis pelas decisões (Secretarias Municipais de Saúde e Educação) que além da imposição normativa o Decreto nº 6.286/07, possuem os recursos disponíveis para sua realização, ou seja os recursos financeiros e poder de distribuição dos recursos humanos.

Abaixo destes, está a equipe técnica que é composta de profissionais escolhidos pelo gestor, como no grupo do PSE, determinado por uma história de projetos realizados anteriormente e desconsidera o atual envolvimento na saúde escolar destes profissionais. Tem a tarefa de implementar as ações em saúde a partir de uma normativa, recebendo um programa 'pré planejado' em termos de recursos humanos parcerias e períodos para seu desenvolvimento.

E, na base da pirâmide, geralmente em um número muito numeroso, aqueles que recebem ou deveriam usufruir das ações planejadas e supostamente serem beneficiados,

a comunidade escolar, compreendendo alunos, pais, funcionários e professores de sala de aula.

A figura abaixo representa graficamente este modelo.

FIGURA 3: Organização em hierarquia conforme Aun, Vasconcellos e Coelho, (2010)

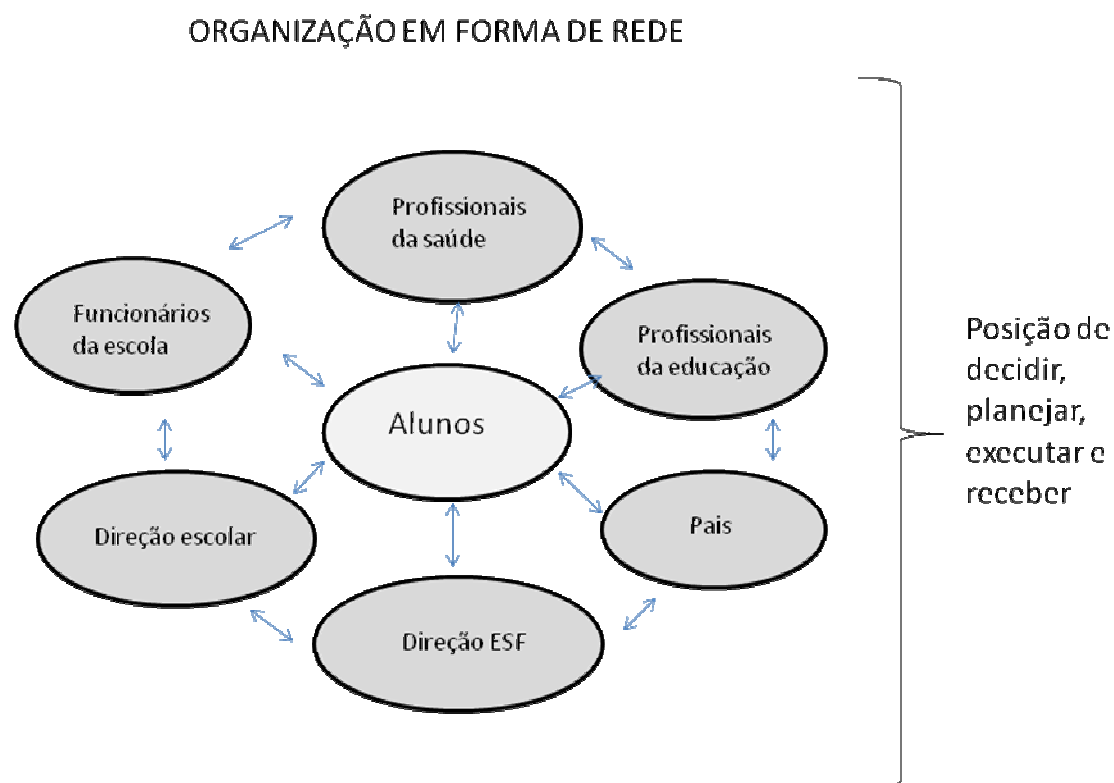


A Figura 4, apresentada a seguir, representa o modelo de rede que reconhecendo as partes como autônomas permite aos profissionais adotarem um contexto de parceria, baseado na capacidade de autonomia de cada indivíduo. Substitui o contexto hierarquizado de poder pelo modelo compartilhado de coordenação, mas principalmente, traz para fórum de discussão uma posição de falar e ser ouvido por todas as partes, inclusive a quem direciona o foco de atenção, a comunidade escolar.

O planejamento e execução das ações partem de um envolvimento baseado na autonomia, ou seja, permitindo a todos os membros da rede a definição das ações e a participação na execução, a partir do que foi considerado real e 'bom' para todos os membros, o consenso.

A determinação do que é ‘problema’ e o que é ‘solução’, não representa a idéia de gestores e executores, mas a real necessidade da comunidade escolar, assim esta será ouvida e atendida por seu entendimento de necessidade em saúde e na comunidade escolar.

FIGURA 4: Organização em forma de rede conforme Aun, Vasconcellos e Coelho, (2010)



A Figura 3 representa o modelo adotado pelo grupo de PSE que não envolveu a comunidade escolar nas discussões acerca do que seriam ‘suas necessidades’ em saúde, e a Figura 4 representa uma nova proposta de trabalho em equipe, esta colaborativa ou compartilhada que foi adaptada pelo modelo desenvolvido por Aun, Vasconcellos e Coelho (2010, p. 274).

Da experiência de um grupo multiprofissional e intersetorial um modelo de projeto para saúde escolar

A partir do modelo de projeto desenvolvido em 2006 pelo Ministério da Saúde e Educação de Portugal (Portugal, 2006) e adequando aos achados deste estudo, apresentamos uma sugestão de passos a serem seguidos na construção de um projeto de promoção da saúde escolar, atentando que os esclarecimentos acima apresentados fundamentam todo caminho de planejamento, execução e avaliação do projeto, de forma a garantir seus adjetivos de ser coerente, exequível, duradouro e integrado por profissionais da saúde e educação.

A ação estratégica constitui o primeiro momento na elaboração de uma nova proposta de ação na saúde escolar. Estar voltada aos interesses dos gestores ou representar um modelo impositivo de ação não desmerece seu objetivo principal e seu potencial na construção de uma proposta de promoção da saúde mais inclusiva e participativa.

Desta forma, a partir de uma iniciativa conjunta e visando acordos e parcerias pelo enfrentamento de propostas intersetoriais e suas dificuldades em termos práticos da ação, devemos desde o início do planejamento envolver todos os setores, destacando alguns pontos em relação as parcerias, apresentados a seguir, de forma a se evitar dissabores e desgastes profissionais e estruturais em relação a possíveis mal entendidos e expectativas nas interrelações de profissionais de diferentes áreas:

- ✓ Acordos devem ser fechados no princípio do projeto e não no seu decorrer, envolvendo todos participantes em todas as etapas, estes serão responsabilizados por sucessos e dificuldades em todas as fases.

- ✓ Os níveis de envolvimento irão depender de capacidades, áreas de atuação e disponibilidade de tempo, de forma a evitar-se cobranças indesejadas ou descompromissos.
- ✓ A participação e responsabilidades acordadas, também no início, garantem uma parceria dinâmica e perene, não eventual, nem esporádica.
- ✓ Uma participação ativa garante coresponsabilidades pelo envolvimento em todas as etapas do projeto.
- ✓ O projeto deve prever na saúde escolar ações de curto, médio e longo prazo, evitando-se frustrações em relação ao alcance dos objetivos e a manutenção dos acordos de parcerias.

Com recomendações colocadas e esclarecimentos apresentados na 3ª categoria deste estudo temos:

Primeiro passo:

O diagnóstico da realidade local e seus recursos humanos e materiais constitui o primeiro passo que deve levar em consideração pelas parcerias e acordos estabelecidos a identificação de problemas da comunidade escolar a ser implantada o projeto, sua dimensão e impacto para esta comunidade e suas possíveis soluções.

Identificação dos recursos existentes, disponibilidade de profissionais, além de potenciais subsídios para intervenção local.

Todos problemas devem ser levantados e organizados em ordem de prioridade, pela discussão conjunta entre profissionais do projeto de saúde escolar e a comunidade escolar.

É no segundo momento do diagnóstico que são relacionados os recursos disponíveis, relacionando-se com as prioridades estabelecidas que determinam a ordem de execução das atividades.

Estabelecer prioridades e suas reais possibilidades de alcance e sucesso pelas intervenções realizadas são fundamentais para continuidade das ações. Atende-se ao princípio da prioridade e da exequibilidade do projeto.

Segundo passo:

A formulação do objetivos deverá atender as prioridades encontradas no diagnóstico, estes devem ser concisos e diretos estabelecendo a mudança que queremos e a quem estamos atendendo.

Podem ser apresentados enquanto objetivo geral que representa a intenção proposta a partir da identificação do problema e específicos que representam as ações concretas que irão contribuir para o alcance do objetivo geral quando somadas.

Os objetivos quando bem formulados e claros estabelecem condições de desenvolver um bom plano de ações, estes devem atender ao princípio da exequibilidade e coerência do projeto.

Terceiro passo:

A partir das demandas, prioridades e objetivos discutidos e tratados de forma conjunta, chegamos ao terceiro passo que é a construção do plano de ação.

O plano deverá apresentar as ações a serem desenvolvidas; metodologia a ser utilizada, com a descrição de atividades; profissionais envolvidas na ação, destacando responsável e executores e o cronograma de ação, atendendo ao modelo de ações a curto, médio e longo prazo.

Desta forma responde a essas perguntas:

- ✓ Como fazer? Responde a questão da metodologia a ser utilizada, descreve ação e atividades.
- ✓ Quando fazer? Apresenta o cronograma de atividades e determina o prazo em que elas acontecerão.

- ✓ Quem faz e o que faz? Apresenta o responsável e os executores das atividades, marca o compromisso na realização da ação.
- ✓ Com que faz? Descreve os recursos necessários e os recursos disponíveis, sejam humanos, materiais ou financeiros.

O plano de ação constitui um dos instrumentos para avaliação do projeto, desta forma sua apresentação deve atender aos princípios da coerência, exequibilidade e integração para profissionais da saúde e educação, envolvendo comunidade escolar e profissionais nas diversas atividades, a partir de suas capacidades e competências técnicas, atentando para sua disponibilidade de atender as atividades planejadas dentro do cronograma previsto.

Quarto passo:

A avaliação faz parte do quarto passo, mas está inserida em todos os passos do projeto. Deve acontecer de forma conjunta ao planejamento e execução das ações de forma a permitir sua adequação a tempo de resgatar possíveis falhas e revisá-las.

Representa fator de garantia de continuidade do projeto e descarta possíveis abortamentos de ações, evitando desconfiança na sua realização pela comunidade escolar e principalmente na integração dos profissionais da saúde e educação.

Eleger instrumentos que acompanhem a avaliação nos diferentes passos é fundamental, além de acompanhá-los e expô-los a todos participantes sempre que apontarem dificuldades. Garantir informações atualizadas de todo andamento do projeto buscando por parte dos participantes colaboração nas estratégias de solução de impasses, constitui fator de sucesso.

Na escolha dos instrumentos de avaliação e sua aplicação, atentar aos princípios de coerência, exequibilidade, durabilidade e integração.

A integração deve partir do princípio de co-responsabilidade de todos participantes em todas as fases, assim, instrumentos de avaliação podem ser **indicadores de processo** que acompanham todos os passos principalmente na aplicação do plano de ação pela realização das atividades e cumprimento do cronograma. E os **indicadores de resultados** que revelam o impacto dos objetivos atingidos, estes devem levar em consideração sempre a amplitude do objetivo e seu nível de complexidade. As vezes os resultados só são observáveis a longo prazo como no caso de investimentos em educação em saúde.

Apresentamos algumas sugestões de instrumentos de avaliação:

- ✓ Checagem de cronograma e desenvolvimento de atividades no plano de ações
- ✓ Acompanhamento de responsável e executores da atividade através de produção de relatórios
- ✓ Acompanhamento do desenvolvimento do PPP e a inserção do tema saúde
- ✓ Registro de participações da comunidade escolar e como se deu o envolvimento nas atividades desenvolvidas
- ✓ Avaliação por meio de questionário do conhecimento do projeto e mudanças observadas no ambiente escolar.
- ✓ Reuniões periódicas com os participantes para apresentação de avaliações subjetivas e reflexões
- ✓ Entrevistas com diferentes membros da comunidade escolar para avaliação subjetiva de mudanças observadas ou não na rotina escolar
- ✓ Relatório semestral das ações desenvolvidas

A construção intersetorial de um projeto de saúde escolar demanda esforços de todos participantes, mas em grande parte sua efetividade pode ser caracterizada pela capacidade conjunta de dar visibilidade aos sucessos e avanços obtidos.

A adesão de novos participantes e a garantia de continuidade e notoriedade dentro do PPP e na produtividade em saúde, a ser apresentada pela equipe de ESF, é obtida por sua apresentação de resultados na comunidade escolar e aos gestores dos serviços.

Desta forma, é de fundamental importância uma preocupação com registros e documentação do projeto e suas atividades, sejam por meio de relatórios, fotografias, entrevistas e avaliações da comunidade escolar. Tornar público o que é desenvolvido na saúde escolar predispõe visibilidade e representa modelos a serem copiados por sua possibilidade de sucesso em outras comunidades escolares.

Fortalecer, por partes dos gestores, momentos de grandes encontros para divulgação de atividades nas diversas comunidades escolares representa estímulo e valorização do que é desenvolvido no nível local. A troca de experiências oportuniza o fortalecimento de planos de ação e o intercâmbio entre profissionais, além de permitir observar o que acontece nas demais escolas.

Esta sugestão de evento foi resultado do último encontro realizado com profissionais da educação, direção escolar e professores e equipe multiprofissional de saúde em novembro de 2011.

Neste encontro envolvendo apenas as duas comunidades escolares, cenários deste estudo, gestores dos serviços de saúde e educação e algumas coordenações de ESF convidadas puderam exercer momentos de reflexão e divulgação de quais caminhos foram percorridos ou poderíamos percorrer, no andamento de uma proposta para saúde escolar municipal, atentando a toda singularidade que o município do Rio de Janeiro

representa. Assim foi discutida uma experiência possível e importante na construção de um modelo para saúde escolar na realidade investigada, pensando em sua replicação, principalmente em relação ao tamanho do território e especificidades regionais na coordenação única de um serviço tão extenso como o município do Rio de Janeiro.

Foram apontadas ações e experiências locais e reconhecidos sucessos e avanços, mas destacou-se a necessidade de divulgação e integração com os demais grupos, principalmente envolvendo as secretarias de saúde e educação.

É consenso para profissionais de saúde e educação que as ações são planejadas e avaliadas em cada realidade escolar e devem atender a esta realidade, não podem ser planejadas em nível central, mas formas de integração e trocas são necessárias para o fortalecimento dos grupos e revisão de seus projetos. Experiências positivas representam fator de estímulo para continuação do projeto, ou ainda podem esclarecer e apontar soluções para problemas e dificuldades detectadas em outras realidades.

Destacamos a fala de uma enfermeira, sujeito de nossa pesquisa:

“(...) realmente não foi em vão a nossa atividade. O trabalho foi de formiguinha, tivemos muitas dificuldades, mas hoje somos queridos na escola.” (Enf. 1) (Entrevista de avaliação final do PSE – novembro de 2011)

Apontar caminhos, descrever passos, apresentar esclarecimentos, relatar experiências, representam esforços para construção de propostas para projetos de promoção da saúde escolar, consistentes e participativos, mas é a realidade local e a experiência pelo exercício da práxis de profissionais de saúde e educação que garantirá efetividade e continuidade de ações.

O projeto construído a partir de esforços conjuntos e atento a uma realidade observada e decifrada poderá garantir melhores resultados e satisfação no desempenho de atividades, vistas como compromisso social e não apenas tarefas pela garantia de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“(...) uma pessoa só pode ser livre se todas as demais o forem igualmente.”
Habermas (2004, p. 13)

6. Considerações finais:

Para investigar o processo de implementação de um programa de educação em saúde na saúde escolar, demandamos a observação dos seguintes aspectos: o entendimento de profissionais da saúde acerca de sua realidade e exercício profissional; o modo como ocorreram as relações entre sujeitos profissionais da saúde e da educação; o conhecimento destes profissionais acerca do tema saúde, principalmente seu entendimento sobre as teorias por eles praticadas e, ainda a mobilização destes sujeitos nas diferentes áreas, objetivando uma proposta multiprofissional e intersetorial.

Nosso foco de interesse estava relacionado ao envolvimento e atuação do profissional enfermeiro nas interações profissionais desenvolvidas durante o processo de planejamento de ações voltadas à saúde escolar.

A análise destes aspectos, a partir da metodologia da pesquisa-ação, nos permitiu inserção no ambiente de trabalho dos sujeitos da pesquisa e convívio por mais de um ano, levando a construção deste estudo. A partir dos achados e análise destacamos algumas considerações acerca da práxis do enfermeiro que atua no ambiente escolar e as interações entre equipe multiprofissional de saúde e educação.

A observação, pela experimentação na implantação do planejamento de ações do programa de saúde escolar, foi exercida buscando a melhor medida para sucessos e evitando os insucessos durante o processo, como também a identificação dos perfis profissionais e formações que de forma consciente, contínua e comprometida puderam garantir a continuidade em suas práticas de uma proposta conjunta.

Nem sempre estas características foram identificadas, mas um agir estratégico e

seu movimento de persuasão e convencimento, pode motivar sujeitos a interagirem de uma forma proativa, resultando na seguinte Tese:

“A práxis em enfermagem escolar, resultado da reflexão crítica no planejamento e avaliação das ações do enfermeiro na saúde escolar e estruturada pela autonomia e no aprender uns com os outros, encontra no agir estratégico o desencadeamento de interações entre profissionais da saúde e educação, em propostas de promoção da saúde multiprofissionais e intersetoriais, desde que garantidas: a continuidade e a efetividade pela participação conjunta destes profissionais em modelos com foco na realidade única de cada comunidade escolar e seus indivíduos”.

Entendemos assim, a práxis como promotora e desencadeadora da autonomia, desenvolvida de forma consciente por profissionais de saúde, em destaque a práxis em enfermagem escolar, responsável pela construção e estruturação, enquanto função social, no desenvolvimento da atuação profissional do enfermeiro que trabalha na atenção primária e em propostas de educação em saúde. Assim “(...) a práxis almeja promover a autonomia, da qual, ao mesmo tempo, ela própria se origina: existe uma relação interna entre o que é visado (o desenvolvimento da autonomia) e aquilo pelo qual é visado (o exercício da autonomia)” (HABERMAS, 2002, p.456)

Há que se destacar que o termo autonomia não está relacionado ao poder decisório individual e detentor de tomada de decisões independente dos demais sujeitos envolvidos, mas caracteriza-se pela capacidade dialógica de ao propor argumentos, poder defendê-los de forma igualitária em paridade de falar e ser ouvido e principalmente, na consideração dos argumentos apresentados ser considerado como capaz de formar idéias e participar de escolhas.

A construção da autonomia dos enfermeiros do PSE pode ser caracterizada em um agir comunicativo pautado em uma ação livre deste enfermeiro, que persegue suas

metas sob uma condição de acordo com os demais sujeitos, sendo: demais enfermeiros, profissionais de saúde, professores, coordenadores e direção escolar; construindo, planejando e harmonizando ações em saúde escolar através de uma argumentação dialógica e, principalmente, diferente de um agir instrumental-estratégico e que foi exercido nas interações desenvolvidas por profissionais de saúde e educação no planejamento do PSE.

O desenvolvimento de espaços de discussão no uso da linguagem, cuja tarefa é ampliar os espaços da conversação gerando novos e úteis discursos, tem o objetivo de alcançar não mais a verdade, mas a validade no planejamento e desenvolvimento de propostas em saúde escolar, que são asserções justificadas como úteis nos contextos, permitindo desta forma, interações possíveis e relacionadas à prática profissional de diferentes áreas em uma proposta conjunta.

Momentos de encontros, reuniões de planejamento e desenvolvimento de ações pelo grupo do PSE, permitiram trocas argumentativas e reconhecimento do outro, dissipando as divergências entre ‘nós’ e ‘os outros’ a respeito do que é ‘nosso’ (Habermas, 2009, p. 257). Portanto um acordo entre profissionais da saúde e profissionais da educação, voltado aos nós, que é validado por um mundo vivido comum e partilhado por objetivos comuns, ou seja, a proposta de promoção da saúde no ambiente escolar.

Trata-se assim, de um pacto sem coação entre os dois setores, validado na aceitabilidade das justificações legitimadas nas experiências cotidianas e no desenvolvimento da rotina profissional. Possíveis resistências na realização de acordos e na busca do consenso se apresentam como fator de aprendizagem e crescimento, enfim, um procedimento que resolve problemas da realidade vivida.

Discussões baseiam-se em razões somente pela passagem da ação para o discurso, quando argumentos são apresentados em trocas comunicativas e podemos identificar e declarar nossas verdades, frutos de nossa racionalidade. Assim, as certezas trazidas por enfermeiros, equipe multiprofissional de saúde e profissionais de educação compuseram as certezas que representam pano de fundo das práticas do mundo vivido. As discussões compartilhadas em torno da proposta de saúde escolar são os frutos das certezas tornadas duvidosas e que foram avaliadas por todos participantes em busca de um objetivo comum e válido ‘a todos’ pelo consenso, ou seja, uma verdade que está entre a certeza da ação e a aceitabilidade justificada.

Nas práticas lingüísticas, as pretensões de validades surgem no contraponto das convicções abaladas e oferecem novas guias de ações. Estar em desacordo não significa fragilidade ou impossibilidade de continuidade, mas a necessidade de novos esclarecimentos de forma a conquistar o entendimento e a construção de propostas nas ações conjuntas.

Desta forma, desacordos entre equipe multiprofissional nos setores de saúde e educação não representam impossibilidade de planejamento conjuntos, apenas dependem de processos comunicativos, livres de coerção e no uso da autonomia para construção conjunta, participativa e exequível, fruto do consenso entre sujeitos pares.

Sujeitos envolvidos agindo instrumental e comunicativamente compartilham a mesma suposição de mundo, constroem suas pretensões de verdade quando transformam cognitivamente os problemas do mundo prático em argumentos levando a uma práxis argumentativa. Problematizar a realidade e construir uma práxis argumentativa constitui-se o desafio de sujeitos livres e autônomos.

Refletir sobre o entendimento mútuo pauta-se em um agir comunicativo quando participantes buscam metas, após harmonizar internamente seus planos, sob a condição

de um acordo, cujas condições estejam comunicativamente descritas, tanto sobre a situação quanto para as conseqüências esperadas.

A capacidade de conhecer não pode ser dissociada da capacidade de falar e agir, pois sujeitos cognoscentes sempre se utilizam delas em práticas do mundo da vida. A análise das ações e falas representou o conhecimento acerca das práticas e caminhos percorridos na construção do projeto de implantação do PSE, em suas idas e vindas e no entendimento da viabilidade da proposta.

Assim na frase de Rorty (1997, p. 60) “Não há nada acerca do que falar antes que a gente comece a falar”²⁷, entendemos que uma pauta única, aqui entendida enquanto definição do mesmo foco de ação e objetivos comuns, pela execução de um acordo conjunto entre os setores de saúde e educação, envolvendo profissionais que estão na gestão dos serviços e que efetivamente desenvolvem as ações na comunidade escolar, pode alcançar coerência nos interesses e superação de desacordos no uso da linguagem comum e o compartilhamento do mesmo objetivo ‘a construção conjunta de uma proposta de promoção para saúde escolar’.

²⁷ Tradução nossa.

REFERÊNCIAS

1. AUN, J G; VASCONCELLOS, M J E; COELHO, S V. **Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais: O processo de atendimento sistêmico.** Belo Horizonte: Ophicina de Arte& Prosa, vol II. 2007. 216 p.
2. AUN, J G; VASCONCELLOS, M J E; COELHO, S V. **Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais: desenvolvendo práticas com a metodologia de atendimento sistêmico.** Belo Horizonte: Ophicina de Arte& Prosa, vol III. 2010. 480 p.
3. BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília, 2001. Disponível em: < <http://www.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES.pdf>> Acesso em 18 set. 2009.
4. _____. Ministério da Educação. **Secretaria de Educação Superior.** Programa de Apoio a Extensão Universitária. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu>.> Acesso em 18 set. 2009.
5. _____. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, 2002. Disponível em: http://www.saude.gov.br/con_tratados.html> Acesso em 01 de jul. 2010.
6. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 1996** – Regulamenta a pesquisa com seres humanos. Brasília. Disponível em: < [http:// www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc](http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc) >. Acesso em 10 set. 2009.
7. _____. Ministério da Saúde. **Saúde na escola.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
8. _____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade.** . Disponível em : < [http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008) > Acesso em 08 set. 2010.
9. _____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações em Saúde. **Informações em Saúde.** Brasília. Disponível em : < <http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008> > Acesso em 08 set. 2010.
10. _____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Ensino Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais.** Brasília. 1996. Disponível em: < <http://www.mec.gov.br/sef/pcn.shtm>> Acesso em 15 abr. 2009

11. _____. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC/SEF, vol. 9, 1998.
12. _____. Ministério da Saúde. Censo escolar 2005. Levantamento das ações em DST/AIDS: saúde sexual e reprodutiva e drogas. Brasília. 2005. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 15 abr. 2009
13. _____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8080 de 19 de setembro de 1990**. que cria o Sistema Único de Saúde. Disponível em: < > Acesso em 15 abr. de 2009.
14. _____. Ministério da Saúde. **Reorganizando o SUS no município do Rio de Janeiro**. Brasília. 2005. 118p. Disponível em: < portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reorganizacao_SUS_municipio_rio_de_janeiro.pdf> Acesso em 15 fev. 2012.
15. BROWM, G. **Jogos cooperativos: teoria e prática**. São Leopoldo: Sinodal. 1994. 105 p.
16. CAMPOS, G W S. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: _____. GUERRERO A V P. **Manual de Práticas de Atenção Básica** – saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-153
17. CARDOSO, A O. **Da infância à docência: Leitura e formação num Grupo de Estudos**. São Paulo, 2001, 168 p., Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade de Campinas.
18. CECILIO L C O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R; MATTOS R A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.113-126
19. CYRINO, E G & PEREIRA, M L T. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde escola de Botucatu, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 15 supl. 2, p. 39 – 44. 1999.
20. CZERESNIA, D & DE FREITAS, C M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, 176 p.
21. DE BRUYNE P; HERMAN J; DE SCHOUTHEETE M. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991, 252 p.

22. FERRIANI, M G C. **A inserção do enfermeiro na saúde escolar** – análise crítica de uma experiência. São Paulo, 1988, 295 p., Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
23. FRANCO, M A S. Pedagogia da Pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set/dez, 2005.
24. FRAENKEL, E. A enfermeira escolar e seu objetivo, Rio de Janeiro. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 11, p. 9-10, 1936.
25. FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia** – Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996, 152 p.
26. FREITAG, B. **A Teoria Crítica: ontem e hoje**. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994, 185 p.
27. GONÇALVES, M A S. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. **Educação & Sociedade**. Campinas, vol. 20, n. 66, p. 125 – 140, abr. 1999.
28. HABERMAS, J. **A ética da discussão e a questão da verdade**. São Paulo: Martins Fonte, 2004, 69 p.
29. _____. J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
30. _____. Racionalidad de la acción y racionalización social. In: **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987a., 517 p.
31. _____. Crítica de la razón funcionalista. In: **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987b., 618p.
32. _____. **O discurso filosófico da modernidade** – Doze lições; 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002. 540 p.
33. _____. **Verdade e justificação** – Ensaio filosófico. Tradução: Milton Camargo Mota, 2ª Ed. São Paulo: Edições Loyola; 2009. 330 p.
34. _____. J. **Passado como Futuro**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993.

35. HARADA J. Introdução. In: **Escola promotora de saúde**. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2003.
36. HINO P. *et al.*, Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Rev. esc. enferm. USP**, vol. 43; nº 2; São Paulo, Dez. 2009.
37. IERVOLINO, S A. **Escola Promotora de Saúde** – um Projeto de Qualidade de Vida. São Paulo, 168 p., Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
38. INGRAM, D.. **Habermas e a dialética da razão**. 2ª ed. Brasília: Editora UnB, 1994. 297 p.
39. LIMA, J F L. **A reconstrução da tarefa educativa uma alternativa para a crise e a desesperança**. Porto Alegre: Editora Mediação; 2003. 128 p.
40. MARCONDES, R S. Educação em Saúde na escola. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 6, p. 89-96. 1972.
41. MELO NETO, J F. Pesquisa-ação (aspectos práticos da pesquisa-ação nos movimentos sociais populares e em extensão popular). In: RICHARDSON R J. **Pesquisa-ação: princípios e métodos**. João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2003, v. 1, p. 183-197.
42. MENDES, K D S; SILVEIRA, R C de C P; GALVÃO, C M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.
43. MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 1996. 269 p.
44. MIRANDA, M G de & RESENDE, A C A. Sobre a pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n 33, p. 511-518, set - dez. 2006.
45. MORIN, A. **Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada**. Tradução THIOLENT M. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

46. MOURA, J B V S *et al.*, Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.489 - 501, abr - jun. 2007.
47. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde–1986. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/upladArq/ottawa>>. Acesso em: 10 mar. 2011.
48. PEREIRA, A L de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 19, n 5, p. 1527-1534. set - out. 2003.
49. POLIT, D F; BECK, C T; HUNGLER, B P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2004. 488p.
50. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho nº 12.045 de 7 de junho de 2006. Diário da República. [S.I.], n. 110, 7 jun. 2006. **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu>.> Acesso em 18 set. 2009.
51. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 18 de setembro de 1946**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm > Acesso em 20 out. 2011.
52. RASCHE. A S. **Projeto Centro de Saúde**. 2003. Centro de Saúde: Colégio Cruzeiro Unidade Centro, Rio de Janeiro, 2003.
53. RASCHE, A S. **A atuação do enfermeiro escolar em projetos de promoção da saúde no Ensino Fundamental**: O caso da 3ª Coordenadoria Regional de Educação no Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro, 2008, 147 p., (Dissertação). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
54. RASCHE, A S & SANTOS M S S dos. A enfermeira escolar e o seu objectivo. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, vol. 12, n. 3, p. 406 - 409. set. 2008 b.
55. REVISTA RET – SUS. **Programa Saúde na Escola envolve a equipe da estratégia Saúde da Família**. Parceria entre os ministérios da Saúde e da Educação está no PDE e no Mais Saúde. Revista RET – SUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, n. 36, p. 6 – 9, abr. 2008.

56. RIO DE JANEIRO. Gabinete do Prefeito. Lista de conteúdos. **Cobertura de PSF 2012**. Disponível em: < <http://www.rio.rj.gov.br/web/gbp/listaconteudo> > Acesso em 15 fev. de 2012.
57. ROCHA, H H P. Educação escolar e higienização da infância. **Cadernos CEDES**, São Paulo; vol. 23, n 59, p. 39 - 56. abr. 2003.
58. RORTY, R. **Esperanza o conocimiento: uma introducción AL pragmatismo**. Buenos Aires. Argentina: Fondo de Cultura Econômica, 1997. 104 p.
59. SANTOS, M S S dos. **A construção de um projeto integrado para a formação do enfermeiro: aliança estágio curricular e extracurricular**. São Paulo, 2005, 174 p., Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
60. SIEBENEICHLER, F.B. **Jürgen Habermas**. Razão Comunicativa e Emancipação. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1989. 181 p.
61. SILVA, C S. **Programa de saúde do escolar numa perspectiva crítica: atenção à saúde da criança e do adolescente em idade escolar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Gerência do Programa de Saúde do Escolar da Secretaria Municipal de Saúde, 1999, 135 p.
62. SILVA, C S. Contribuições da avaliação na identificação de efetividade da promoção da saúde na escola no município do Rio de Janeiro. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, vol. 35, nº 2, p.37 – 39. mai/ ago. 2009.
63. SILVA, C S. **Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2010, 199 p., Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz.
64. SPAZZIANI, M de L. A saúde na escola: da medicalização à perspectiva de psicologia histórico-cultural. **Educação Temática Digital**. Campinas, v. 3, n. 1, p. 41 – 62, dez. 2001.
65. THIOLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 13ª Ed. São Paulo: Cortez, 2004.
66. TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, vol.31, no.3, p.443 - 466, set - dez, 2005.

67. WEBER, M. **A ciência como vocação**. In Tribuna da História, Lisboa, 2005. Disponível em:<
http://www.lusosofia.net/textos/weber_a_ciencia_como_vocacao.pdf> Acesso em 25 de jan 2012.
68. VASQUEZ, A S. **Filosofia da práxis**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 454 p.

APÊNDICES

Apêndice 1:**AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO ESCOLAR PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA:**

Prezado(a) Sr.(a) Diretor da Escola _____

Sua Escola está sendo convidada para participar de um estudo, parte integrante de uma Tese de Doutorado, com o título O ENFERMEIRO ESCOLAR: A PRÁXIS EM PROJETOS DE SAÚDE .

Nossos objetivos neste trabalho são:

- ✓ Descrever a práxis do enfermeiro pelo uso da racionalidade comunicativa em projetos de saúde escolar;
- ✓ Analisar os conhecimentos requeridos pelo enfermeiro em sua práxis no cenário escolar;
- ✓ Discutir com base na intersubjetividade das relações o papel do enfermeiro no cenário escolar.

Assim, gostaríamos de solicitar a sua colaboração, permitindo que seja feita uma pesquisa cuja metodologia é a pesquisa-ação em sua escola e que sejam feitas entrevistas para realização de um diagnóstico simplificado de saúde com professores que atuem no Ensino Fundamental. As informações coletadas serão utilizadas para fins de uma pesquisa científica e os dados aqui registrados em nenhum momento serão divulgados com a sua identificação. A sua participação no estudo não envolve nenhuma despesa e nem mesmo gratificação.

O que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado, assegurando a sua confidencialidade e anonimato.

A sua Escola participará se o Sr(a) estiver de acordo, podendo solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo à sua pessoa e Escola. Não haverá riscos, desconfortos ou gastos, decorrentes da pesquisa, de qualquer natureza.

Antecipadamente grata.

Alexandra Schmitt Rasche

CARTA DE CESSÃO DE DIREITOS

Eu, _____ (nome completo),
_____ (estado civil), _____ (RG), diretor (a) da
Escola _____ ciente das informações recebidas,
concordo em participar da pesquisa intitulada: O ENFERMEIRO ESCOLAR: A
PRÁXIS EM PROJETOS DE SAÚDE que será realizada sob a responsabilidade da
enfermeira Alexandra Schmitt Rasche, doutoranda da EEAN-UFRJ, pois estou ciente
que em nenhum momento a Escola que dirijo será exposta a riscos devido a sua
participação e que poderei a qualquer momento recusar continuar sem nenhum prejuízo
para minha pessoa e Escola.

Sei também que os dados dos formulários respondidos através de entrevista e a
pesquisa documental podem ser utilizados integralmente ou em partes, sem restrições de
partes, de prazos e citações, desde a presente data e serão usados somente para fins
científicos com a garantia de que não serão identificados.

Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa e nem receberei
pagamento ou gratificação pela participação de minha Escola nessa pesquisa e que terei
acesso aos resultados da pesquisa uma vez que os mesmos serão publicados em
periódicos científicos.

Pelo exposto, concordo voluntariamente em permitir que a Escola que dirijo
participe do referido estudo.

Rio de Janeiro, _____

Assinatura: _____

Pesquisador responsável:

ALEXANDRA SCHMITT RASCHE

Endereço:

Rua Paulo César de Andrade, 106/102 – Laranjeiras – Rio de Janeiro – CEP 22221 090

Fone (21) 25531730 Email: familiarasche@terra.com.br

Orientadora:

MARIA DA SOLEDADE SIMEÃO DOS SANTOS

Pesquisadora (EEAN/UFRJ)

Cel: : 99450046

Endereço do CEP EEAN/UFRJ:

Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova – Rio de Janeiro – CEP. 21211-110

Tel.: (21) 22930528 22938899

Apêndice 2:**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: O ENFERMEIRO ESCOLAR: A PRÁXIS EM PROJETOS DE SAÚDE, que tem como objetivos:

- ✓ Descrever a práxis do enfermeiro pelo uso da racionalidade comunicativa em projetos de saúde escolar;
- ✓ Analisar os conhecimentos requeridos pelo enfermeiro em sua práxis no cenário escolar;
- ✓ Discutir com base na intersubjetividade das relações, o papel do enfermeiro no cenário escolar.

Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa e utilizará como método a Pesquisa-ação. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/UFRJ e foi construída como um projeto de doutoramento em enfermagem.

A pesquisa terá duração de três anos, com o término previsto para dezembro de 2012.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha e estuda.

Sua **contribuição** nesta pesquisa consistirá em participar como sujeito/pesquisador no planejamento e implementação de um projeto de promoção da

saúde para escolares, permitindo que seja utilizado o relatório e diário de atividades em campo de estágio nas Ações Educativas em Saúde e os relatórios de reuniões que serão guardados por cinco (05) anos e incinerados após esse período.

Você não terá nenhum **custo ou qualquer compensação financeira. Não haverão riscos** de qualquer natureza relacionadas à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de educação em enfermagem.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Alexandra Schmitt Rasche
Pesquisadora (EEAN/UFRJ)
Cel:94922155
E-mail: familiarasche@terra.com.br

Maria da Soledade Simeão dos Santos
Pesquisadora (EEAN/UFRJ)
Cel: : 99450046
E-mail: soleed@openlink.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 2010

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

Apêndice 3:

QUADRO 3: Apresentação cronológica do período de coleta de dados

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
18/10/2010	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	6 Enfermeiros 2 Dentistas Pesquisadora Assistente de pesquisa	Ambientação Apresentação da pesquisadora e do projeto	Momento de sensibilização dos sujeitos	
08/11/2010	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	5 Enfermeiros 1 Dentista Pesquisadora Assistente de pesquisa	Convite aos sujeitos para participação na pesquisa Assinatura do TCLE Leitura e discussão de artigos - tema saúde escolar	Dificuldade para reunir o grupo para início da atividade. Falas justificam a demanda do serviço. Desinteresse / sobrecarga de trabalho.	
24/11/2010	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	3 Enfermeiros Pesquisadora Assistente de pesquisa	Continuação da leitura e discussão dos artigos Sensibilização para continuar no projeto Debate acerca das dificuldades	Ausência de 50% dos participantes Dificuldades para encontrar agendas comuns Desmotivação acerca do tema Pouca participação nas	

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
				discussões dos artigos (desconhecimento/ desinteresse)	
08/12/2010	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	4 Enfermeiros 1 Jornalista (ACS) 1 Médica (Gerente da Unidade de Saúde) Pesquisadora	Início da construção do diagnóstico de saúde para escolares Implementação de ação prática na rotina escolar Discussão acerca da realidade local	Dificuldade na mudança de paradigma – visão curativa para proposta preventiva - idéia de promoção da saúde Revisão de conceitos teóricos Definição de ações do ESF – prioridade ao modelo preventivo Foco nas ações assistencialistas	Questionário das condições de saúde de alunos, professores e funcionários (elaborado pela Enfª 3) Enumerados os pontos a serem visitados no reconhecimento do ambiente escolar
13/12/2010	Escola Herbert 09:30 às 10:50 Escola Zélia 11:00 às 11:40	4 Enfermeiros 1 Jornalista (ACS) Pesquisadora	Primeiro contato com as escolas Apresentação do projeto Solicitação para inclusão no planejamento do ano letivo de 2011	Escolas receptivas, mas pouco confiantes com a idéia de realização de um trabalho conjunto e continuado Professores e direção escolar reticentes quanto ao efetivo desenvolvimento de ações em parceria. Apresentação do calendário escolar de 2011	Elaboração de questionário para pais a ser aplicado pelo ACS nas visitas domiciliares

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
10/02/2011	Escola Herbert 09:10 às 11:30 Início: 10:10 Escola Zélia 11:40 às 12:45	3 Enfermeiros 1 Jornalista Assistente de pesquisa Pesquisadora	“Nova” apresentação aos professores e coordenação e direção escolar Discussão de possíveis atividades com ações integradas Apresentação de sugestão inicial de cronograma	Escolas preocupadas com início do ano letivo – cumprimento do calendário / demandas de rotina. Não foi envolvida proposta do PSE dentro do PPP Receptividade e “surpresa” com a definição do calendário de ações.	Elaboração proposta de planejamento do PSE (resumo a ser entregue as escolas)
21/03/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah 10:00 Escola Zélia 12:15 – 12:30	4 Enfermeiros Pesquisadora	Discussão do instrumento de coleta – diagnóstico de saúde escolar Planejamento e distribuição das agendas de atividades para cada profissional Questionamento acerca de estabelecimento das prioridades assistenciais	Dificuldade para marcar encontro de retomada das ações depois período de recesso de Carnaval Férias da equipe Saída de sujeitos do grupo “Nova” tentativa de sensibilização Análise do envolvimento dos sujeitos	Elaboração do calendário de atividades Elaboração do Plano de Ações

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
31/03/2011	4ª CRE- Ilha do Governador	Pesquisadora	Apresentação do Projeto de pesquisa após aprovação da Secretaria Municipal de Educação para Coordenadoria de Educação Assinatura de autorização da pesquisa pela direção escolar	Falta de comunicação entre gestor e profissionais Secretaria de Educação - Coordenadoria de Educação e Escola – estas não tinham ciência da aprovação do projeto	
06/04/2011			Ataque armado à Escola de Realengo Reflexos nas escolas brasileiras e do Rio de Janeiro	Mobilização de diversos setores da sociedade em relação à segurança nas escolas Período de muita dificuldade para discussões de “novas” atividades.	
03/05/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	1 Enfermeiro 1 Jornalista Pesquisadora	Reunião cancelada Sujeitos pouco estimulados e alta taxa de absenteísmo Ações não ganham repercussão junto ao gestor do serviço	Dúvidas em relação à continuidade da atividade Grupo enfraquecido pela redução do número de participantes Volume de demandas do serviço do ESF	

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
				Implantação do controle eletrônico da “produção” Mudança da Coordenação da Unidade de Saúde	
10/05/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	4 Enfermeiras 1 Jornalista Pesquisadora 8 residentes	Inserção de novos participantes no grupo Apresentação e sensibilização no tema saúde escolar Relatos de experiências bem sucedidas	Chegada de novos sujeitos Novas perspectivas pela inserção de diferentes profissionais Desejo de contribuição e participação Entendimento e valorização da proposta	Relatório do ambiente escolar
23/05/2011	SENAC - Rio	Pesquisadora 2 Enfermeiras	Fortalecimento do grupo Disseminação do projeto Reconhecimento externo	Troca de experiências com reconhecimento de trabalhos solidificados em outros municípios e estados Resultados de sucessos em outras realidades e solidificação da participação efetiva de enfermeiros na saúde escolar	

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
24/05/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	4 Enfermeiras 1 Jornalista Pesquisadora 8 residentes	Consenso em relação a continuidade Renovação do compromisso e planejamento das estratégias para o fortalecimento do grupo	Envolvimento profissional e renovação do grupo Desejo de inserção e participação Busca de novas experiências profissionais Desafios em relação ao exercício da profissão	Formulário de análise da qualidade da água Manual de orientação para limpeza de cisternas, caixas de água e bebedouros Questionário para alunos do 6º ano
07/06/2011	Escola Municipal Herbert Moses	4 Enfermeiras 1 Jornalista Pesquisadora 8 residentes	Realizada a primeira ação educativa na escola Herbert Moses pelo grupo de PSE	Trabalho realizado de forma multiprofissional e integrada. Excelente recepção na escola pelos profissionais da educação	Aplicação de questionário – alunos do 6º ano Orientação de funcionários sobre cuidados com a qualidade da água
21/06/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	4 Enfermeiras 1 Jornalista Pesquisadora 6 residentes	Planejamento de Oficinas para professores	Forte discurso da responsabilidade dos profissionais da saúde na sensibilização dos profissionais da educação. Protagonismo de ação da saúde	Roteiro da Oficina de trabalho com professores

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
				Pouco envolvimento de profissionais da educação	
06/07/2011	Escola Municipal Herbert Moses	4 Enfermeiras 1 Jornalista Pesquisadora 8 residentes 3 ACS 5 professores	Realização da atividade com um número muito reduzido de profissionais da educação Contávamos com 15 professores, somente 3 participaram Insatisfação de profissionais da saúde. Ineficiência na construção de parcerias	Professores optam por realizar suas atividades de fechamento de semestre – avaliação de alunos. Atendimento a rotina Seleção de prioridades	
09/08/2011	Escola Municipal Zélia Braun	1 dentista 1 técnico de saúde oral 2 ACS Ausência do enfermeiro	Questionamento em relação ao modelo multiprofissional Planejamento de ações ocorre de forma individual atendendo a agenda de um profissional	Pouca integração no planejamento e execução das atividades quando realizadas fora da proposta do grupo de PSE	Relatório de análise do questionário aplicado aos alunos do 6º ano
10/08/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge	3 Enfermeiras 1 Jornalista Pesquisadora	Apresentação da nova distribuição das equipes de EPS e seus profissionais	Dúvida e insegurança em relação à nova distribuição dos profissionais	

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
	Farah	2 ACS	Discussão acerca das perspectivas em relação ao novo local de residência multiprofissional	Transferências e mudanças de função Queixas em relação a organização funcional do serviço Integração ineficiente e planejamentos de ações setorizados	
17/08/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah Escola Municipal Zélia Braun e Herbert Moses	3 Enfermeiras 1 Jornalista 2 ACS	Reestruturação do grupo a partir dos participantes que permaneceram Planejamento da próxima atividade na escola	Justificativa as direções escolares das dificuldades enfrentadas e apresentação da nova proposta de ação Sentimento de não cumprimento do acordo	
24/08/2011	Escola Municipal Zélia Braun	1 dentista 1 tecnico de saúde oral 2 ACS Ausência do enfermeiro		Dentista marcou atividade na escola mesmo com enfermeiro em outra atividade agendada Já não conta com a participação do enfermeiro em sua ação na escola	



DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
24/08/2011	Escola Municipal Herbert Moses	2 Enfermeiras Pesquisadora Direção escolar Coordenação pedagógica 5 professores	Atividade informativa com professores Leitura de texto sobre PSE Convite ao preenchimento de questionário diagnóstico	Atividade desenvolvida de forma pouca participativa Grande esforço por parte da direção escolar, mas pouco envolvimento por parte dos professores.	
02/09/2011	Hospital HESFA	Coordenação de Saúde OSS 8 Residentes 4 Enfermeiros 3 Dentistas	Avaliação do trabalho no ESF Redistribuição dos profissionais e tarefas	Dificuldades de integração entre equipe multiprofissional e nos dois modelos de assistência na saúde Unidade de Saúde/ ESF Assistencialista e curativo / preventivo	
20/09/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah e Escola Municipal Herbert Moses	Pesquisadora 3 Enfermeiras 1 Jornalista	Recolhimento do questionário diagnóstico dos professores Análise dos dados	Sensação de desgaste e pouco apoio por parte do gestor Desarticulação do grupo Afastamento do grupo de residentes Necessidade de reestruturação das ações	Relatório de análise do questionário aplicado aos professores pós leitura do texto.

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
03/10/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	Pesquisadora 3 Enfermeiras 1 Jornalista 3 Residentes	Avaliação e planejamento de novas estratégias de continuidade Assentamento de novos elementos na coordenação dos serviços de saúde	Necessidade de replanejamento a partir da nova estrutura organizacional do serviço de saúde Observação das necessidades apontadas por profissionais da educação	Elaboração de Plano de Ações – novo plano elaborado a partir da nova composição do grupo
20/10/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah		Encontro cancelado pela nova gerência da Unidade de Saúde	Dúvidas em relação ao apoio da chefia do serviço ao PSE	
24/10/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	Pesquisadora 3 Residentes 2 Enfermeiras 1 Dentista	Confecção da proposta para apresentação das atividades desenvolvidas e sensibilização da nova gerência	Necessidade de apoio para continuidade das ações Fazer-se entender e mostrar o trabalho desenvolvido, principalmente no que se refere a interação com direções escolares e sua comunidade. Na sensação de interrupção do projeto a percepção do ganho pelas reflexões feitas	

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
08/11/2011	Escola Municipal Herbert Moses	Pesquisadora 2 Enfermeiras Direção escolar Coordenação pedagógica	Apresentação da situação dos profissionais da saúde em relação a mudanças de função Declaração da direção escolar por pedido de apoio a sua campanha de manutenção no cargo	Reestruturação de nova agenda de encontros e atividades Apresentação da proposta de saúde escolar na pauta de campanha da atual direção escolar, revelando sua identificação, confiança e desejo de manutenção da proposta	
11/11/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	Pesquisadora 3 Enfermeiras 1 Jornalista 2 Residentes Nova gerente de serviço de saúde	Apresentação da proposta e dos resultados conquistados Sensibilização da gerência para manutenção da proposta Proposição de ações planejadas e o desejo de sua continuidade	Novamente a sensação de estarmos iniciando a atividade Declaração explícita e forte do desejo de continuidade	
17/11/2011	Posto de Saúde Nagib Jorge Farah	Pesquisadora 2 Dentistas 1 Enfermeira Coordenadores do DAPS 8 Residentes	Apresentação do trabalho desenvolvido entre profissionais da saúde e da educação Renovação da intenção da	Compreensão de que, como proposta inicial, parcerias e intenções encontravam-se declaradas Definição da necessidade de	Relatório final de avaliação do grupo de PSE

DATA	LOCAL	PARTICIPANTES	PAUTA (Planejamento, reflexão e avaliação das ações)	REGISTROS DA PESQUISADORA (Exercício de reflexão-ação)	PRODUTOS (Resultados de planejamento e ações do grupo de PSE)
		Direções escolares Coordenações pedagógicas Nova gerente Representante da CRE	manutenção da parceria Apresentação e discussão de possibilidades de agendas comuns	manutenção dos encontros regulares para pactuação de objetivos e conciliação de agendas nas ações Falas e destaques a importância da ação conjunta pela perspectiva multiprofissional e intersetorial. Consenso em relação à participação ativa e comprometida das duas áreas saúde e educação, não destacando protagonismos, mas responsabilidades. A partir do planejamento dos profissionais que atuam e estão envolvidos com a comunidade escolar.	

Anexo 1

 E E A N	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA	
--	--	---

Protocolo nº 100/2010

Título do Projeto: ***O ENFERMEIRO ESCOLAR: A PRÁXIS EM PROJETOS DE SAÚDE***

Pesquisadora Responsável: Alexandra Schmitt Rasche

Instituição onde a pesquisa será realizada: Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro/RJ

Data de Entrega do Protocolo ao CEP 18/10/2010

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 26 de outubro de 2010.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar ***O RELATÓRIO DA PESQUISA DAQUI A 01 (HUM) ANO E/OU AO TÉRMINO DA MESMA, EM CD***, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 03 novembro de 2010


Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

Anexo 2:

PREFEITURA
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Educação
Rua Afonso Cavalcanti nº 455, 3º andar, sala 301 – Cidade Nova, CEP: 20211-901
Telefones: 2503-2478 / 2503-2479
sme@pcrj.rj.gov.br

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Sr^(a) Coordenador(a) da E/SUBE/CRE

Autorizamos **ALEXANDRA SCHMIT RASCHE**, da ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY (UFRJ), a realizar a pesquisa “**O ENFERMEIRO ESCOLAR: A PRÁXIS EM PROJETOS DE SAÚDE**”, de acordo com o processo 07/005897/2010, na Rede Pública do Sistema Municipal de Ensino, com validade até 2011.

Informamos, também, que para o registro de imagem, áudio ou qualquer outro tipo, em qualquer tipo de mídia, de alunos, professores e/ou qualquer outro profissional da Escola, existe a necessidade de autorização, por escrito, em formulário próprio.

A pesquisadora se compromete a respeitar a rotina da escola e a divulgar os resultados da pesquisa à Coordenadoria de Educação, conforme a Portaria E/DGED Nº 41/2009.

Rio de Janeiro, 28 de janeiro de 2011

Mariene M. de C. Barbosa
Assistente I - E SUBE 600
Mat.: 72/100 782 8