



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem



UNIVERSIDAD DE ALICANTE
Departamento de Enfermería

Tese em Cotutela

**A enfermeira na construção do pensamento crítico com escolares:
da racionalidade técnica à ação sociocrítica**

Silvana Ceolin

Pelotas, 2017

Silvana Ceolin

**A enfermeira na construção do pensamento crítico com escolares: da
racionalidade técnica à ação sociocrítica**

Tese apresentada aos Programas:

i) Pós-Graduação em Enfermagem,
Universidade Federal de Pelotas (UFPel),
Brasil, Faculdade de Enfermagem, linha
de pesquisa práticas, saberes e cuidado na
saúde e enfermagem, no sistema familiar
e contexto rural, como requisito parcial
para obtenção do título de Doutora em
Ciências;

ii) *Doctorado en Ciencias de la Salud,*
Universidad de Alicante (UA), España,
Departamento de Enfermería, línea de
investigación Cultura de los Cuidados,
como requisito parcial para obtenção do
título de *Doctora en Ciencias de la Salud.*

Orientadora UFPel – Brasil: Prof^a. Dr^a. Rita Maria Heck

Orientador UA – Espanha: Prof. Dr. José Siles González

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

C398e Ceolin, Silvana

A enfermeira na construção do pensamento crítico com escolares : da racionalidade técnica à ação sociocrítica / Silvana Ceolin ; Rita Maria Heck, José Siles González, orientadores. — Pelotas, 2017.

163 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Enfermagem sociocrítica. 2. Pensamento crítico. 3. Saúde escolar. 4. Educação em saúde. 5. Paradigma sociocrítico. I. Heck, Rita Maria, orient. II. González, José Siles, orient. III. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Maria Inez Figueiredo Figas Machado CRB: 10/1612

Silvana Ceolin

**A enfermeira na construção do pensamento crítico com escolares: da
racionalidade técnica à ação sociocrítica**

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de **Doutor em Ciências**, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Brasil, e para a obtenção do título de ***Doctora en Ciencias de la Salud***, *Escuela de Doctorado en Ciencias de la Salud*, *Departamento de Enfermería*, *Universidad de Alicante*, *España*.

Data da Defesa: 26/04/2017

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Rita Maria Heck (Orientadora). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr José Siles González (Orientador). Doutor em História pela Universidade de Alicante.

Prof. Dr. Antonio Claret García Martínez. Doutor em História pela Universidade de Sevilla.

Prof^a. Dr^a. Maria del Carmen Solano Ruiz. Doutora em Enfermagem pela Universidade de Alicante.

Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

Prof^a. Dr^a. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira. Doutora em Enfermagem pela University of London, UL, Inglaterra.

Prof^a. Dr^a. Juliana Graciela Vestena Zillmer. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof.Dr. José Luis Medina Moya. Doutor em Educação pela Universidade de Barcelona.

Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas. Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.

*Dedico este trabalho aos meus pais, Marlene e Nicanor, pelo suporte, força e
amor,
Aos meus irmãos, Lucieli e Gustavo, pelo apoio, confiança e sensibilidade,
À Tales Tiecher, por tudo!*

Agradecimentos

Neste espaço tenho um momento ímpar de exposição de sentimentos e gratidão a todos que de alguma forma são responsáveis por esta conquista. Gostaria de poder agradecer, pessoalmente e com um abraço afetuoso, todas as pessoas que me acolheram nesta caminhada. Com todo o meu carinho, eu agradeço...

*À minha **família**. É o agradecimento mais importante e mais difícil de expor em palavras. Vocês são meu suporte, meu incentivo e minha referência para essa caminhada. São a melhor e mais importante página na minha história.*

*Ao **Tales**, meu companheiro, pelo incentivo e orientação. Agradeço a presença, paciência, amparo e cumplicidade. Agradeço imensamente a cada olhar, a cada conversa, e a cada abraço. Obrigada por estar sempre ao meu lado, com amor e dedicação.*

*À minha querida orientadora **Rita**, que ao interagir comigo, identificou e acreditou no meu sonho, estimulando-me a aceitar o desafio de realizar um doutorado em cotutela. Agradeço-lhe pelas ricas contribuições e pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional.*

*À “mi querido director” **Siles**, que preencheu de sentidos minha trajetória e a tornou tão bela. Agradeço por aceitar a proposta de realizar o doutorado em cotutela. Nossos “diálogos socráticos de los martes”, regados a filosofia, criatividade e descontração, me ajudaram a voar e ver o mundo sob outro ângulo. Obrigada por seu olhar sensível sempre atento aos meus momentos de fragilidade. Obrigada por me orientar para a vida e não só para a construção desta tese. Que bom que nossos diálogos seguem online, iluminando o meu caminho, com o suporte de uma(s) caipirinha(s).*

*À **Carmen Solano**, minha querida amiga e tutora, que me acolheu carinhosamente em seu “despacho”, tornando meus dias mais alegres. Me abraçou com seu olhar amoroso e com suas palavras sensíveis em nosso cotidiano diário na Universidade de Alicante. Seu apoio fez reduzir a distância geográfica, amenizar as saudades e superar as limitações do idioma. Obrigada por fazer dos meus problemas, suas responsabilidades e das minhas*

angústias, suas preocupações. Sou eternamente grata por ter cruzado o teu caminho.

À **Pepi, Manolo e toda sua família**, muito obrigada por abrirem seu lar a uma pessoa até então desconhecida, pela preocupação diária comigo, pelo suporte, pelo aprendizado sobre cultura espanhola, pelas “paellas, paseos y chistes” e por sua alegria contagiante que não me permitia entristecer.

À **Isa**, minha companheira de “piso”, obrigada por sua atenção comigo desde o primeiro dia. Agradeço pelos momentos de descontração, pelo apoio, pelo aprendizado e pelas “clases de cultura y gramática española/castellana y gallega”, regadas a “croquetes y Marina Alta”.

À **família Ceolin de Pelotas**: Ana Luiza, Ana Paula, Alexandre, Luiz e Teila. Obrigada pelas alegrias compartilhadas, pelas gargalhadas, almoços, passeios e hospedagem.

À minha prima, colega e super amiga **Teila**, obrigada pelo sorriso, olhar e palavras carinhosas de sempre. Obrigada pelas orientações, reflexões e pelo estímulo constantes.

À minha querida amiga, **Ana (Kau)**, muito obrigada pela parceria nesta caminhada.

Aos colegas do doutorado, em especial à **Ju**, à **Jenifer** e ao **Márcio**. Nossos momentos juntos são sempre regados a gargalhadas e discussões teóricas.

À **Universidade Federal de Pelotas**, em especial ao **Departamento de Enfermagem**, ao **Programa de Pós-Graduação de Enfermagem**, à **Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação** e à **Coordenação de Relações Internacionais**.

À **Universidade de Alicante**, em especial à **Escola de Doutorado**, à **Secretaria de Enfermagem**, ao **Departamento de Enfermagem** e ao Grupo de Investigação **Cultura de los Cuidados**.

À **Secretaria Municipal de Saúde** de Pelotas, por permitir a realização da pesquisa e facilitar o espaço físico.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul**, pela concessão da bolsa na modalidade Doutorado no país, e ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**, pela

concessão da bolsa na modalidade Doutorado Sanduíche no Exterior. Isso me leva a agradecer também ao Governo Lula e Dilma, que expandiram o incentivo financeiro à pesquisa, possibilitando a realização do meu doutorado com dedicação exclusiva, sendo parte deste realizado na Espanha.

*"A mente que se abre a uma nova ideia, jamais
voltará ao seu tamanho original."*

Einstein

Resumo

CEOLIN, Silvana. **A enfermeira na construção do pensamento crítico com escolares: da racionalidade técnica à ação sociocrítica**. 2017. 161 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

O objetivo desta investigação foi identificar e compreender os entraves e os potenciais de construção do pensamento crítico a partir de ações educativas de enfermeiras, no contexto da saúde escolar. Para compreender este contexto, optou-se pelo emprego de dois referenciais teóricos: primordialmente, José Siles Gonzáles, com o quadro teórico da Enfermagem Sociocrítica, e, de forma complementar, Habermas, especialmente pelos conceitos de pensamento crítico, ciência, e ação comunicativa. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo realizado com 16 enfermeiras que atuam no Programa Saúde na Escola, vinculado às Estratégias de Saúde da Família de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta de dados foi conduzida em dois momentos: i) entrevista semiestruturada; ii) entrevista grupal. A análise do material foi realizada por meio do Modelo Estrutural Dialéticos dos Cuidados, associada ao programa *Atlas/ti* 7.1. A partir dos códigos do *software*, foram criadas três famílias: Unidade Funcional, Marco Funcional e Elemento Funcional. As fragilidades e os obstáculos relatados pelas enfermeiras na condução das práticas educativas – que englobam a elevada carga de atividades na unidade de saúde, a fragilidade na comunicação entre gestão municipal, unidade de saúde e escola, as demandas clínicas e burocráticas do programa e a carência de educação permanente – influenciam negativamente na qualidade do cuidado e dificultam a concretização dos princípios do SUS. O debate coletivo sobre as possíveis estratégias para superação dessa cultura racional e tecnológica dos cuidados destacou a necessidade de investimento em metodologias sóciocríticas de educação em saúde, na conformação de parcerias e arranjos intersetoriais, no fortalecimento do diálogo entre os setores da saúde e da educação integrantes do PSE, na qualificação dos profissionais, na reconstrução sobre as concepções de saúde, educação e pensamento crítico e na reflexão coletiva realizada permanentemente. Para além de algumas manifestações que se configuram no reflexo do paradigma racional-tecnológico de enfermagem, esta investigação destaca algumas crenças, conceitos e desejos referidos que revelam a motivação em promover práticas críticas e emancipatórias de enfermagem. A cultura sociocrítica dos cuidados de enfermagem tem o potencial de cuidar dos cidadãos no sentido da emancipação.

Palavras-chave: enfermagem sociocrítica; pensamento crítico; educação em saúde; cultura dos cuidados; empoderamento; paradigma sociocrítico; saúde escolar.

Abstract

CEOLIN, Silvana. **The nurse in the construction of critical thinking with schoolchildren: from technical rationality to socio-critical action.** 2017. 161 p. Thesis (Doctorate in Health Sciences) - University of Alicante. Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, 2017.

The objective of this research was to identify and understand the obstacles and potential of critical thinking construction based on educational actions of nurses in the context of school health. For this context, two theoretical references were chosen: José Siles Gonzáles, with the Theoretical Framework of Sociocritical Nursing, and, in a complementary way, Habermas, especially concepts of science, critical thinking and communicative action. This is a qualitative, exploratory and descriptive study carried out with 16 nurses who work in the Program Health in School, linked to the Family Health Strategies Units of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. Data collection was conducted in three moments: i) semi-structured interview; ii) group interview. An analysis of the material was carried out through the Structural Dialectic Model of Care, associated to the Atlas / ti program 7.1. From the software codes, three families were created: Functional Unit, Functional Frame and Functional Element. The weaknesses and obstacles related to diseases in the conduction of educational practices - which include a high load of activities in the health unit, a fragility in the communication between municipal management, health unit and school, as clinical and bureaucratic demands of the program and lack of permanent education - negatively influence the quality of care and make it difficult to achieve SUS principles. The collective debate on how possible strategies to overcome the rational and technological culture of care highlight a need for investment in socio-critical methodologies of health education, in the conformation of partnerships and intersectoral arrangements, no strengthening of the dialogue between the health and education sectors from the PSE, in the qualification of the professionals, in the reconstruction on the conceptions of health, in the education and in the critical thought and in the collective reflection permanently carried out. In addition to some manifestations that are shaped by the reflection of the rational-technological paradigm of nursing, this research highlights some beliefs, concepts and desires that are a motivation in promoting critical and emancipatory nursing practices. The sociocritical culture of nursing care has the potential of caring for citizens without a sense of emancipation.

Key words: sociocritical nursing; critical thinking; health education; culture of care; empowerment; sociocritical paradigm; school health.

Resumen extenso

CEOLIN, Silvana. **La enfermera en la construcción del pensamiento crítico con escolares: de la racionalidad técnica a la acción sociocrítica**. 2017. 161 f. Tesis. Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería, 2017.

La tesis defendida por esta investigación es que los enfermeros pueden (re)construir sus acciones educativas con el fin de promover pensamientos críticos en los escolares. La pregunta de esta investigación es: ¿Cuáles son las barreras y los potenciales de construcción del pensamiento crítico a partir de las acciones educativas de enfermeras, en el contexto de la salud escolar? El presupuesto de esta investigación es que las enfermeras encuentran barreras en la construcción de acciones educativas en la salud con los escolares y constatan posibilidades de superación, considerando el paradigma sociocrítico. La investigación tiene como objetivo general identificar y comprender barreras y potenciales de construcción del pensamiento crítico a partir de acciones educativas de enfermeras, en el contexto de la salud escolar. Los objetivos específicos son: identificar las acciones realizadas por enfermeras en la educación de la salud escolar; describir la incidencia de la cultura de enfermería imperante en la construcción del pensamiento crítico; conocer dificultades en la construcción del pensamiento crítico en la salud con escolares; explorar posibilidades de (re) construcción de acciones educativas con escolares, a partir de los presupuestos de los paradigmas sociocrítico.

Para interpretar este contexto, se optó por el empleo de dos marcos teóricos: primordialmente, José Siles González, con el cuadro de la enfermería sociocrítica, y, complementariamente Jürgen Habermas, sobre todo por los conceptos de pensamiento crítico, ciencia y acción comunicativa. Estos pensadores colaboran para la construcción de un conocimiento práctico con una finalidad emancipadora. Tales perspectivas sustentan que es posible transitar de la pasividad a la criticidad en el proceso de vivir y cuidar de la salud. La enfermería sociocrítica fortalece en nosotros ciudadanos la capacidad

de transitar de una posición ingenua (que surge de un sistema opresor) a una posición activa en su cuidado. En esta lógica, los enfermeros que actúan en el Programa Salud en la Escuela pueden elaborar sus planos de acción: a través de la interpretación, negociación y consenso con los escolares. La construcción de una cultura de cuidados socio crítico para la enfermería significa enriquecer el sujeto de con un lenguaje crítico. Es el camino que permite el individuo analizar su contexto de vida, el que resulta en un proceso gradual de empoderamiento y transformación de realidades.

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo realizado con 16 enfermeras que actúan en el Programa Salud en la Escuela (PSE), vinculado a las Estrategias de la Salud en la Familia (ESF) de la ciudad de Pelotas, Rio Grande del Sur, Brasil. La colecta de datos fue conducida en dos momentos: 1) Entrevista semiestructurada; 2) Entrevista grupal. En la entrevista grupal, conversamos sobre diversos puntos: modelo tradicional y socio crítico de la educación en la salud, referencial teórico de la enfermería sociocrítica, soporte del Ministerio de la Salud para desarrollar actividades en la escuela; experiencias exitosas realizadas por enfermeras en la educación en salud escolar; posibilidades de reconstruir las acciones educativas.

En la entrevista grupal, las participantes recordaron las principales dificultades y obstáculos que habían relatado en las entrevistas, con relación a las actividades educativas con los escolares, y discutieron estrategias de superación y potencialidades de las acciones educativas. El análisis del material fue realizado por medio de Modelo Estructural Dialéctico de los Cuidados (MEDC), asociados al software Atlas/ti 7.1. A partir de los códigos del software, fueron creadas tres familias: Unidad funcional, Marco funcional, Elemento funcional.

Los resultados fueron divididos en cuatro capítulos: el primer capítulo, intitulado “Elementos de implementación de las acciones de la educación en la salud escolar por la enfermería”, discute el elemento funcional de la pesquisa, que son los actores responsables por el cuidado, en este caso, las enfermeras que actúan en la educación en la salud escolar. Dentro de las 16 enfermeras participantes de esta pesquisa, 14 son del sexo femenino, cinco actúan en territorio rural y 11 en territorio urbano del municipio de la ciudad de

Pelotas/RS/Brasil. La edad fue entre 32 y 35 años, el tiempo de formación, de 8 a 31 años. La frecuencia de la realización de actividades fue de dos veces al año y de una vez por semana. La mayoría de las enfermeras relata que antes de existir el SPE o PSE, ya realizaban actividades en las escuelas, pero con la creación del programa, las actividades se hacían con más frecuencias.

Las enfermeras también declararon no tener graduación complementaria en salud escolar. Como un todo, esa realidad de desenvolverse con un cotidiano laboral permeado de tareas mecánicas, normas y exigencias pre determinadas, que tensionan una acción estandarizada, reproduciendo discursos y prácticas hegemónicas. La elevada carga de actividades realizadas por las enfermeras, sumadas a la grande demanda de atendimientos del territorio y a la precariedad de las condiciones de trabajo fueron elementos muy expresados por las interlocutoras de esta pesquisa, como ilustrado a seguir.

Para alcanzar el objetivo de enseñar de manera sociocrítica, la capacitación de las enfermeras es una estrategia central, como un todo, las enfermeras resaltaron que el poco preparo para trabajar con los educandos en virtud no haber mucho contacto con estrategias creativas direccionadas a los niños y adolescentes.

En el segundo capítulo intitulado “El escenario de las acciones educativas: limitaciones para la actuación de las enfermeras”, es realizada una discusión del marco funcional del estudio, que hace referencia al escenario, territorio, infraestructura, circunstancias y condiciones en que ocurren los fenómenos realizados a los cuidados de enfermería, que, en esta pesquisa remite a los elementos que componen el contexto de la educación en salud escolar.

Los escenarios de las acciones realizadas por las enfermeras incluyen 16 escuelas de enseñanza pública vinculada al Programa Salud en la Escuela y su territorio. Los territorios donde el PSE es implantado, están situados en regiones más vulnerables del municipio, con precarias condiciones de renta, escolaridad, vivienda y alimentación, estado que ocasiona una mayor exposición a la situación de riesgo. La cobertura de unidades básicas de salud de la ciudad de Pelotas representa aproximadamente 60% de la población.

Otro importante elemento para comprender la situación de la educación en la salud escolar por los enfermeros de la ciudad de Pelotas es el proceso de gestión del PSE. Cuando cuestionadas de como inicio el contacto con el programa, las enfermeras expusieron las fragilidades en la comunicación con gestión. La falta de comunicación entre los sectores relacionados con el PSE genera insatisfacción entre los actores que están activamente en la práctica del programa. La gestión unidireccional también fue criticada por las enfermeras donde declaran que el programa determina diversas metas para ser trabajadas durante el año escolar, en las cuales, muchas veces, no corresponden a la realidad de la población.

Las interlocutoras de esta investigación relatan que la demanda de atendimientos en el centro de salud y el proceso de trabajo genera sobrecarga física y psíquica. Las diversas funciones atribuidas para las enfermeras actuantes en equipos de salud de la familia limitan las posibilidades de desarrollar el trabajo siguiendo las directrices de la ESF y del PSE. Dentro de las directrices que se fragilizan con la burocratización de las acciones y con la monitorización cuantitativa, se destacan el cuidado a lo largo del tiempo, el control social, y, sobre todo, la integralidad del cuidado, que demanda la construcción de una relación subjetiva y dialogada entre los actores.

El tercer capítulo denominado “Los pilares motivadores de las acciones educativas de enfermería”, trata de la unidad funcional de la pesquisa, caracterizada como la estructura socializadora básica que impulsa la realización de las acciones. Es donde son construidos y transmitidos valores, creencias, conocimientos, actitudes y sentimientos. Esa estructura llena el mundo de vida de esos actores (subjetividad, relaciones interpersonales, normas sociales, cultura). Asimismo, la enfermera al incorporarse en la salud escolar, desenvuelve sus conceptos, valores y creencias sobre este contexto de trabajo.

El análisis de las declaraciones muestra que las concepciones que las enfermeras poseen sobre la salud están relacionadas a la asistencia de las personas. Aún que reconozcan diversos factores determinantes de la salud, como elementos físicos, psicológicos y sociales, las enfermeras establecen una

relación entre salud y acciones de prevención de enfermedades, promoción y educación en la salud.

Esa mirada de la salud hace referencia al énfasis epidemiológico a partir del cual son planificadas las acciones de la ESF. Aún que el reconocimiento que los aspectos psíquicos, sociales y ambientales contribuyen en el proc salud – enfermedad, no son considerados relevantes, por no disponer de un diagnóstico preciso, validez y confiabilidad que son alcanzadas por los componentes clínicos – laboratorios.

Las concepciones de pensamiento crítico de las participantes de esta investigación revelan la valorización de la cultura local, el vínculo, la humanización, el escuchar, la participación de los actores en la comunicación y en la acción, la democratización del dialogo de los educandos.

La idea común en los discursos de las enfermeras es la necesidad de establecer una aproximación con los escolares y su contexto cultural y utilizar dinámicas interactivas para estimular la participación de los mismos. Esa perspectiva es esencial para la constitución del pensamiento crítico, pues la conciencia crítica es incitada por medio de la problematización de situaciones concretas y cotidianas, o sea, se refiere a un conocimiento construido a partir de la acción y perfeccionada por la reflexión.

Las respuestas de las participantes de esta pesquisa revelaron cuatro puntos importantes sobre sus concepciones, creencias y prácticas educativas, que mezclan presupuestos tradicionales y ampliados en la educación de la salud: los sujetos de la acción, el objetivo de la acción, las estrategias educativas y las creencias sobre las acciones.

La educación en la salud es entendida por las enfermeras como una herramienta de cuidado “para” y no “con” el usuario/escolar. Todos los discursos citados indican que la educación en la salud es direccionada a un individuo o colectividad que necesita recibir informaciones para modificar conductas. A pesar de que utilizan expresiones como “intercambio” y “dialogo”, las enfermeras consideran que las acciones son positivas para el usuario, en el sentido de la donación de por lo menos nuevos estilos de vida.

Otro aspecto visible en los discursos de las entrevistadas es el objetivo de la acción educativa. Las enfermeras exponen la contribución de estas

acciones para procesos de enfermarse, como enfermedades crónicas e infecciones sexualmente transmisibles. Ese cuadro figura la planificación de intervenciones a partir del saber clínico y epidemiológico y como énfasis en cambios individuales de comportamiento. Con menor frecuencia, algunas declaraciones muestran elementos de una práctica sociocrítica de educación en salud, por la cual supera actividades con énfasis en los aspectos clínicos y fisiológicos del proceso salud-enfermedad y busca la construcción social de una acción comunicativa con tendencias emancipadoras.

En general, el sistema relacional resultante del análisis del elemento funcional, el marco funcional y la unidad funcional revela un significado más allá de lo que las enfermeras expresan en sus declaraciones, es decir, algunos de sus conceptos no reflejan en sus acciones.

El cuarto capítulo, intitulado “La síntesis de una caminata: construyendo posibilidades de una práctica sociocrítica en la interacción con las enfermeras”, retrata el producto de la entrevista grupal con las enfermeras.

Las participantes recordaron las principales dificultades y obstáculos que habían relatado en las entrevistas, con relación de las actividades educativas con los escolares. Los principales obstáculos referidos por las participantes fueron reunidos en cuatro puntos: i) principales fragilidades en la comunicación entre gestión municipal, unidades de salud y escuelas; ii) demandas clínicas y burocráticas del programa; iii) carencia de capacitaciones sobre educación en salud escolar; iv) sobrecarga de trabajo de las enfermeras. A partir de la síntesis de los obstáculos, el dialogo fue tomando forma y destaco estrategias para minimizar los obstáculos y construir prácticas sociocríticas. Entre de las estrategias mencionadas se destacan: inversiones en metodologías sociocríticas de educación en la salud, conformación de compañerismo y arreglos intersectorial, el fortalecimiento del dialogo entre los sectores de la salud y de la educación integrantes del PSE y la educación permanentemente de los profesionales.

Las enfermeras también expusieron sus creencias en lo que puede venir a contribuir con la educación en la salud escolar: tener una enfermera para trabajar exclusivamente con salud escolar e insertar una disciplina curricular en la escuela sobre SUS, salud y ciudadanía. Las enfermeras alentaron la

necesidad de tener una enfermera en la escuela por considerar que la inversión en la educación y promoción de la salud exige una disponibilidad de tiempo que termina sofocando por las altas demandas de tareas que asumen en el cotidiano de trabajo de las Estrategias de Salud de la Familia.

El debate sobre el SUS, salud y ciudadanía con los escolares es una estrategia transformadora. Esa discusión es esencial sobre todo con la generación actual, que no vivió el proyecto de democratización y participativo de las décadas de 1970 y 1980 y la expansión de la discusión sobre ciudadanía y democracia en Brasil. La Constitución de 1998 fue una ardua conquista social que garantizó el acceso universal a la salud y la participación de la población en las decisiones políticas. ¿Pero quién tiene ese entendimiento? La enseñanza escolar hoy es de contenidos. Los escolares “aprenden” matemática, biología, química, pero no aprenden a pensar, no aprenden a filosofía, antropología, teoría social y crítica. Son nueve años de una gran cantidad de informaciones transmitidas a los alumnos sin preocupación con el desarrollo del pensamiento crítico. ¿Pero qué función la escuela ocupa en la sociedad contemporánea? La institución escolar, además de transmitir todo el contenido, tiene el deber social de formar ciudadanos para la vida, para percibir y enfrentar las condiciones de la sociedad, para comprender sus derechos y deberes y para participar de procesos de discusión y de toma de decisión relacionados a las políticas públicas. La lucha sociopolítica y contra hegemónica, a través de la escuela, significa dedicarse en un esfuerzo para garantizar a los ciudadanos herramientas que comprendan el mundo alrededor y creen estrategias de lucha y enfrentamientos de las desigualdades. El papel de una educación social y crítica es dar esa substancia concreta a la lucha social, de manera que se evite que ella sea sometida e invisible por intereses de minorías dominantes.

Este encuentro comunicativo, amplió los espacios de escucha existentes, fortaleciendo el vínculo entre las enfermeras. Escuchar las experiencias positivas e ideas para reconstruir las acciones desencadenaron la comprensión de la función social de enfermería sociocrítica: la recreación de relaciones sociales, desde la perspectiva de la emancipación. En esto radica el potencial de la dinamicidad de la enfermería sociocrítica, ya que el diálogo generado en la charla con las enfermeras añade nuevos elementos a sus

pensamientos y acciones de enfermería. Este estudio pone de manifiesto la dialéctica de la enfermería sociocrítica. De acuerdo con el MEDC, un cambio en los conocimientos, valores y creencias, puede modificar acciones, que, a su vez, modifican un contexto más amplio, como la gestión del PSE y ... formulación de nuevas políticas públicas. En esta reflexión iluminada por la dialéctica, se observa que no hay conceptos absolutos de salud, educación para la salud y pensamiento crítico. Estos se configuran en la suma de las interpretaciones derivadas de experiencias, relaciones personales y contextuales y contradicciones producidas.

Dependiendo de los estímulos y influencias de diversos elementos - como educativa, relacionales, sociales, históricos y políticos - cambian los conceptos, teorías y acciones de cuidado a la salud. De este modo, si construimos una práctica sociocrítica, podemos pensar en la construcción de teorías y modelos de cuidado sociales, críticos y emancipatorios. Este proceso genera transformaciones en la enseñanza, en la atención y en la investigación, que a su vez refuerza la incorporación de un paradigma social y crítico a la enfermería.

Palabras claves: enfermería; pensamiento crítico; educación en salud; comunicación; cultura de los cuidados; salud escolar; paradigma sociocrítico.

Lista de figuras

Figura 1	Fluxograma da seleção das publicações para a revisão integrativa, baseado no modelo PRISMA.....	64
Figura 2	Caracterização das publicações quanto ao país, tipo de estudo e ano de publicação.....	65
Figura 3	Distribuição das publicações de acordo com as bases teóricas do conceito de Pensamento Crítico.....	66
Figura 4	Modelo Estrutural Dialético dos Cuidados.....	87
Figura 5	Modelo estrutural dialético dos cuidados para o estudo o histórico-antropológico dos cuidados.....	90
Figura 6	Localização do município de Pelotas no estado do Rio Grande do Sul.....	93
Figura 7	Local da coleta de dados, Pelotas, Rio Grande do Sul.....	111
Figura 8	Construção de cartazes durante a entrevista grupal.....	130

Lista de tabelas

Quadro 1	Síntese das bases teóricas, conceitos, publicações e aplicações do Pensamento Crítico na Enfermagem Ibero-Americana (2006-2015).....	67
Quadro 2	Distribuição das Categorias nas Unidades do MEDC.....	100

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA	American Philosophical Association
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCTDI	California Critical Thinking Dispositions Inventory Test
CCTST	Critical Thinking California Skills Test
CIESE	Comissão Intersectorial de Saúde e Educação na Escola
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
CRInter	Coordenação de Relações Internacionais
CUIDEN	Base de Datos Bibliográfica sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica
DNC	Diretrizes Nacionais Curriculares
EDUA	Escuela de Doctorado de la Universidad de Alicante
EPCIE	Ensino do Pensamento Crítico Integrado a Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FEPPEN	Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem
GTF	Grupo de Trabalho Federal
GTI	Grupo de Trabalho Intersectorial
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MEDC	Modelo Estrutural Dialético do Cuidados
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
PC	Pensamento Crítico
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde

PNUS	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
PRPPG	Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
PSE	Programa Saúde na Escola
PUBMED	Public Medline
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIMEC	Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação
SPE	Saúde e Prevenção na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Universidade de Alicante
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 REFLEXÕES INICIAIS E CAMINHADA NA TEMÁTICA	25
1.1 O Doutorado em Cotutela.....	28
2 PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	32
4 OBJETIVOS	38
5 ANTECEDENTES E ESTADO ATUAL DA LITERATURA.....	39
5.1 A construção do conhecimento e os paradigmas científicos	40
5.2 A enfermeira no contexto brasileiro da educação em saúde na escola.....	47
5.2.1 Modelos explicativos do processo saúde-doença.....	49
5.2.2 A historicidade da educação escolar brasileira.....	51
5.2.3 Políticas públicas e programas de saúde na escola	54
5.3 A trajetória do conhecimento científico na enfermagem	58
5.4 Bases teóricas de pensamento crítico na Enfermagem Ibero-americana.....	62
6 UM OLHAR PARA A ENFERMAGEM SOCIOCRÍTICA COMO SUPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.....	78
6.1 Base conceitual da enfermagem sociocrítica	78
6.2 Origens da enfermagem sociocrítica: a teoria crítica e a filosofia de Habermas.....	81
6.3 Base Metodológica da Enfermagem Sociocrítica: o Modelo Estrutural Dialético dos Cuidados.....	86
7 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	91
7.1 Caracterização do estudo.....	91
7.2 Contextualização do local de estudo	92
7.3 Participantes do estudo	94
7.4 Critérios para seleção dos participantes.....	94
7.5 Princípios éticos.....	95
7.6 Procedimentos para coleta de dados	96
7.7 Análise dos dados	99
8. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	101
8.1 Elementos da implementação das ações de educação em saúde escolar pela enfermeira	102
8.2 O cenário das ações educativas: limitações para a atuação das enfermeiras.....	111
8.3 Os pilares motivadores das ações educativas de enfermagem.....	122
8.4 A síntese de uma caminhada: construindo possibilidades de uma prática sociocrítica na interação com as enfermeiras	130
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
REFERÊNCIAS	141
ANEXOS.....	156
APÊNDICES.....	159

1 REFLEXÕES INICIAIS E CAMINHADA NA TEMÁTICA

As ideias aqui defendidas fazem uma crítica à ação educativa tradicional de enfermagem, por estar em desarmonia com a essência do ser humano: um ser social, que interage e atua de acordo com suas experiências, vivências e significados produzidos no decorrer de seu viver. Para sustentar esta visão, explorei o potencial do paradigma sociocrítico na construção de um conhecimento prático com finalidade emancipatória. Esta lógica sustenta que é possível transitar da alienação à criticidade no processo de viver e cuidar da saúde. A enfermagem sociocrítica fortalece nos cidadãos a capacidade de transitar de uma posição ingênua (decorrente de um sistema opressor) a uma posição ativa e crítica no seu cuidado. Nessa perspectiva, o ser humano se enxerga como cidadão e desenha seu caminho de empoderamento e liberdade de escolha.

A presente pesquisa de doutorado é uma investigação qualitativa, exploratória e descritiva, que tem o paradigma sociocrítico como pano de fundo. O vínculo da saúde com a educação esteve sempre presente em minha trajetória acadêmica, o que me levou a construir o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (Universidade Federal de Santa Maria), a dissertação de Mestrado (Universidade Federal de Pelotas) e a tese de Doutorado (Universidade Federal de Pelotas e Universidade de Alicante) com ênfase nesta interface.

No mestrado, me inseri no Programa Novos Talentos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do macroprojeto “Uso de plantas medicinais e as práticas populares de saúde entre escolares da região Sul do Rio Grande do Sul”. A minha dissertação - intitulada “O processo de educação em saúde a partir do diálogo sobre plantas medicinais: significados para escolares” (CEOLIN, 2012) - permitiu vivenciar

um processo de educação em saúde, por meio de 18 oficinas realizadas com 83 escolares. Nos diálogos com o mundo de vida dos educandos, foi possível problematizar situações de vida e estimular a reflexão crítica sobre o cuidado com a saúde, meio ambiente e o uso de plantas medicinais (CEOLIN, 2016; CEOLIN, 2017).

A constante análise durante o período que integrei o Programa Novos Talentos (2011-2014) foi extremamente importante para minha caminhada enquanto enfermeira e cidadã, principalmente pela seguinte constatação: é possível exercitar uma perspectiva social e crítica de cuidado e estimular a reflexão crítica das pessoas. Para fundamentar este posicionamento, considere oportuno expor alguns discursos dos escolares, participantes da minha investigação de mestrado (CEOLIN, 2012):

O Projeto Novos Talentos é para educar a gente. É para a gente crescer e ajudar outras pessoas. Elas precisam de nós, pois somos o futuro delas. Quando a gente crescer, podemos ajudar os outros a pensar (Bergamoteira).

As oficinas significaram para mim aprendizado e futuro. Para falar a verdade, esses foram os mais importantes dias da minha vida (Ginseng).

Eu aprendi várias coisas para minha vida (...) depois que eu coloquei os meus dois pés aqui, ficou tudo diferente, eu me sentia diferente. Foi assim que comecei a dar valor para as plantas, elas servem para muitas coisas que eu não sabia (Bardana).

Estas falas foram muito significativas para minha decisão de continuar estudando o tema, pois revelam particularidades importantes da educação com escolares: eles estão em uma fase de construção de valores sobre saúde, vida e cidadania. Portanto, o estímulo do pensamento crítico é o caminho para a gradativa construção da autonomia no cuidado e transformação de realidades.

Contudo, existe vasta literatura afirmando que a atuação educativa da enfermeira é pontual e curativista (ROZENDO, 2016; CHINN, FALK-RAFAEL, 2015; KAGAN, SMITH, CHINN, 2014; CEOLIN *et al.*, 2011; KAGAN, *et al.*, 2009; BACKES *et al.*, 2009; SILES, SOLANO, 2009; BOEHS *et al.*, 2007; OLIVEIRA, 2005). Na ótica racional-tecnológica, o cuidado não se ocupa da saúde em si, mas de estratégias para a cura de enfermidades e teorias para explicá-las. Uma abordagem distinta nesse campo requer a ruptura com a

visão puramente técnica da saúde, incorporando as dimensões social, histórica, cultural, ética e política da vida.

Os resultados da dissertação levaram à necessidade de continuar as discussões e aprofundar o conhecimento desse fenômeno a partir do doutorado. Nessa caminhada, diversos questionamentos foram surgindo: Porquê a enfermagem não consegue se desvencilhar do raciocínio biomédico? Como mudar a realidade das ações educativas em saúde?

Tais reflexões colocam a necessidade da incorporação gradativa de outros paradigmas na produção do conhecimento e na prática dos cuidados de enfermagem. Isso leva a um outro questionamento: o ofício da enfermeira é reafirmar que o indivíduo está doente ou incapaz, estabelecendo prescrições (paradigma racional-tecnológico), ou promover o pensamento crítico, que empodera as pessoas e atribui sentido às suas escolhas (paradigma sociocrítico)?

A lógica destas reflexões é de que a educação em saúde de base sociocrítica repercute positivamente no estímulo ao pensamento crítico das pessoas, pois constrói um processo subjetivo que tem interface com o contexto histórico-cultural de cada um.

Concordano com Gadamer (1993), entendo que os sentidos da saúde e da doença não envolvem apenas a elaboração da ciência. Abrangem um contexto amplo, envolvendo valores, crenças, interações intersubjetivas, articulações políticas, éticas e filosóficas. O sentido é o que uma comunicação, situada em um contexto, desperta na consciência das pessoas, somado a uma totalidade de acontecimentos significativos. Ele é extraído do contexto em que a palavra surge, se o contexto muda, muda também o sentido. É nesse raciocínio que visualizo - em harmonia com Vygotsky (1987) - que as pessoas atribuem diferentes sentidos à saúde, os quais ancoram-se em significados culturais e refletem as percepções e as experiências vividas, configurando-se em uma ampla polissemia.

O sentido negativo de saúde (ausência de doenças) agride à totalidade do ser humano em sua relação com o mundo de vida (OLIVEIRA, 2005). A reorientação deste panorama, que gera um sentido positivo de saúde, requer a aproximação com o paradigma sociocrítico, a partir do subsídio de referenciais

ampliados, que contemplem a complexidade do fenômeno saúde e que considerem uma perspectiva social, crítica e política do processo educativo. É nessa perspectiva que entendo que ser saudável é sentir-se bem, sentir-se como um ser no mundo, sentir-se como uma totalidade humana.

No contexto do paradigma sociocrítico, a enfermagem constrói um conhecimento prático, que se edifica no encontro com as pessoas e seu entorno comunitário. O conhecimento configurado neste encontro diálogo chama a atenção para as injustiças e desigualdades derivadas de poderes imperantes da sociedade e fortalece nos cidadãos a capacidade de enxergar as contradições no sistema de saúde (por exemplo, a posição ingênua de seguir acriticamente um plano de cuidados) e agir criticamente (transitar para uma posição crítica e ativa, na qual se torna consciente e construtor de sua história).

A minha concepção sobre cuidado de enfermagem e educação em saúde levou a aproximar-me de um pesquisador que é referência internacional sobre enfermagem sociocrítica: José Siles Gonzáles, coordenador da linha de investigação *Cultura de los Cuidados*, do departamento de Enfermagem da Universidade de Alicante (UA). O primeiro contato que realizei com o Dr. Siles foi ainda antes de iniciar o doutorado, em fevereiro de 2013, quando estive na UA expondo minha intenção de aprofundar meus conhecimentos sobre a enfermagem no contexto do paradigma sociocrítico.

1.1 O Doutorado em Cotutela

Na primeira fase do doutorado (março de 2013 a agosto de 2015) realizei as disciplinas do doutorado em enfermagem da UFPel (74 créditos), um semestre de docência orientada e a coleta de dados da pesquisa. Aos mesmo tempo, iniciamos a construção do *Convênio de Colaboração Universitária Internacional* entre a *Universidade Federal de Pelotas (Brasil)* e a *Universidade de Alicante (Espanha)* e do *Convênio específico para defesa de tese de doutorado em regime de Cotutela Internacional*. Este último, exigiu um longo esforço por parte de vários departamentos, pois a UFPel ainda não possuía resolução que possibilitasse a validação de uma cotutela. Após alguns

encontros com a Coordenação de Relações Internacionais (CRInter) e com a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG), foi aprovada a resolução nº 33, de 04 de dezembro de 2014, que regulamenta a tramitação de propostas de cotutela entre a UFPel e Instituições de Ensino Superior.

Também durante este período, submeti ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) um projeto de Doutorado *Sandwich* no Exterior, o qual foi aprovado em dezembro de 2014.

Em setembro de 2015, iniciei as atividades do doutorado na UA. Para a obtenção do título de doutora por esta instituição, matriculei-me no *Doctorado en Ciencias de la Salud* da *Escuela de Doctorado de la Universidad de Alicante* (EDUA), *Departamento de Enfermería*, linha de investigação *Cultura de los Cuidados*. A partir disso, foram registrados oficialmente Maria del Carmen Solano Ruiz como minha tutora de tese e José Siles González como meu diretor de tese.

No decorrer dos nove meses na UA (setembro/2015 - maio/2016), realizei todas as disciplinas obrigatórias e algumas optativas da EDUA e do Doutorado em Ciências da Saúde, totalizando onze disciplinas/seminários, listadas a seguir:

1. Herramientas para la gestión y recuperación de la información;
2. Fines y objetivos de la investigación;
3. Modelos de comunicación científica;
4. Modelos de transferencia del conocimiento;
5. ¿Cómo financiar un proyecto de investigación?;
6. Heurística, organización documental y archivos relevantes para la historia de la enfermeira;
7. Análisis cualitativo de la información con ordenador;
8. Revisiones sistemáticas de la literatura científica y metaanálisis;
9. Cómo divulgar tu proyecto de investigación en un vídeo de 60”;
10. Seminarios J (proyectos de tesis);
11. Movilidad (Doctor Internacional).

Além das atividades curriculares, realizei três visitas técnicas à instituições de ensino, pesquisa e assistência à saúde da Espanha: Fundación

Index, Granada/Espanha; Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada/Espanha; Centro de Salud de San Vicente del Raspeig.

Em novembro de 2015, participei da II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería: el impacto social del conocimiento, ocorrido em Granada/Espanha. Em fevereiro de 2016 participei de uma reunião na Universidade Miguel Hernández (Elche, Espanha) com o vice-reitor Fernando Borrás, para discutir internacionalização institucional.

Durante o período na UA, realizei discussões semanais com meu *director de tesis*, sobre a literatura pertinente ao tema, conceitos, teorias e autores harmônicos com a enfermagem sociocrítica. Isso resultou no aprofundamento teórico sobre os conceitos e bases teóricas de pensamento crítico e sobre o referencial teórico da enfermagem sociocrítica. Quanto ao caminho metodológico para a organização e análise dos dados da tese, discutimos a pertinência do *Modelo Estructural Dialético de los Cuidados* (MEDC) para meu objeto de estudo. Este modelo foi desenvolvido durante a tese de doutorado do Dr Siles e vem sendo empregado em teses da linha de investigação *Enfermagem e Cultura dos Cuidados* da Universidade de Alicante. No Brasil, o MEDC ainda não foi aplicado em teses ou dissertações.

A integração na Universidade de Alicante também me proporcionou desenvolver parcerias com pesquisadores, ministrar aulas, acompanhar disciplinas na modalidade de ouvinte, realizar cursos, acompanhar defesas de teses, conhecer a realidade de ensino, pesquisa e assistência da Espanha, entre outras atividades.

O privilégio de realizar o doutorado em cotutela foi uma experiência enriquecedora, profissional e pessoalmente. Esta oportunidade me permitiu conhecer outras bases teórico-metodológicas, experimentar diferentes processos de formação e trabalho acadêmico, além de criar parcerias com pesquisadores de distintas instituições.

O contato com outros costumes e valores culturais, peculiaridades da rotina diária alicantina e construção de amizades foi uma oportunidade única e indescritível. O calor e a receptividade de cada pessoa neste período foi meu estímulo e inspiração para permanecer nove meses longe de meu país.

A soma de tudo isso foi um crescimento difícil de expressão em palavras. Faz parte de mim como docente, pesquisadora, enfermeira, e, sobretudo, cidadã crítica e reflexiva.

2 PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A educação ocupa posição de destaque nos processos de desenvolvimento e construção da sociedade é essencial para a qualidade de vida das pessoas (EU, 2013). Organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) reconhecem o potencial das escolas para construir uma educação de qualidade e também promover a saúde das pessoas (MONSALVE, 2013).

No Brasil, a iniciativa de inserir a saúde no espaço escolar não é algo recente. A partir de 1950 até o início dos anos 2000, houveram muitas iniciativas que pretendiam aproximar a saúde do espaço escolar. Contudo, essas experiências tiveram ênfase na transmissão de informações sobre cuidados de higiene e primeiros socorros e na assistência médica e odontológica. Esse período foi marcado pela chamada psicologia “medicalizada”, a qual deveria solucionar os “desvios” e “déficits” ligados ao comportamento e à capacidade de concentração e aprendizagem (BRASIL, 2007).

O resultado disso foi a conformação de um modelo biologicista de cuidado e educação em saúde escolar, o qual enfatiza a prática clínica e conhecimento técnico. Essa compreensão alimenta uma relação opressora entre os interlocutores, que não permite ao oprimido perceber a complexidade do processo saúde doença e agir criticamente. E mais que isso, na condição de oprimido, o cidadão não interpreta as contradições da sociedade e as relações de poder que o mantém alienado. Desconstruir a ingenuidade fortalecida por um paradigma racional-tecnológico é viável pela educação de propósito emancipatório, que permite a ressignificação dos sentidos produzidos sobre saúde e a luta por melhores condições de vida.

Em uma abordagem contemporânea de saúde, surgem outros modos de entender o estreito vínculo entre a educação e um viver saudável, que se centram no conceito de pensamento crítico. Há diversos referenciais teóricos que direcionam a utilização do pensamento crítico na enfermagem e em outras áreas. A definição que guiou o desenvolvimento desta pesquisa é a apresentada por Habermas (2014), o qual entende o pensamento crítico como a construção de uma consciência crítica, orientada para o empoderamento dos cidadãos.

Nas últimas décadas, materializaram-se no plano das políticas públicas e programas sociais brasileiros, diferentes iniciativas voltadas à redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida de comunidades e populações vulneráveis (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009). Muitas destas iniciativas consideram a escola como um território fértil para o desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e de educação em saúde. Considerando a relação destas ações com a qualidade de vida e defesa de direitos humanos, a escola apresenta-se como um cenário privilegiado para que os cidadãos se apropriem de conhecimentos que levem ao seu desenvolvimento crítico e político e à construção de maneiras de conhecer e intervir no mundo de modo autônomo.

A perspectiva das políticas públicas e dos programas sociais é de fortalecer a articulação entre os setores, como foi enfatizado na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e reafirmado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nesta lógica, o Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), na perspectiva de promover o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, com a finalidade de prestar atenção integral à saúde de todos aqueles inseridos na rede básica de ensino junto à Estratégia Saúde da Família (ESF). As ações do PSE são desenvolvidas nos territórios definidos segundo a área de abrangência das ESF, possibilitando a criação de vínculos entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (BRASIL, 2007).

Inserida na interface saúde-educação, a enfermeira tem a possibilidade de desempenhar um papel social importante de formação crítica e política dos escolares. O PSE apresenta um caráter inovador, pois além de propor uma

atuação que rompe com o caráter unicamente assistencialista e biológico, preconiza a intersectorialidade como mecanismo das ações em saúde.

O estudo de Cavalcanti *et al.* (2015) identificou inconsistências na implementação do PSE levando em consideração seus pressupostos, especialmente a promoção da saúde. A pesquisa aponta que o PSE tem contribuído para a melhoria do aspecto assistencial dos escolares, porém, a participação social, o empoderamento e a utilização de ações multiestratégicas seguem como um importante desafio a ser enfrentado pelo Programa.

Corroborando com os resultados de Cavalcanti *et al.* (2015), em pesquisas realizadas por diversos autores, como Barreto *et al.* (2016), Faria *et al.* (2013), Closs *et al.* (2013), Paiva (2012), Pires *et al.* (2012), Silva e Rodrigues (2010), foram identificadas problemáticas semelhantes no processo de condução das propostas educativas em saúde. A compreensão do que é saúde, cuidado e educação em saúde por parte dos profissionais é apontada como um dos entraves. Os profissionais consideram como algo importante a ser trabalhado no ambiente escolar, porém, apresentam uma visão limitada, resumindo-a ao desenvolvimento de palestras e ações pontuais para responder a uma demanda clínica e quantitativa.

A nível internacional a realidade não é diferente. As pesquisas realizadas no âmbito da saúde escolar em diversos países decorrem da lógica racional-tecnológica, visto que os estudos partem do interesse em conhecer uma situação de doença que pode interferir na saúde e na aprendizagem. A ênfase destas pesquisas são realidades como a dificuldade de aprendizagem em crianças com dor crônica (AGOSTON *et al.*, 2016), o papel da educação em saúde escolar no auxílio à identificação e controle da asma entre crianças e adolescentes (URRUTIA-PEREIRA *et al.*, 2017), análise da situação nutricional de crianças e adolescentes (NAOTUNNA *et al.*, 2017), o conhecimento de fatores que influenciam no risco de suicídio entre adolescentes LGBT (WILLGING *et al.*, 2016), a prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos (FERREIRA *et al.*, 2010), e a transmissão de informações sobre saúde sexual e reprodutiva para diminuir taxas de gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (MARIA *et al.*, 2017).

O interesse investigativo destes estudos é de conhecer o problema e propor estratégias clínicas para a sua resolução. Isso mostra que as concepções de saúde e educação na contemporaneidade têm suporte nas ciências naturais, que construíram um saber especializado, fundamentado no paradigma positivista ou racional-tecnológico. Este paradigma, ainda predominante, tem forte presença na educação, pesquisa e cuidado de enfermagem. Assim, produziu-se um entendimento de saúde como ausência de doenças, e não como um fenômeno complexo e sistêmico que produz sentidos de bem-estar, felicidade e qualidade de vida.

O resultado disso é a conformação de um modelo biologicista de cuidado, que enfatiza a prática clínica e conhecimento técnico. Este modelo sustenta a dicotomia “*expert*” (profissional que detém o conhecimento e determina a conduta terapêutica) e “leigo” (cidadão que segue acriticamente uma prescrição). Por isso, embora a atuação da enfermeira busque o bem-estar, não permite a problematização dos fenômenos e o pensamento crítico dos cidadãos. Mas como romper esta lógica e transitar para outra?

A transição de um cuidado como elemento técnico para um cuidado como meio de empoderamento toma forma na contemporaneidade da enfermagem, que projeta outras posições para os atores do cuidado. A enfermeira transforma-se em um agente facilitador dos cuidados e da transformação de realidades sociais. A ideia de paciente/leigo dá espaço a um cidadão que tem voz, sentimentos, senso de pertencimento a uma cultura e um entendimento próprio de saúde (SILES, 1997).

A quebra da dicotomia *experts*-leigos e o reposicionamento destes atores gera uma concepção de cuidado que se harmoniza com a construção de conhecimento sociocrítico com intenção emancipatória. O propósito desta vertente é de compreender as experiências, vivências e concepções de saúde dos cidadãos, para construir coletivamente um plano de cuidados. Nesse sentido, o cuidado tende à valorização da prática reflexiva e do pensamento crítico das pessoas, em um processo gradual de empoderamento.

Essa perspectiva emancipatória de ciência toma forma com Habermas, filósofo da Teoria Crítica da Escola de Frankfurt, que mudou a concepção de ciência estabelecida até então. Ele teceu críticas contra a noção do

conhecimento científico como estando isento de valor e interesses. Assim, para cada categoria de pesquisa Habermas indica a conexão com um interesse específico: o enfoque das ciências experimentais incorpora um interesse técnico; o das ciências histórico-hermenêuticas incorpora um interesse prático e o enfoque das ciências críticas incorpora um interesse emancipatório (HABERMAS, 1972).

Dependendo da perspectiva da pesquisa, se prioriza algumas categorias de conhecimento da realidade, se definem intencionalidades, concepções e caminhos metodológicos. Cada um desses interesses de conhecimento têm por traz um determinado paradigma, ou seja, uma visão ontológica, epistemológica, metodológica e ética que orienta o investigador sobre como conduzir o estudo.

No campo da enfermagem, Siles (1997) propõe três grandes paradigmas que se constituem em um marco ideológico da ciência e da enfermagem: o paradigma racional-tecnológico, que incorpora a lógica das ciências experimentais; o paradigma hermenêutico/interpretativo, que integra o olhar das ciências histórico-hermenêuticas; e o paradigma sociocrítico, que engloba o prisma das ciências sociais e críticas.

A partir deste paradigma racional-tecnológico, os profissionais da saúde realizam o diagnóstico, prescrevem tratamento e prestam cuidado. No entanto, a interação entre as pessoas e os profissionais durante um tratamento requer o exercício da natureza intersubjetiva do cuidado. Daí decorre a necessidade de incluir ao conhecimento e à prática da enfermeira a comunicação, reflexão e pensamento crítico. O paradigma sociocrítico, por seu interesse emancipatório, refere-se à construção de um conhecimento de enfermagem vinculado com a ação, que possui a finalidade de libertar os seres humanos de contextos de opressão.

Das reflexões ancoradas nos princípios teóricos de Habermas, Siles (1997) criou o conceito de enfermagem sociocrítica, entendida como uma profissão social imersa em um processo dialético e subjetivo, cuja finalidade é a construção de novas realidades sociais e de saúde. Nesta perspectiva, as enfermeiras que atuam no PSE podem elaborar seu plano de ações através da interpretação, negociação e consenso com a os escolares. A construção de

uma cultura de cuidados sociocrítica para a enfermagem significa munir o sujeito de uma linguagem crítica. É o caminho que permite o indivíduo analisar seu contexto de vida, o que resulta em um processo gradual de empoderamento e transformação de realidades.

Em face disso, o quadro teórico de Siles e de Habermas colaboram para reinterpretar a educação em saúde e reorientar a atuação da enfermeira na saúde escolar, a partir da construção crítica, ativa e coletiva de conhecimentos e ações em saúde (SILES, 2009). A originalidade desta tese ancora-se em três pontos: *i)* na utilização do quadro teórico da Enfermagem Sociocrítica e do Modelo Estrutural Dialético do Cuidados, ainda pouco utilizados fora do contexto Espanhol; *ii)* no empenho desta lente para olhar a atuação de enfermeiras no Programa Saúde na Escola; *iii)* na análise das ações educativas de enfermeiras vinculadas ao Programa Saúde na Escola do município de Pelotas, até então não realizada.

Somado a isso, vale destacar que poucas teses brasileiras relacionadas à “Conhecimentos, atitudes e prática em saúde” e “Enfermagem”, presentes no Banco de Teses da CAPES (BTC) e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) possuem elementos do paradigma sociocrítico em sua construção.

De um total de 320 teses (sem recorte temporal), somente 19 (6%) apresentam elementos do paradigma sociocrítico, dentre os quais destaca-se o emprego de investigações participativas (principalmente pesquisa-ação); o uso de técnicas de coleta de dados que permitem a interação entre pesquisador e participantes (como grupos focais, oficinas e círculos de cultura); e referenciais teóricos que permitem analisar os fenômenos em sua complexidade, como Paulo Freire, Jürgen Habermas e Edgar Morin. Destas 19 teses, nenhuma fez referência explícita ao paradigma sociocrítico como lente de interpretação do fenômeno estudado e nenhuma analisou as ações educativas de enfermeiras vinculadas ao Programa Saúde na Escola.

A partir do exposto, a questão norteadora desta pesquisa é: Quais os entraves e os potenciais de construção do pensamento crítico a partir de ações educativas de enfermeiras, no contexto da saúde escolar?

4 OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar e compreender os entraves e os potenciais de construção do pensamento crítico a partir de ações educativas de enfermeiras, no contexto da saúde escolar.

Objetivos específicos

Identificar as ações realizadas por enfermeiras na educação em saúde escolar;

Conhecer as dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras na construção do pensamento crítico em saúde com escolares;

Analisar a cultura de enfermagem imperante na construção do pensamento crítico;

Explorar possibilidades de (re)construção de ações educativas com escolares, a partir dos pressupostos do paradigma sociocrítico.

5 ANTECEDENTES E ESTADO ATUAL DA LITERATURA

A proposta desta revisão de literatura é refletir e revisitar a história pertinente ao objeto de estudo desta pesquisa, no intuito de raciocinar sobre alguns questionamentos: Como se constituiu a trajetória dos modelos explicativos do processo saúde-doença e quais são seus reflexos nos processos educativos? Como a enfermagem tem atuado no âmbito da saúde escolar? Quais são as políticas públicas e os programas de saúde escolar e quais processos de cuidado elas tem propiciado? Como a construção do conhecimento científico tem influenciado historicamente a concepção de saúde, cuidado e educação? Quais são os paradigmas presentes na construção do conhecimento e na atuação dos profissionais de enfermagem? Quais são as possibilidades de construir processos educativos em saúde na perspectiva social e crítica? Quais são as bases teóricas de pensamento crítico na enfermagem Ibero-americana? Como estas bases teóricas influenciam nas práticas educativas em saúde? Há possibilidades de (re)construção de ações educativas com escolares, a partir dos pressupostos do paradigma sociocrítico? Qual suporte do paradigma sociocrítico para a transformação da enfermagem em uma ciência social, com propósitos emancipatórios?

Com o intuito fundamentar a reflexão sobre estes questionamentos, os antecedentes e o estado atual da literatura desta investigação foram organizados em quatro capítulos:

- i) A construção do conhecimento e os paradigmas científicos;
- ii) A enfermeira no contexto brasileiro da educação em saúde na escola;
- iii) A trajetória do conhecimento científico na enfermagem;
- iv) Bases teóricas de pensamento crítico na enfermagem Ibero-americana.

5.1 A construção do conhecimento e os paradigmas científicos

O paradigma representa um padrão a ser seguido no âmbito científico ou social. Na comunidade científica, são realizações universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções padronizadas para uma comunidade científica. Também pode ser considerado um conjunto de crenças, valores e teorias compartilhadas, sendo influenciado pelos fatores culturais, políticos, econômicos e sociais vigentes. Neste contexto, quando os fenômenos não se encaixam em um modelo específico, ocorrem as anomalias, gerando crise na ciência, condição para o surgimento de um novo paradigma (KUHN, 2013).

Para cada época, os modos de pensar e agir em distintas áreas do conhecimento são acompanhados de um paradigma (PEREIRA, 2002). Contemporaneamente, o paradigma científico que embasa a explicação dos fenômenos tem suas raízes no positivismo (VASCONCELLOS, 2002). No que se refere ao campo do cuidado e educação em saúde, as metodologias de ensino-aprendizagem tradicionalmente utilizadas pelas enfermeiras não têm dado conta das necessidades da população. Portanto, o componente histórico e cultural das pessoas precisa estar imbricado no pensar e agir dos profissionais da área.

A partir deste raciocínio, questiona-se como a construção do conhecimento tem influenciado historicamente a concepção de cuidado e educação em saúde. Assim, o propósito deste capítulo é discutir questões acerca dos paradigmas científicos, construção do conhecimento científico e sua interface com a enfermagem.

A evolução histórica mostra que os paradigmas científicos vão se modificando constantemente, e assim, transformam-se valores, crenças e conceitos acerca da realidade. Essas mudanças paradigmáticas estão diretamente relacionadas ao olhar e à vivência do observador. Os paradigmas são importantes porque fornecem um referencial que possibilita a organização da sociedade, em especial da comunidade científica quando propõe modelos para entender a realidade. Por outro lado, podem limitar a visão de mundo diante das necessidades encontradas, acompanhadas da dificuldade em

realizar um processo de mudança. A aceitação ou resistência a um paradigma reflete diretamente na abordagem teórica e prática da atuação dos profissionais em todas as áreas de conhecimento (BEHRENS; OLIARI, 2007).

A forma como o indivíduo percebe determinado fenômeno está vinculada ao paradigma adotado, resultando na forma como vai conduzir a interpretação desta realidade. Para Bartelmebs (2012), o paradigma determina até onde se pode pensar, uma vez que dados e teorias, sempre que aplicados a uma pesquisa, irão confirmar a existência desse paradigma.

Historicamente é possível identificar diferentes paradigmas epistemológicos que sustentaram o pensamento de uma época e contribuem para a construção de “certezas”, as quais, de acordo com o tipo de crença, tentam ser incontestáveis e estabelecer leis universais (MIRANDA, 2005).

Na Pré-história, todos os fenômenos da natureza eram atribuídos aos deuses, logo, a verdade era sobrenatural, revelada por inspiração divina. Este período caracteriza-se pelos mitos, que refletem na proposição do conhecimento (BEHRENS; OLIARI, 2007).

Nos séculos VIII a VI a.C., na Grécia Antiga, surge a Era da Teoria do Conhecimento Clássico. Nesta concepção, a natureza tem uma ordem, uma causa e um efeito e tudo se explica como parte da natureza. Neste período, o conhecimento científico caracteriza-se pela abordagem racional, discursiva e demonstrativa. Na Idade Média, do Século I ao século XIII, nasce a Teoria do Conhecimento, na qual a verdade se acessa pela fé, em especial, na crença a partir das Escrituras Sagradas. Logo, o conhecimento é visto como graça e iluminação divina. A racionalidade do pensamento é aceita, mas acima dele está a fé (teocentrismo) (BEHRENS; OLIARI, 2007).

Do século XIII ao XV, surge o Renascimento, período que se caracteriza pela recusa em aceitar a focalização no mito (Pré-história), na razão (Grécia Antiga) e na fé (Idade Média) como fontes de conhecimento. Neste movimento, o homem passa a ser o centro das ações, da expressão cultural, histórica e filosófica (BEHRENS; OLIARI, 2007).

Enquanto paradigma dominante da ciência moderna, o positivismo teve suas bases inicialmente estabelecidas no Renascimento, pois já se valorizava a observação e a experimentação como formas de investigação da natureza,

contudo, é no Iluminismo que este encontra sua principal raiz histórica (SANTOS, 2005). Na época da “filosofia das luzes” surgem as principais ideias que serviram de alicerce para esta corrente filosófica, como a valorização da razão como instrumento de eficácia dos objetos de conhecimento (BARROS, 2011).

Neste período, surgiram pensadores que tentavam ser incontestáveis e estabelecer leis universais, como a Teoria Heliocêntrica de Copérnico (XVI), as leis de Kepler das órbitas dos planetas, as leis de Galileu sobre a queda dos corpos, a ordem cósmica de Newton e o método indutivo de Bacon (MIRANDA, 2005). Em seguida, René Decartes reafirmou a ideia do conhecimento científico originário de um rigoroso processo metodológico, enfatizando a ideia da produção do conhecimento a partir da razão (SANTOS et al., 2011).

Assim, a ciência moderna passou a conceber a natureza como o reino da simplicidade e da regularidade, procurando desenvolver sobre ela observação e quantificação rigorosas. A quantificação converteu-se numa categoria privilegiada. A matemática passou a fornecer à ciência, não só o instrumento fundamental de análise, como também sua lógica de investigação, elegendo-se a pesquisa quantitativa como o procedimento canônico que viria permitir a descoberta das leis intrínsecas da natureza (FERREIRA, CALVOSO, GONZALEZ; 2002).

Com esse modelo, denominado posteriormente de reducionista, a busca pelo conhecimento passou ser orientada pelo estudo das partes que, ao serem unidas, fornecem uma visão do todo, modelo entendido nesse período como um mecanismo facilitador da produção do conhecimento. O método cartesiano tornou-se sinônimo de método científico a partir da Lei Universal da Gravidade de Isaac Newton (1700). No início do século XIX, Augusto Comte estendeu esses preceitos às ciências sociais ao declarar que há uma ordem natural imutável, através da qual o cientista social deve se pautar na geração do conhecimento, alimentando a ideologia da neutralidade científica (SANTOS et al., 2011).

Desde Decartes, ficou definida a separação entre sujeito e objeto do conhecimento, cabendo à filosofia as reflexões sobre o sujeito do conhecimento e à ciência o estudo do objeto. Assim, a ciência tradicional, com

seu paradigma de rigorosa objetividade, não tem tido lugar para tratar dos questionamentos sobre o sujeito, sua epistemologia, seu paradigma, procurando colocar a subjetividade do cientista “entre parênteses” (VASCONCELLOS, 2002).

As bases epistemológicas positivistas admitem uma única forma de conhecimento verdadeiro, embasado na experimentação e nas ideias puras, ou seja, trata-se de conhecimento científico concebido como verdade absoluta. O conhecimento que não se ajusta a esses modelos na modernidade é considerado não científico ou do senso comum (MIRANDA, 2005).

Para Minayo (2014), é a partir da inadequação dos métodos e técnicas utilizadas na busca do conhecimento da sociedade, que tem como características – ser dinâmica e histórica - e, portanto sujeita a transformações pela própria contradição que traz embutida, que surgem as críticas a esse modelo e novos paradigmas emergem para explicar a sociedade e suas relações com os fatos sociais.

Paulatinamente, evidencia-se que a ciência positivista não foi capaz de trazer o bem-estar prometido e que o progresso científico se transformaria em acesso e disputa pelo poder, utilizado de variadas maneiras pela hegemonia capitalista neoliberal e política. No início do século XX esta visão de mundo solidamente construída foi desestruturada por meio dos estudos do físico Albert Einstein, com a Teoria da Relatividade, e Max Planck, com a Teoria Quântica (AZEVEDO *et al.*, 2008).

Os anos da década de 1960 foram férteis em revoluções, em movimentos de contracultura intensificados nos anos de 70, e vários outros movimentos surgiram, em diversas esferas sociais, impulsionando discussões epistemológicas na perspectiva do surgimento de novos paradigmas. Este contexto de incertezas permitiu eclodir revolução científica proposta (AZEVEDO *et al.*, 2008).

Assim, transição paradigmática vivenciada é fruto da revolução científica iniciada pela física no século XX e pela crítica à ciência após a Segunda Guerra Mundial. Trata-se de uma crise de verdade e compreensão da realidade, que gera um descontentamento quanto às concepções e aos métodos existentes de olhar o mundo e de fazer sentido nele, processo esse

que dá origem a outras ideias e perspectivas em substituição (AZEVEDO *et al.*, 2008).

A discussão sobre epistemologia da ciência e paradigma é trabalhada por Thomas Kuhn, em sua obra “A Estrutura das Revoluções Científicas” publicada em 1962. Considerado pioneiro na história e filosofia das ciências, a obra de Kuhn tornou-se um marco no estudo do processo que leva ao desenvolvimento científico.

Kuhn (2013) se distancia da concepção tradicional do desenvolvimento científico, na qual a evolução ocorre como progresso contínuo, cumulativo e ininterrupto no sentido de uma maior verdade do saber. Para ele, o desenvolvimento do conhecimento científico abrange uma complexa relação entre teorias, dados e paradigmas, que sofrem modificações com o tempo e progridem no período de ciência normal. O autor atribui importância aos paradigmas, pois são esses que determinam os padrões de conhecimento e dirigem a forma das pessoas trabalharem. Assim, a revolução científica é um período de mudança de paradigmas e com ela muda-se a forma de olhar o mundo. Portanto, a ciência não é neutra, visto que a observação é feita sobre aquilo que é possível ver dentro de um paradigma (KUHN, 2013).

Ao propor uma nova visão de ciência, Kuhn (2013) elabora críticas ao positivismo lógico na filosofia da ciência, concebendo sua evolução de forma semelhante à história política, como uma sucessão de revoluções, rupturas, alterações e substituições de paradigmas. Assim, Kuhn analisa sua dinâmica de acordo com o seguinte percurso: uma sequência de períodos de ciência normal, nos quais a comunidade de pesquisadores adere a um paradigma, interrompidos por revoluções científicas (ciência extraordinária). Os episódios extraordinários são marcados por anomalias e crises no paradigma dominante, culminando com sua ruptura.

A estruturação de um paradigma é um processo complexo. A fase inicial de um paradigma, ou seja, antes de tornar-se dominante, é denominada de período pré-paradigmático, “marcado por debates frequentes e profundos a respeito de métodos, problemas e padrões de solução” (KUHN, 2013, p.73), ou seja, existe ampla divergência entre grupos de pesquisadores sobre crenças, concepções, formas de pensar, atuar e produzir conhecimentos.

A ciência normal é período em que o cientista atua dentro de um dado paradigma, aceito por uma comunidade científica. Os cientistas avançam, nesse período, dentro dos problemas que o paradigma adotado permite detectar. A ciência normal não tem como objetivo descobrir novos fatos ou inventar novas teorias, trata-se da resolução de enigmas, que devem ser resolvidos respeitando determinados limites dentro do paradigma em vigor. Assim, o paradigma constitui um conjunto de suposições teóricas que guiam a atividade científica, impondo-lhe modelos, padrões e limites (KUHN, 2013).

Para Tozzoni (2011), a educação de um cientista normal é desenvolvida principalmente com base em manuais e o aprendizado é destinado a preservar e disseminar a autoridade de um corpo já articulado de problemas, dados e teorias, fato esse que minimiza a capacidade de proposição de novas abordagens para antigos problemas.

Na atividade científica, não raro os membros de uma profissão experimentam várias dificuldades que não se acomodam na estruturação do paradigma em vigor, chamadas anomalias. Normalmente, tentam resolver essas situações com pequenas adequações, dentro do paradigma existente. Quando essas anomalias não são solucionadas desta forma, instala-se a crise (KUHN, 2013).

Apesar de existirem casos em que a anomalia não consegue ser assimilada pela atividade normal, muitas vezes, não basta que isto ocorra para que o paradigma ou a teoria sejam refutados. Uma nova teoria não surge facilmente, pois a tendência é defender o paradigma vigente negando as anomalias. Normalmente os cientistas defendem seu paradigma negando divergências. O abandono deste é simultâneo à adoção de outro, pois “rejeitar um paradigma sem simultaneamente substituí-lo por outro é rejeitar a própria ciência” (KUHN, 2013, p.109).

Somente quando a anomalia persiste por muito tempo, gerando um alto grau de insegurança nas atividades profissionais dos cientistas, podem-se verificar consequências danosas para o paradigma vigente. É, então, na possibilidade de se instaurar uma crise no paradigma vigente que a anomalia pode afetar a teoria vigente (TOZZINI, 2011).

Na fase de crise iniciam-se as investigações extraordinárias, que “conduzem a profissão a um novo conjunto de compromissos, a uma nova base para a prática da ciência” (KUHN, 2013, p. 25). As investigações extraordinárias permitem o surgimento de novidades na pesquisa e na ciência. Isso conduz a comunidade científica a novas formas de praticar sua ciência. Estes episódios, nos quais ocorre essa alteração de compromissos profissionais, são denominados revoluções científicas (KUHN, 2013).

Transpondo a leitura para a enfermagem, especificamente no campo do cuidado e educação em saúde, podemos pensar que o paradigma positivista, também denominado de racional-tecnológico, tem historicamente dominado a maneira como os profissionais se inserem no ambiente escolar. De acordo com Gonçalves *et al.* (2008), o saber teórico e prático das atividades de educação em saúde na escola realizadas por enfermeiras foi construído de acordo com o panorama histórico e ideológico de cada momento. Por isso, observa-se a tendência de realizar atividades fundamentadas na racionalidade técnica, com valorização do conhecimento científico.

Observam-se conquistas na área, como o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2009), contudo, é de consenso da comunidade científica (COSTA *et al.*, 2013) que as atividades ainda são desenvolvidas de forma distante da realidade cultural e com a utilização de metodologias pouco interativas, característica do paradigma racional tecnológico.

Diversas dissertações e teses apontam para a necessidade novas formas de praticar esse conhecimento científico. A preocupação tem sido em realizar alianças com diversos setores da sociedade e empregar metodologias ativas que despertem a criticidade dos sujeitos (CEOLIN, 2012; RASCHE, 2012; PAIVA, 2012; VALADÃO, 2004). Tais constatações levam a pensar na necessidade de um novo paradigma para pesquisar e operacionalizar no campo do cuidado e educação em saúde. A esse processo de insatisfação com as formas clássicas de intermediação e interpretação da realidade Kuhn (2013) denomina crise paradigmática, a qual é decorrente de anomalias que surgem dentro da ciência normal. O movimento de investigações sob um olhar diferenciado pode conduzir a uma nova base teórica e prática para a ciência da enfermagem.

5.2 A enfermeira no contexto brasileiro da educação em saúde na escola

Diferentemente do idealizado pelos referenciais sociais, críticos e emancipatórios, na prática dos profissionais de saúde, o cuidado se distancia da ótica sociocrítica e se aproxima do enfoque racional-tecnológico, pois, não raro, é compreendido como uma ação mecânica que possui locais específicos para tal, como centros de saúde e hospitais, locais distantes da realidade cultural das pessoas (SANTIAGO et al., 2012).

Tal ponto de vista, que fundamenta os sistemas de saúde ocidentais, está inserido na proposta do modelo biomédico, embasado na visão cartesiana do mundo, ou seja, entende que o homem, bem como o universo, funcionam como uma máquina. Assim, a doença é a deterioração temporária ou definitiva de um componente ou da relação entre os componentes de um corpo (CARVALHO; CARVALHO, 2006). O que se percebe como consequência desta lógica é o indivíduo visto como um objeto de intervenção tecno-científica (LUZ, 2005).

Essa perspectiva está presente na formação profissional, que enaltece o conhecimento técnico, e na educação, que salienta uma comunicação hierárquica reforçando a distancia entre os “experts” e os leigos do conhecimento. Como consequência, a educação em saúde é direcionada para a prevenção da doença, por meio da transmissão de informações relativas à higiene e hábitos saudáveis (GAZZINELLI et al., 2013).

Em concordância com o posicionamento de Oliveira (2005, 2011), o propósito desta perspectiva é a responsabilização do indivíduo, na ideia de autonomia construída individualmente. Nessa lógica, a autonomia é resultado da tomada de decisão quanto ao comportamento pessoal, o que pressupõe que o conhecimento esteja diretamente relacionado à mudança de comportamento.

É nesse sentido que se enxerga solução para muitos problemas de saúde pública na contemporaneidade, pois se entende que podem ser solucionados por meio do ensino sobre “comportamentos adequados” para a manutenção do estado de saúde “original” (OLIVEIRA, 2011). Essa perspectiva acarreta a “enformação” do sujeito (no sentido de colocar os indivíduos em uma

forma), produzida pelos imperativos da saúde por meio da uniformização de padrões de comportamento (OLIVEIRA, 2011).

Considerando os saberes e práticas em saúde como expressões da diversidade cultural (CARVALHO; LUZ, 2009), é fundamental que o cuidado à saúde não se reduza à nível individualista nem aos cenários tradicionais de assistência. Neste contexto, a escola tem representado um importante local para o encontro entre saúde e educação, abrigando amplas possibilidades de iniciativas, tais como atividades de educação em saúde e promoção da saúde (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

Durante a infância, época decisiva na construção de hábitos, atitudes, e valores, a escola assume um importante papel na formação da pessoa como cidadão. Os valores que se expressam na escola em seus diferentes aspectos, geralmente são apreendidos pelas crianças em sua vivência diária (FERNANDES; ROCHA; SOUZA, 2005). A escola é um território de convivência privilegiado para a educação em saúde, podendo contribuir na construção de valores, crenças, conceitos e maneiras de conhecer e perceber o mundo, que interferem diretamente no cuidado em saúde (BRASIL, 2008).

Entendendo o componente educativo como inerente ao processo de cuidar, a educação em saúde é parte intrínseca dos cuidados de enfermagem. Estes, por sua vez, são reconhecidos como essenciais no processo de empoderamento do sujeito no alcance de suas necessidades, tendo como propósito fundamental a promoção da saúde (ALVES, 2005; SILES, 2009; CEOLIN, 2011). A promoção da saúde, configurada a partir do Informe Lalonde (1974), foi retomada pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) e pela Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (1986) (BRASIL, 2002) como uma proposta fecunda para pensar um conceito amplo de saúde (BATISTELLA, 2007) e construir práticas de educação em saúde dialógicas e culturalmente sensíveis.

A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como o processo através do qual indivíduos são capacitados para o processo de construção da autonomia no cuidado à saúde (WHO, 1986). Para o projeto da promoção da saúde é central preparar os indivíduos para o cuidado de si, o que deve

acontecer por intermédio de ações educativas. A educação é, assim, indicada como a estratégia de excelência para a promoção da saúde (OLIVEIRA, 2011).

A educação em saúde vem sendo reconhecida como um componente essencial na profissão da enfermagem (LIMA, 1996; SILES, 2009; CEOLIN, 2012; COSTA, FIGUEREDO, RIBEIRO, 2013), e também é amparada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem ao mencionar que o profissional deve ter competência para 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).

Reconhecido o papel educativo da profissão, acredita-se na relevância da inserção da enfermeira na escola, no intuito de compartilhar conhecimentos sobre saúde. Contemporaneamente, a enfermeira tem incentivo para esta atividade por meio do Programa Saúde na Escola que tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (BRASIL, 2008).

Para entender adequadamente à proposta deste estudo, é preciso realizar uma leitura crítica do processo de educação em saúde presente na sociedade atual e problematizá-lo historicamente. Para essa discussão, a autora revisitou os *modelos explicativos do processo saúde-doença; a historicidade da educação escolar brasileira e as políticas públicas e programas de saúde na escola*.

5.2.1 Modelos explicativos do processo saúde-doença

No decorrer da história da humanidade, houve preocupação com o cuidado à saúde. A partir da observação do adoecimento da população, foram sendo criadas diferentes teorias interpretativas sobre o processo saúde-doença, que se constituem em expressões de determinadas maneiras de pensar o mundo e traduzem concepções filosóficas diversas (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Os modelos explicativos acerca do surgimento das doenças inicialmente se constituíram em interpretações unicasais, nas quais os fatores externos

exerciam papel fundamental para seu entendimento. Surgiu quando o homem não dispunha de meios para controlar a natureza, e buscava as causas das doenças em fatores externos, geralmente fundamentados na filosofia religiosa e metafísica (FONSECA, 1997).

Com o desenvolvimento tecnológico, o homem passou a ter maior controle nas explicações das doenças através da descoberta de microorganismos. Com o foco passando do empirismo para o experimental, as patologias passam a ser explicadas pelo funcionamento mecânico dos órgãos e por processos fisiológicos e bioquímicos que desencadeiam desequilíbrios (FONSECA, 1997).

O vigor das interpretações unicasais começam a perder força após a segunda Guerra Mundial, quando os países industrializados passam a vivenciar uma transição epidemiológica (diminuição de doenças infecto-parasitárias e aumento de doenças crônico-degenerativas), que sinaliza a associação de múltiplos fatores como causas das doenças. Algumas abordagens foram propostas a partir da teoria da multicausalidade, dentre elas, a História Natural das Doenças, que relaciona a coexistência três fatores no surgimento de enfermidades: agente, hospedeiro e meio ambiente (BATISTELLA, 2007).

A década de 1960 foi marcada pelas críticas ao modelo da história natural da doença e pela proposição de uma abordagem que considerasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade. Assim, o modelo da determinação social de saúde e doença procura articular diversas dimensões da vida, dentre elas aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária. A noção de causalidade é substituída pela de determinação do processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007).

A partir dessa breve retrospectiva, observa-se claramente o enfoque na concepção de doença, sendo ela causada por um ou mais fatores. O modo como os fenômenos de saúde e doença foram sendo compreendidos, a partir das sociedades industriais, descontextualizam o sujeito de sua constituição histórica e cultural. Concordando com o pensamento de Siles (2009), a compreensão do processo saúde-doença, fundamentado no paradigma

racional-tecnológico, produz a *tylorização* de programas estabelecidos, a desumanização das atividades e o entorpecimento de tentativas de inovação.

Durante muito tempo a saúde foi conceituada como ausência de doenças. O discurso com enfoque positivo de saúde é recente. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas ausência de doenças. Corroborando com Batistella (2007), entende-se que o bem-estar social da definição veio de uma preocupação com a devastação causada pela guerra, assim como de um otimismo em relação à paz mundial. O conceito foi um importante avanço, contudo, apresenta-se pouco dinâmico ao definir a saúde como um estado de completo bem-estar, pois torna a saúde algo ideal, inatingível, dificultando sua utilização pelos serviços de saúde e pela população.

Os discursos construídos sobre saúde no decorrer da história, embora tenham sinalizado evoluções, tendem à fragmentação do cuidado, pois mesmo considerando várias dimensões envolvidas no processo saúde-doença, realizam a análise destas de forma isolada. Outra questão importante que ficou marginalizada foi a dimensão cultural da saúde, pois entende-se que as pessoas realizam suas escolhas de acordo com seus valores pessoais e sua história de vida.

5.2.2 A historicidade da educação escolar brasileira

Rossato (1993) analisa a historicidade do sistema educacional brasileiro, revelando que este sofreu a influência de culturas estrangeiras, primeiramente francesa e após a norte-americana, países que eram tidos como “modelos” de desenvolvimento econômico e científico. A trajetória da educação no Brasil é sintetizada por Saviani (2005) em seis períodos:

- i) O primeiro período (1549-1759) é dominado pelos colégios jesuítas;
- ii) O segundo período (1759-1827) está representado pelas “Aulas Régias” instituídas pela reforma pombalina, como uma primeira tentativa de se instaurar uma escola pública estatal inspirada nas ideias iluministas segundo a estratégia do despotismo esclarecido;

iii) O terceiro período (1827-1890) consiste na primeira tentativa de organizar a educação como responsabilidade do poder público, representado pelo governo imperial e pelos governos das províncias;

iv) O quarto período (1890-1931) é marcado pela criação das escolas primárias nos estados na forma de grupos escolares, impulsionada pelo ideário do iluminismo republicano;

v) O quinto período (1931-1961) se define pela regulamentação, em âmbito nacional, das escolas superiores, secundárias e primárias, incorporando crescentemente o ideário pedagógico renovador;

vi) No sexto período, que se estende de 1961 aos dias atuais, dá-se a unificação da regulamentação da educação nacional abrangendo a rede pública (municipal, estadual e federal) e a rede privada as quais, direta ou indiretamente, foram sendo moldadas segundo uma concepção produtivista de escola.

Concordando com Saviani (2005), observa-se que ao longo de quase quatro séculos (abarcando, portanto, os quatro primeiros períodos) as instituições escolares no Brasil constituíram um fenômeno restrito a pequenos grupos (privilegiados economicamente). Foi somente a partir da década de 1930 que se deu um crescimento acelerado emergindo, nos dois últimos períodos, a escola de massa.

A estrutura política do Brasil, mesmo depois da extensão do ensino como direito de todos os cidadãos, sempre teve o cuidado de manter duas posições bem definidas: um pequeno grupo de privilegiados e uma grande massa de oprimidos do sistema econômico e educativo.

A conformação de uma sociedade de classes em todo o processo histórico brasileiro (Período Imperial, Republicano, Militarismo e abertura democrática) procurou manter a alienação das massas. A massa trabalhadora é o alicerce do país, e por isso, precisa ser mantida em uma condição “ignorantizada”, para permanecer imóvel.

A classe trabalhadora é quem mantém a sociedade, é quem financia o Estado, pois é quem trabalha e consome. Para a manutenção de um mercado capitalista neoliberal, é essencial negligenciar a educação, como em um sistema escravagista: o escravo não pode saber ler porque se ele se informa,

ele se revolta. Por isso, a massa trabalhadora é “usada” pelo sistema capitalista, é mantida invisível, tem seus direitos humanos negados sem ao menos perceber.

O desenvolvimento da educação escolar brasileira esteve atrelado ao panorama histórico-ideológico de cada momento (GONÇALVES *et al.*, 2008). Portanto, parece ser coerente considerar que a educação escolar contemporânea tem influência dos ideais do modelo de sociedade capitalista e o paradigma positivista de construção do conhecimento. Assim, constituição de valores sobre cuidado, educação e saúde seguem uma perspectiva racional tecnológica.

Consequentemente, a saúde é trabalhada na escola pelo uso de metodologias pouco interativas e permanece centrada no estudo de patologias, prescrição de hábitos de higiene e comportamentos (RASCHE, 2012).

Em um processo educativo, é importante manter uma comunicação contextualizada com o educando. Então, não é frutífero falar com o outro utilizando linguagem acadêmica e científica. Essa linguagem configura-se em um “muro” que barra a chegada do conhecimento à maioria.

Como cidadãos, precisamos entender que quando estamos diante de um ser humano que não teve oportunidade de alfabetizar-se nem condições de vestir-se e higienizar-se de acordo com as normativas sociais, não estamos diante de um ser inferior, pois estamos diante de uma vítima invisibilizada pelo Estado. Portanto, os cidadãos “esclarecidos”, que tiveram seus direitos humanos repetidos, tem reponsabilidade com os “invisíveis”, e não superioridade. Os esclarecidos e conscientes precisam mostrar aos “invisíveis” quem eles são, visto que não possuem consciência de sua força.

Aproximando essas discussões de referenciais do campo educacional, pode-se dizer que essa forma de ensino está fundamentada em um modelo tradicional de educação, denominado por Paulo Freire de Educação Bancária. Esta, dificilmente exerce função social significativa, pois tende a valorizar o conhecimento científico e desconsiderar o saber popular dos sujeitos, construído no seu contexto histórico-cultural. Tal concepção conduz à formação de indivíduos acríticos e submissos à estrutura de poder vigente (FREIRE, 2005).

Criticando a monocultura do saber científico, Boaventura fala sobre a necessária aproximação da ciência com a sociedade, a partir de uma nova configuração ao saber, proveniente da transformação tanto do senso comum como da ciência. Acredita que a ciência, ao sensocomunicar-se, produz sabedoria de vida, de igual modo, o senso comum, ao dialogar com conhecimento científico, pode ampliar sua dimensão libertadora (SANTOS, 1989).

A aproximação de saberes também tem interface com o posicionamento de Siles (2009), pois, de acordo com o autor, a educação em saúde precisa envolver, por um lado, as dimensões culturais, e, por outro, é preciso “dar voz” às pessoas, conferindo, desta forma, caráter participativo ao processo.

O pensamento de Boaventura e de Siles pode ser relacionado com a proposta da educação libertadora ou problematizadora de Paulo Freire, pois seus pontos de vista vão de encontro ao modelo tradicional de ensino. Freire (FREIRE, 2011) propunha a construção do saber de forma conjunta, na qual o educador se aproxima dos conhecimentos prévios dos estudantes, para estimular neles o questionamento de novos saberes e estimular o empoderamento diante das situações de vida.

O empoderamento, que emerge das relações sociais, desenvolve-se à medida que o ser humano problematiza a realidade, vai se conscientizando e descobrindo ideologias. A conscientização estimula no sujeito o poder para transformar as relações sociais de dominação em libertação, autonomia (GUARESHI, 2008).

5.2.3 Políticas públicas e programas de saúde na escola

O estudo de Casemiro, Fonseca e Secco (2014) realizou um panorama sobre saúde escolar no contexto Latino Americano, no período de 1995 a 2012. A revisão identificou que as temáticas prevalentes das ações foram alimentação, atividade física, doenças cardiovasculares, saúde bucal, oftalmologia, saúde sexual e reprodutiva, doenças parasitárias e uso de drogas.

Os autores expõe que o cenário Latino Americano revela a persistência de iniciativas centradas na doença, ações de triagens, construção de perfis epidemiológicos e estratégias educativas relacionadas à transmissão de conhecimentos sobre prevenção, higiene e primeiros socorros. Em sua maioria, têm sido atividades que, desconsiderando o contexto local e o espaço da vida, apresentam uma lista de regras de controle de riscos nem sempre possíveis de serem vivenciadas, que acabam por culpabilizar a população pelo seu não cumprimento (CASEMIRO, FONSECA E SECCO, 2014).

De acordo com Brasil (2006), a percepção dos países sobre o conceito de saúde escolar e de promoção da saúde vem lentamente mudando. A década de 80 foi marcada por críticas do setor educação em relação ao setor de saúde de que este não utilizava a escola como uma aliada, uma vez que o modelo de educação em saúde tradicional é pouco efetivo para promover a saúde da população.

A essas informações, somou-se o Informe Lalonde (1974), que apoiou a formulação das bases da promoção da saúde e da estratégia para criação de espaços saudáveis e protetores. No início dos anos 90, diante das propostas do setor de educação, da crescente crítica de pouca efetividade da educação em saúde nas escolas e do fortalecimento das políticas de promoção da saúde, o Ministério da Saúde recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, com o objetivo de integrar as ações de saúde na comunidade educativa. Durante os anos 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, que prevê a transformação do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculo e parceria com a comunidade de abrangência (BRASIL, 2006).

Para Spazziani (2001), mesmo diante de novos conceitos e direcionamentos, a saúde na escola ainda tem sido construída sob um discurso que defende boas condições de saúde para combater o chamado “fracasso escolar”. Assim, a forma como os programas de saúde desenvolveram-se absorve como princípio básico a medicalização. Uma das consequências desse pensamento é a presença de um discurso hegemônico nas questões relacionadas à saúde, considerando os problemas do processo ensino-aprendizagem como patológicos.

Sob a influência do conceito de saúde como ausência de doenças, os conteúdos priorizam os aspectos biológicos das questões da saúde, deixando de considerar a contribuição de outras disciplinas, como as desenvolvidas pelas Ciências Humanas. Assim, o processo pedagógico centraliza-se na utilização do método científico e na transmissão quantitativa de conhecimentos, que são insuficientes para responder às demandas da realidade social (SPAZZIANI, 2001).

As Diretrizes Nacionais Curriculares (DNC) de 1997 orientam a inclusão do tema saúde de maneira transversal no currículo escolar, ou seja, deve permear todas as disciplinas para ser contemplado em sua complexidade (BRASIL, 1997). Tal proposição realoca as discussões numa tendência de adequar o processo ensino-aprendizagem das disciplinas convencionais ao contexto cotidiano do aluno (SPAZZIANI, 2001).

Na perspectiva de aproximação entre educação e saúde, evidencia-se a ESF como uma maneira de avançar na aliança com outros setores, bem como na construção de ações promotoras de saúde e participação efetiva da comunidade local (VIEIRA, 2013). Objetivando essa integração, o Programa Saúde na Escola (PSE) surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde e educação de forma integrada (BRASIL, 2007).

As ações de educação e saúde do PSE ocorrem nos territórios pactuados entre os gestores municipais de educação e de saúde definidos segundo a área de abrangência das equipes de saúde da família. As atividades do programa necessitam estar pactuadas no projeto político-pedagógico das escolas. Esse planejamento precisa considerar: o contexto escolar e social e o diagnóstico local de saúde do educando (BRASIL, 2008).

O PSE parte do princípio de que as questões relativas à promoção da saúde devem ser desenvolvidas para além dos serviços, uma vez que as práticas de promoção da saúde inserem-se em diferentes espaços sociais, a exemplo das escolas. Entretanto, essa inserção não se torna efetiva do ponto

de vista intersetorial apenas pela aproximação geográfica da saúde com esses outros espaços. É fundamental considerar que as pessoas e a comunidade que elas formam, expressam distintas representações e se constituem em práticas e atuações diversas (BRASIL, 2008).

Em seu texto, o programa refere a escola como um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes. Distingue-se das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos (BRASIL, 2008).

Essa dinâmica cultural da escola é extremamente potente, tornando-a um espaço de referência importante para crianças e adolescentes, que cada vez mais desenvolvem em seu âmbito experiências significativas de socialização e vivência comunitária, visto que a escola é considerada, por alguns, um espaço de transição entre o mundo da casa e o mundo mais amplo. Portanto, o ambiente escolar é instituinte de práticas socioculturais amplas que ultrapassam as fronteiras da escola em si mesma (BRASIL, 2008).

A atuação da enfermagem está diretamente vinculada a uma dimensão educativa do cuidado, desde o surgimento da enfermagem moderna no Brasil, por meio de atividades educativas sanitárias, iniciadas por médicos sanitaristas na década de 1920 (LIMA, 1996).

A enfermeira, por meio de ações educativas críticas, criativas e dialógicas, pode contribuir no processo de reflexão dos sujeitos sobre os fenômenos vividos, no intuito de fortalecer as pessoas seu desenvolvimento como cidadãos empoderados. Portanto, ela assume um papel social importante na medida em que se aproxima da realidade dos escolares através da

socialização de seu sistema de crenças, valores e práticas de cuidado (CEOLIN, 2012).

Ao delinear este debate em torno do processo de educação em saúde da enfermeira, defende-se que este apenas tem sentido se for culturalmente significativo, pois facilita a problematização de questões sobre o universo vivido da pessoa e pode despertar a conscientização e o desenvolvimento de ações cidadãs e libertadoras. Deste modo, um processo educativo sociocrítico pode estimular a construção da autonomia no cuidado do ser humano.

5.3 A trajetória do conhecimento científico na enfermagem

A enfermagem teve suas raízes a partir de práticas empíricas, em que as mulheres cuidavam dos doentes da família e cujos conhecimentos provinham do senso comum, do aprendizado recebido de seus ancestrais e da intuição (SANTOS *et al.*, 2011).

Como profissão, foi constituída, em meados do século XIX, por meio do trabalho de Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna ou Científica (SANTOS *et al.*, 2011). Instituída em plena vigência do paradigma positivista, da ascensão da indústria, do capitalismo e do modelo hospitalar, a construção conhecimento da profissão foi influenciada por esse modelo epistemológico (SOARES, 2007). Neste contexto, o processo investigativo na enfermagem nasceu pautado no modelo cartesiano (produção do conhecimento por meio da divisão do todo em partes) (LOPES, 2002).

Dessa forma, os princípios científicos adotados pela enfermagem até a segunda metade do século estiveram, predominantemente, ligados ao biológico. A partir de 1950, as pesquisas se voltaram para fenômenos de contextualização cultural, social e econômica, com repercussão no processo saúde-doença, destacando-se o conhecimento a partir das teorias de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2011).

Ao mesmo tempo em que passou a se reconhecer como uma prática social, a enfermagem começou sua busca pela compreensão das relações socioeconômicas, dentro de uma dialética social e histórica, em que as questões de poder influenciam diretamente a qualidade de vida e,

consequentemente, a saúde da população. Nesse contexto, surgiram novas perspectivas para a pesquisa em enfermagem, adotando-se desenhos qualitativos (SANTOS *et al.*, 2011).

No Brasil, início do século XX, a pesquisa em enfermagem seguiu a perspectiva de Nightingale, a partir da pela inserção de enfermeiras vindas dos Estados Unidos para auxiliarem no combate às epidemias que ocorriam no Brasil (LOPES, 2002; SANTOS *et al.*, 2011). Em 1922, foi criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, hoje, Escola de Enfermagem Ana Nery, implantada em 1923. A partir disso, se iniciaram os primeiros ensaios para a investigação científica brasileira. O primeiro instrumento de divulgação das informações de Enfermagem foi criado em 1932, denominado Annaes de Enfermagem, que, a partir de 1954, passou a chamar-se Revista Brasileira de Enfermagem (LOPES, 2002).

Algumas mudanças na pesquisa em enfermagem surgiram com a reforma universitária de 1968, que preconizava a indissociabilidade da pesquisa e ensino, como exigência para as universidades. Nesse período, em função do regime militar, grande ênfase foi dada ao desenvolvimento tecnológico e as técnicas da pesquisa quantitativa, que se fundamentavam no método de análise positivista (LOPES, 2002).

A partir desse evento, houve um grande avanço em pesquisa na enfermagem no Brasil. Em 1972 surge a Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem, com a criação do primeiro mestrado acadêmico na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Exatamente dez anos depois (1982), iniciava-se o primeiro doutorado em Enfermagem com o Programa Interunidades de Doutorado, por meio da parceria entre duas unidades da Universidade de São Paulo (USP), a Escola de Enfermagem da capital e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (SCOCHI; MUNIARI, 2012).

Apesar dos avanços e crescimento da visibilidade da enfermagem na comunidade científica, Siles e Solano (2009) esclarecem que a mesma se encontra em uma fase pré-paradigmática. Isso decorre de sua incipiente consolidação científica, sua falta de tradição investigativa, e, ao mesmo tempo, a sua dificuldade em construir de forma coerente uma autêntica e sólida rede

de identidade da ciência de enfermagem. A formação dessa rede supõe a existência de um suporte para organizar e apoiar a pesquisa em enfermagem, ou seja, a construção de um paradigma por meio do qual a comunidade científica observa seus objetos de estudo.

Portanto, a ciência está organizada em torno de um paradigma, uma “rede” que representa a matriz de disciplina (suposições, valores e crenças.). Este, aponta os problemas de investigação e orienta a adoção de teorias, referenciais e métodos para resolução dos mesmos. Nesta compreensão, se estabelece uma perspectiva mediante a qual são aceitos componentes básicos que integram o paradigma, o qual é compartilhado por uma comunidade científica (SILES; SOLANO, 2009).

Na atualidade, a produção científica no âmbito da enfermagem brasileira é de caráter predominantemente acadêmico, recebendo influências de paradigmas emergentes (SANTOS *et al.*, 2011). O avanço nas abordagens qualitativas de investigação marcou uma perspectiva epistemológica contrária à linha racional-tecnológica (MIRANDA, 2005), a partir da qual é difícil pensar em um processo de educação em saúde participativo, pois seus princípios são obstáculos para o estímulo do pensamento crítico e reflexivo.

Nesta vertente, é possível observar uma tímida ampliação metodológica na pesquisa e na assistência em enfermagem, que busca novos conceitos e relações. Dentre os métodos inovadores de pesquisa, vem sendo observado o emprego da pesquisa convergente assistencial, que une assistência e pesquisa, com o intuito de construir mudanças e inovações na prática (PAIM, 2008). Outro método é a pesquisa ação participante, que tem o intuito de buscar uma visão ampliada da realidade a partir da construção conjunta do conhecimento na qual pesquisador e pesquisado são ativos. Nesta proposta, os participantes da pesquisa são atores de suas ações. Existe uma preocupação sobre como as pessoas se enxergam e como atribuem sentido às experiências (MIRANDA, 2005).

É possível afirmar que essas abordagens têm localização epistemológica dentro do paradigma sociocrítico, pois vinculam teoria e prática a partir da perspectiva dos sujeitos. Deste modo, o processo investigativo pode ser mais flexível, no qual a relação do pesquisador com o pesquisado e seu

contexto é construída respeitando a realidade cultural, as necessidades e singularidades dos sujeitos na compreensão de sua realidade.

Métodos de pesquisa com vertente prática, crítica e reflexiva, culminam em contribuições significativas à realidade dos serviços de saúde e à população. Iniciativas como a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 1994), o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2008) e o Programa Mais Educação (BRASIL, 2009), apesar de terem sido constituídas em uma realidade histórica e social alicerçada no modelo de sociedade capitalista e no modelo científico racional-tecnológico, são uma alternativa para flexibilização de novos olhares sob o cuidado e a educação em saúde e em uma perspectiva intersetorial.

Essa perspectiva remete ao reconhecimento de novos paradigmas para a ciência da enfermagem, como o sociocrítico (SILES, 1997), no intuito de propor ferramentas que estimulem a participação ativa, a construção do pensamento crítico e a autonomia dos sujeitos no cuidado à sua saúde.

Para Miranda (2005), um paradigma epistemológico se constitui nas contradições histórico-culturais e na aceitação de diversas lógicas, as quais desencadeiam novas contradições, condição necessária à produção do conhecimento. Contudo, uma dificuldade na construção de novos paradigmas é a superação do pensamento linear e a instituição de formas de pensar flexíveis e culturalmente sensíveis. A produção do conhecimento nessa lógica deve se fundamentar na interface da subjetividade com a objetividade, que integra o sujeito e o objeto uma perspectiva dialética.

A partir deste olhar, acredita-se que a enfermeira pode realizar atividades educativas em espaços comunitários, como a escola, e não somente no interior dos serviços de saúde, uma vez que o envolvimento no interior da comunidade e com a colaboração de outros campos de saber potencializa o processo educativo. Esta perspectiva de trabalho intersetorial, interativo e próximo da realidade do sujeito constitui-se em uma nova tendência para o processo educativo sociocrítico.

5.4 Bases teóricas de pensamento crítico na Enfermagem Ibero-americana

A enfermagem vem transformando seus pressupostos epistemológicos no decorrer de sua história, em busca da definição de seu objeto de estudo, processo marcado por uma visão essencialmente positivista e biomédica do cuidado em saúde. O desconforto gerado por essa visão direciona à aglutinação dos fundamentos construtivistas das ciências sociais. Esse movimento teve influência de diversas correntes filosóficas que atribuíram um olhar mais complexo para enfrentar os desafios na área da saúde. Um exemplo claro disso é a Teoria Crítica, que defende o Pensamento Crítico (PC) como mecanismo de autonomia do ser humano (MOSQUEDA-DÍAZ A, VÍLCHEZ-BARBOZA V, VALENZUELA-SUAZO S, SANHUEZA-ALVARADO, 2014), e, por conseguinte, um cuidado emancipado.

Desde 1992, a enfermagem brasileira e Ibero-americana, em sintonia com a Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN) e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), reiterara a necessidade de incorporar o pensamento crítico e reflexivo no ensino de enfermagem. Essa demanda emerge da necessidade de prestar um cuidado humanizado e qualificado à população. Ao lado disso, enfatizam a importância de preparar os docentes para o ensino por meio de estratégias pedagógicas interativas. A finalidade destas orientações é de melhorar a qualidade da educação, do cuidado e do avanço da disciplina (HABERMAS, 2012).

Em decorrência destas orientações, a partir da década de 1990, vários autores (FACIONE, 1990; PAUL; HEALSLIPT, 1995; ALFARO-LEFEVRE, 2013) têm realizado investigações sobre PC. Na última década, sobretudo, tem-se observado um notável número de publicações discutindo o tema na enfermagem (OLIVEIRA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2015; VACEK, 2009; MORENO, 2014). Contudo, a literatura indica a necessidade de clarificar o conceito de PC na Enfermagem e as bases teóricas que o fundamentam (OLIVEIRA, 2016). A fim de identificar as bases teóricas que fundamentam os conceitos de pensamento crítico na enfermagem Ibero-Americana, nos últimos dez anos, foi realizada uma revisão integrativa de literatura.

A revisão foi desenvolvida em seis etapas (GANONG, 1987). A primeira foi a identificação do tema e a seleção da questão de pesquisa: Quais são as bases teóricas de PC utilizadas pela enfermagem Ibero-Americana, nos últimos dez anos? Na segunda etapa se estabeleceram critérios para inclusão e exclusão de estudos. Foram considerados critérios de inclusão: publicações que estivessem disponíveis online na íntegra, de acesso gratuito, em português, inglês ou espanhol, de abordagem qualitativa, publicados entre os anos 2006 e 2015, por autores da enfermagem de países Ibero-Americanos, que discutissem o tema PC e que apresentassem o conceito de PC ou conceitos nucleares e que fundamenta o mesmo, como prática reflexiva e consciência crítica. E, como critérios de exclusão: outras publicações (resumos, capítulos de livros, teses, dissertações, editoriais) artigos repetidos, publicados por autores de outras áreas e por países não Ibero-Americanos. Também foram excluídos artigos que não atenderam ao objetivo do estudo (publicações que não abordassem o tema PC e que não apresentassem os conceitos acima mencionados).

O levantamento das produções foi realizado em dezembro de 2015 por meio das bases de dados *Public Medline* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e a *Base de Datos Bibliográfica sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica* (Cuiden).

Para a pesquisa dos artigos, foi utilizado o descritor “Enfermagem” associado à palavra “Pensamento Crítico” (com o operador booleano “and”), os quais foram usados em inglês para PubMed e espanhol para SciELO e Cuiden. Na PubMed e na Cuiden foi utilizado o formulário avançado; no SciELO foi utilizado o formulário simples devido à limitação de publicações na primeira opção.

A partir da busca digital, foram localizadas 1654 publicações no período de 2006 a 2015, sendo 1489 na PubMed, 122 na Cuiden, 41 no SciELO e duas identificadas pelas referências. Desse total, foram descartados 1623 estudos que não atendiam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (Figura 1). Na presente revisão integrativa, foram analisados 31 estudos (15 localizados na PubMed, 11 na Cuiden e seis no SciELO) sendo todos artigos de periódicos. Para este processo de seleção, foram utilizadas as

recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (MORENO, 2014).

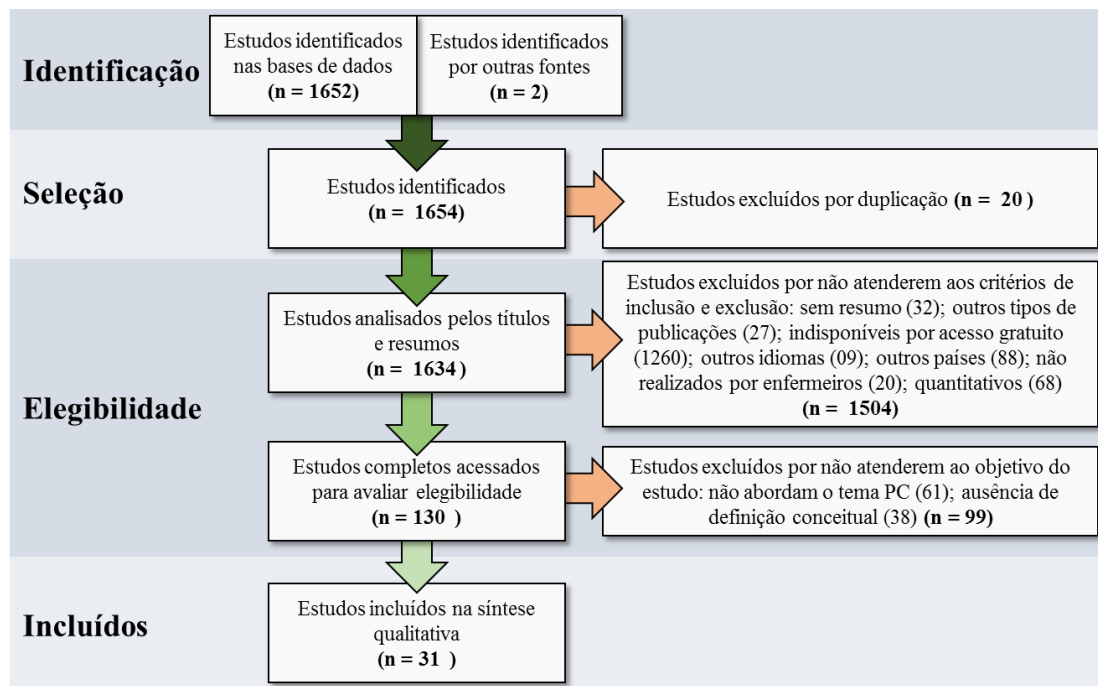


Figura 1 - Fluxograma da seleção das publicações para a revisão integrativa, baseado no modelo PRISMA.

A terceira etapa se constituiu na definição das informações a serem extraídas por meio da elaboração de um instrumento, contendo: título, país e ano de publicação, objetivo, tipo de estudo, conceito, base teórica e principais resultados.

A quarta etapa se caracterizou pelo preenchimento e avaliação do instrumento com os dados das publicações selecionadas, realizado por duas pesquisadoras. A quinta etapa consistiu na discussão e interpretação dos resultados obtidos, seguida da sexta etapa, com a apresentação das evidências encontradas.

Dentre as 31 publicações analisadas, a maioria é proveniente do Brasil (15), seguido de Espanha (6), México (5), Chile (3), Cuba (1) e Costa Rica (1) (Figura 2). Quanto ao tipo de estudo, predomina reflexão teórica (15), seguido de revisão de literatura (7), estudo exploratório (5) e relato de experiência (4). Em relação ao ano de publicação, não há uma regularidade, observando-se uma média de três publicações por ano, variando entre uma e seis.

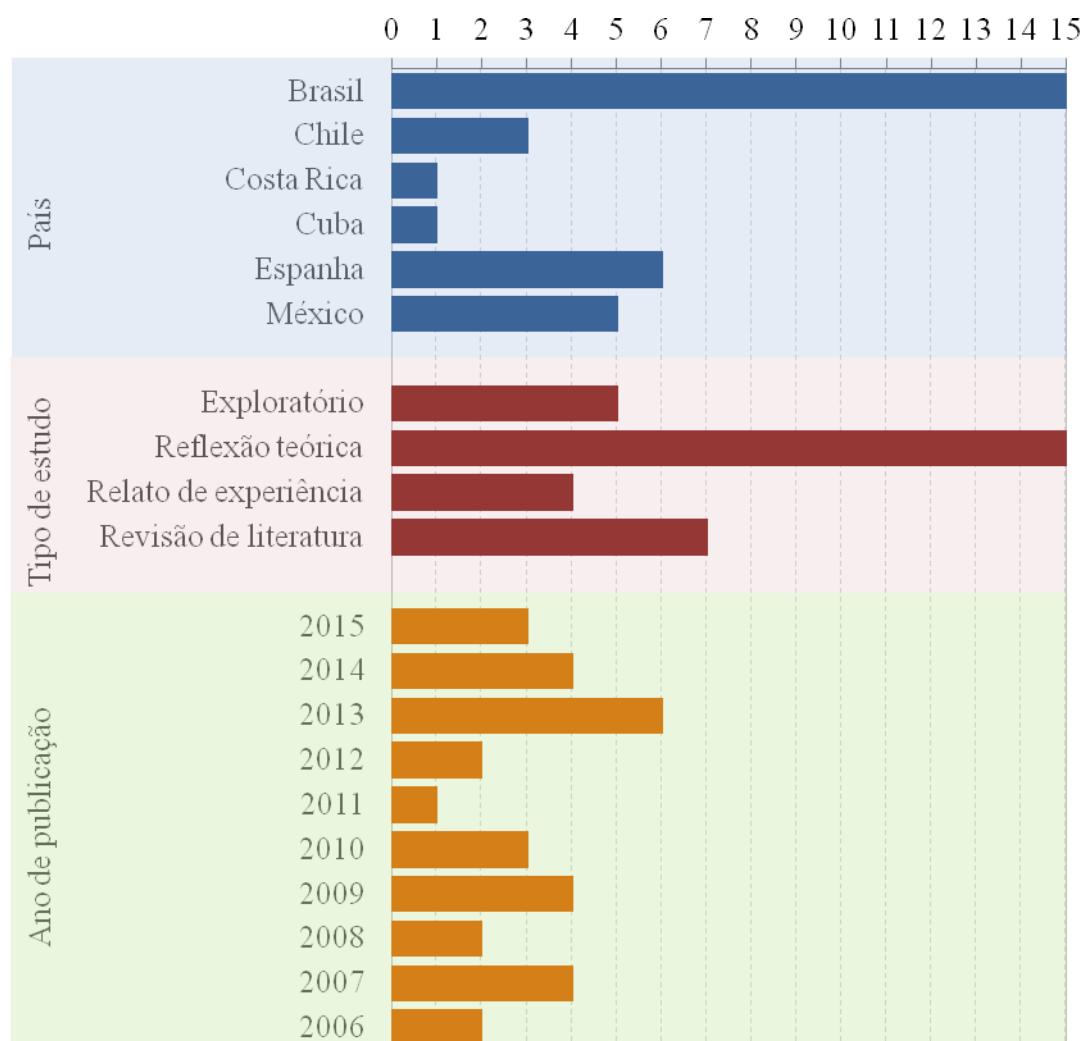


Figura 2 - Caracterização das publicações quanto ao país, tipo de estudo e ano de publicação.

A revisão dos estudos indica que há diversas definições e não existe um quadro teórico e conceitual universalmente aceito sobre PC na enfermagem. Contudo, foi possível identificar a prevalência de oito pensadores como bases teóricas desse conceito, que revelam duas concepções distintas de PC e, por isso, foram organizados em dois grupos, denominados “grupo A” e “grupo B” (Figura 3). O grupo A é composto por quatro pensadores: 1) Rosalinda Alfaro-Lefevre (ALFARO-LEFEVRE, 2013), enfermeira estudiosa do pensamento crítico, raciocínio clínico e julgamento clínico no processo de enfermagem, mencionado por nove artigos; 2) Peter A. Facione (FACIONE, 1990), o qual construiu o Relatório sobre Pensamento Crítico para a Associação Americana de Filosofia, citado por seis estudos; 3) Scheffer e Rubenfeld (SCHEFFER; RUBENFELD, 2000), que constituíram um painel internacional de enfermeiras

especialistas utilizando a técnica Delphi, referido por seis publicações; 4) Richard Paul (PAUL, 1995), presidente do Conselho Nacional Americano de Excelência em Pensamento Crítico, que segue a mesma linha de raciocínio, foi referenciado por três artigos.

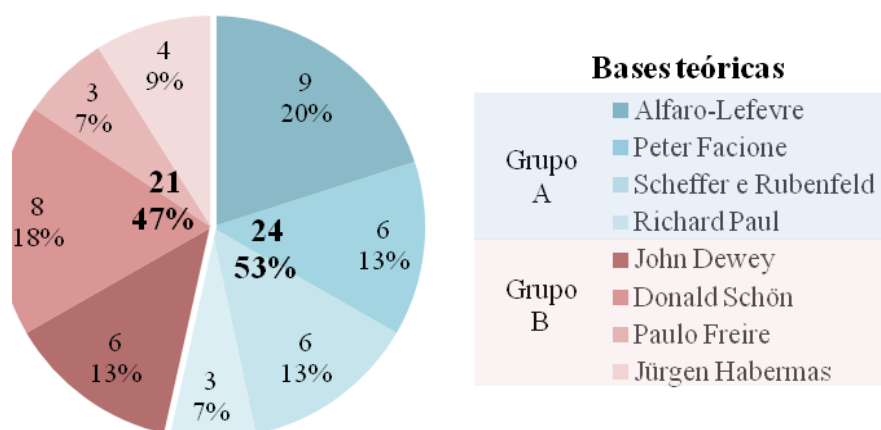


Figura 3 – Distribuição das publicações de acordo com as bases teóricas do conceito de Pensamento Crítico.

Os quatro pensadores do Grupo A, que representam 53% das publicações, relacionam o PC com a noção de habilidades, competências e avaliação do desempenho da assistência de enfermagem. O foco da maioria dos estudos guiados por estes autores esteve relacionado à avaliação de habilidades do acadêmico/enfermeiro em desenvolver e aplicar o raciocínio clínico.

O grupo B, citado por 47% das publicações, segue outra vertente de raciocínio, e também é formado por quatro pensadores: 1) John Dewey (DEWEY, 2012), filósofo, psicólogo e educador norte-americano da primeira metade do século XX, considerado precursor do movimento do pensamento reflexivo em educação, citado em seis publicações; Donald Schön (SCHÖN, 2009), filósofo estadunidense, que construiu a chamada epistemologia da prática, mencionado por oito artigos; Paulo Freire (FREIRE, 2011a), educador brasileiro muito influente na enfermagem Ibero-Americana, referenciado por três estudos; Jürgen Habermas (HABERMAS, 2014), filósofo e sociólogo alemão, considerado um dos expoentes da teoria crítica, citado em quatro publicações.

Em uma abordagem mais dinâmica, esses referenciais assinalam fatores fundamentais para a construção do PC, como a subjetividade, a singularidade e a reciprocidade das relações dialógicas, bem como o estímulo à reflexão, que permitem a revelação gradual da realidade e o empoderamento para a tomada de decisões. Estes autores exibiram o conceito de PC ou outros conceitos nucleares na construção do mesmo, como pensamento reflexivo, prática reflexiva, consciência crítica, autonomia e ação comunicativa.

Dos 31 trabalhos, 21 utilizaram apenas uma base teórica, sete empregaram duas, três referenciaram duas bases e apenas um trabalho se fundamentou em quatro bases teóricas, por isso, os pensadores são citados 45 vezes nos artigos. Ao lado desse quadro teórico-conceitual, os estudos apontam instrumentos de mensuração do PC, e diversas estratégias de ensino, como mapa conceitual, estudo de caso, diário reflexivo e simulação.

Quadro 1 – Síntese das bases teóricas, conceitos, publicações e aplicações do Pensamento Crítico na Enfermagem Ibero-Americana (2006-2015)

Grupo	Bases teóricas e conceitos	Publicações	Aplicações dos conceitos na enfermagem
A	Alfaro-Lefevre Pensamento Crítico	Crosseti <i>et al.</i> , 2014; Crossetti <i>et al.</i> , 2009; Zuriguel Pérez <i>et al.</i> , 2014; Bittencourt <i>et al.</i> , 2013; Díaz, <i>et al.</i> , 2010; Pegueroles, 2009; Morán-Peña, 2007; Serrano <i>et al.</i> , 2006; Lima <i>et al.</i> , 2007	(i) Instrumentos para medir habilidades de PC (Inventário da Disposição do Pensamento Crítico da Califórnia, Teste de Habilidades de Pensamento Crítico da Califórnia, Teste Redacional de Raciocínio Crítico de Ennis-Weir, Manual de Avaliação do Pensamento Crítico de Watson-Glaser); (ii) Estratégias de ensino (Processo de Enfermagem, Mapas Conceituais, Estudo de Caso, Caso Clínico; Modelo para o Ensino do Pensamento Crítico Integrado a Enfermagem (EPCIE), Enfermagem Baseada em Evidências.
	Peter Facione Pensamento Crítico	Bertacchini <i>et al.</i> , 2015; Vacek, 2009; Crosseti <i>et al.</i> , 2014; Bittencourt <i>et al.</i> , 2013; Morán-Peña, 2007; Bittencourt <i>et al.</i> , 2013	
	Scheffer e Rubinfeld Pensamento Crítico	Crosseti <i>et al.</i> , 2014; Bittencourt <i>et al.</i> , 2013; Bittencourt <i>et al.</i> , 2013; Bittencourt <i>et al.</i> , 2011; Cerullo <i>et al.</i> , 2010; Isaacs, 2010	
	Richard Paul Pensamento Crítico	Crosseti <i>et al.</i> , 2014; Bittencourt <i>et al.</i> , 2013; Becerril <i>et al.</i> , 2015	
B	John Dewey	Piña-Jiménez <i>et al.</i> , 2015;	(i) Referencial teórico metodológico

	Pensamento Reflexivo	Ferreira <i>et al.</i> , 2013; Valente <i>et al.</i> , 2007; Valente <i>et al.</i> , 2009; Mitre <i>et al.</i> , 2008; Barrios <i>et al.</i> , 2012	(Modelo Estrutural Dialético dos Cuidados); (ii) Marco conceitual (enfermagem sociocrítica, cuidado, saúde, educação em saúde); (iii) Estratégias de ensino (Aprendizagem Baseada em Problemas, Problemática, portfólio, diário reflexivo, simulação, aprendizagem em serviço).
	Donald Schön Prática Reflexiva	Piña-Jiménez <i>et al.</i> , 2015; Ferreira <i>et al.</i> , 2013; Valente <i>et al.</i> , 2007; Valente <i>et al.</i> , 2009; Solano <i>et al.</i> , 2013; Burgatti <i>et al.</i> , 2013; Fandos, 2008; Moya <i>et al.</i> , 2006	
	Paulo Freire Consciência Crítica; Autonomia	Mitre <i>et al.</i> , 2008; Martins <i>et al.</i> , 2012; Alvim <i>et al.</i> , 2007	
	Jürgen Habermas Pensamento Crítico; Ação Comunicativa	Mosqueda-Díaz <i>et al.</i> , 2014; Minguez <i>et al.</i> , 2014; Solano <i>et al.</i> , 2013; Elizondo <i>et al.</i> , 2013	

Pensamento Crítico é considerado por muitos estudiosos como a base da educação, pois é fundamental para a adaptação às exigências pessoais, sociais e profissionais. Especialmente a partir da década de 1990, observou-se um interesse mundial pela necessidade de formar profissionais críticos e reflexivos. Nos anos de 1988 e 1989, o *Committee on Pre-College Philosophy* do *American Philosophical Association* (APA) formou um grupo de 46 especialistas em torno da avaliação e ensino do PC, dentre eles, Facione, o qual redigiu o *Delphi Report*. Neste relatório, foram estabelecidos consensos relativos à competências, aptidões, avaliação e implementação de programas de PC no ensino, assim como a própria definição do termo e um consenso sobre o pensador crítico ideal (FACIONE, 1990).

Para Facione, o PC é um julgamento intencional e auto regulável, que resulta da interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como da explanação das evidências, considerações conceituais, metodológicas, contextuais ou de critérios em função dos quais o julgamento foi baseado (FACIONE, 1990).

A partir do *Delphi Report* foram criados métodos de avaliação, tais como o Inventário da Disposição do Pensamento Crítico da Califórnia (California

Critical Thinking Dispositions Inventory Test - CCTDI) e o Teste de Habilidades de Pensamento Crítico da Califórnia (Critical Thinking California Skills Test - CCTST). O primeiro foi elaborado para medir a propensão de um estudante a pensar criticamente. Tal disposição é entendida como atitude intelectual, que considera atributos do carácter ou hábitos de pensamento tais como procura da verdade, abertura de pensamento, espírito analítico, sistematização, auto confiança no pensamento crítico, curiosidade, e maturidade no julgamento. O CCTST é um instrumento desenvolvido para medir habilidades de pensamento crítico que aborda as áreas de análise, avaliação, inferência e raciocínio (FACIONE, 1990).

Diversos estudos desta revisão (CERULLO; CRUZ, 2010; OLIVEIRA et al., 2015; PÉREZ, 2014) recomendam o uso de diversos instrumentos de mensuração de PC (Quadro 1). Apesar de serem validados e utilizados por instituições de ensino, questiona-se sua adequação para alcançar a compreensão da natureza dialética do cuidado de enfermagem, que requer uma interpretação ampla do processo saúde-doença e do ser humano em sua integralidade.

No ano de 1987, a partir das discussões realizadas na Conferência Internacional sobre o Pensamento Crítico e Reforma da Educação, Paul (1995) e um grupo de pensadores formularam um conceito PC como processo intelectualmente disciplinado, ágil e competente de conceitualizar, aplicar, analisar, sintetizar e avaliar a informação recolhida ou gerada por observação, experiência, reflexão, raciocínio, ou comunicação.

Alguns estudiosos de PC, incluindo Paul (1995), foram referência para a condução de uma pesquisa (CROSSETTI; BITTENCOURT; LIMA; GOÉS; SAURIN, 2014) desenvolvida com enfermeiros de emergência, que aplicou um caso clínico para analisar os elementos estruturais do PC desses profissionais. Os resultados revelaram que os elementos prioritários para tomada de decisão clínica são o conhecimento técnico-científico, avaliação do paciente, experiência clínica, raciocínio clínico e ética. O estudo enfatiza que o PC é uma habilidade essencial para aprimorar o raciocínio clínico, que pode ser desenvolvida e aprimorada por estudantes e profissionais de enfermagem para avaliar condutas e implementar um cuidado acurado e seguro.

Com o aporte conceitual de Paul (1995), Facione e Facione (1992), Scheffer e Rubenfeld (2000), uma pesquisa (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013) aplicou um estudo de caso validado a discentes de enfermagem visando à identificação de um diagnóstico de enfermagem prioritário (com base na Taxonomia da Nanda-I), e de habilidades de PC no processo diagnóstico em enfermagem. A análise revelou como habilidades de PC no processo diagnóstico em enfermagem análise, conhecimento técnico-científico, raciocínio lógico, experiência clínica, conhecimento sobre o paciente, aplicação de padrões, discernimento e perspectiva contextual.

O debate no âmbito do PC na década de 1990 refletiu na área da Enfermagem, a partir da compreensão de que um profissional crítico constrói seu julgamento com base em evidências e no método científico, desenvolvendo suas atividades com objetividade e competência. Scheffer e Rubenfeld (2000) coordenaram um estudo para definir o PC na enfermagem. Foi realizado entre os anos de 1995 e 1998 com 95 enfermeiros que representavam nove países (Brasil, Canadá, Inglaterra, Islândia, Japão, Coreia, Holanda, Tailândia) e 23 estados dos Estados Unidos.

O consenso destes estudiosos definiu o PC como um componente essencial da responsabilidade profissional e da qualidade da assistência de enfermagem. Para estes estudiosos, os pensadores críticos em enfermagem devem apresentar dois componentes: a) componente afetivo, composto por dez hábitos mentais (confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, intuição, compreensão, perseverança e reflexão) e componente cognitivo, composto por sete habilidades cognitivas (análise, aplicação de padrões, discernimento, busca de informações, raciocínio lógico, predição e transformação de conhecimentos) (SCHEFFER; RUBENFELD, 2000).

A partir disso, definiram o PC como um componente essencial da responsabilidade profissional e da qualidade da assistência de enfermagem. Para os autores, os pensadores críticos em enfermagem apresentam estes hábitos mentais: confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, intuição, compreensão, perseverança e reflexão. Eles praticam as habilidades cognitivas de análise, de aplicação de

padrões, de discernimento, de busca de informações, de raciocínio lógico, de predição e de transformação de conhecimentos (SCHEFFER; RUBENFELD, 2000).

O suporte teórico de Scheffer e Rubenfeld (2000) amparou a construção de um modelo para o Ensino do Pensamento Crítico Integrado a Enfermagem (EPCIE), que desde 1990 vem sendo incorporado na docência. A investigação desta experiência de ensino constatou que o modelo auxilia no desenvolvimento de padrões de PC como análise de argumentos, avaliação das fontes de informação, identificação de hipóteses, julgamento clínico, raciocínio diagnóstico e tomada de decisões (ISAACS, 2010).

Outra estratégia didática sugerida por alguns autores (CROSSETTI; BITTENCOURT; SCHAURICH; TANCCINI; ANTUNES, 2009; SERRANO; ESTÉVEZ; MAYEDO, 2006; HABERMAS, 2014; OLIVEIRA et al., 2016) para auxiliar na tomada de decisões é o mapa conceitual. Trata-se de um diagrama que busca classificar conceitos, relacioná-los e hierarquizá-los. Esta ferramenta instiga a capacidade de analisar, sintetizar, ter flexibilidade, curiosidade e participação (CROSSETTI; BITTENCOURT; SCHAURICH; TANCCINI; ANTUNES, 2009).

Uma pesquisa (CROSSETTI; BITTENCOURT; SCHAURICH; TANCCINI; ANTUNES, 2009) avaliou mapas conceituais elaborados por discentes para compreensão de projetos de pesquisa. Os mapas construídos foram evidenciados como estratégia de organização do conhecimento, que estabeleceu coerência entre conceitos, relações significantes, clareza de ideias e relação lógica entre as etapas de um projeto de pesquisa.

Na mesma linha de raciocínio, Alfaro-Lefevre (2013), Presidente do *Teaching Smart/ Learning Easy* (Flórida), define o PC como raciocínio cuidadoso, deliberado e focalizado em resultados, motivado pelas necessidades do paciente. Entendido como um método de resolução de problemas que direciona a tomada de decisões, o PC proporciona a base para o julgamento preciso e disciplinado nas situações laborais, sendo imprescindível para o Processo de Enfermagem (FACIONE, 1990).

Um estudo desta revisão (DIAZ; BERTONI, 2010) levantou a importância do PC na implementação do Processo de Enfermagem, destacando que todas

as suas fases requerem diversas habilidades de PC, como raciocínio diagnóstico, inferências clínicas e tomada de decisões. Outra investigação (PERÉZ et al., 2014) relacionou o PC com a Enfermagem Baseada em Evidência (EBE), um método que conduz à tomada de decisões com base em evidências emanadas da investigação, experiência clínica sistematizada e necessidades do usuário. Os autores sustentam a EBE como uma estratégia didática que permite formar profissionais com competência de pensamento crítico e reflexivo.

As bases teóricas de PC descritas até o momento, presentes em 24 publicações, referem de maneira explícita ou implícita a necessidade da aquisição de hábitos, habilidades e competências, que podem ser aperfeiçoados mediante estratégias de ensino e avaliados por instrumentos de mensuração, com a finalidade de qualificar raciocínio clínico e julgamento clínico em enfermagem. Esta evidência incita questionamentos acerca da limitação destas estratégias e instrumentos para desenvolver e avaliar habilidades e competências de ordem social e política, como ética, autonomia, reflexão e criticidade.

Uma parcela menor de publicações desta revisão (21 estudos), adotou como base teórica de PC os fundamentos de John Dewey, Donald A. Schön, Paulo Freire e Jürgen Habermas, que seguem uma corrente de pensamento distinta dos autores anteriores, pois incorporam elementos inerentes à complexidade do ser humano na formulação de suas teorias.

John Dewey defende a democracia e a liberdade de pensamento como instrumentos para a maturação emocional e intelectual das pessoas. Possui uma concepção ampla do homem no seu ambiente e propõe um novo tipo de ensino, centrado no aluno e na experiência prática, com a abordagem do “aprende fazendo” (MOHER et al., 2015).

Para Dewey, o pensamento reflexivo exige sair da inércia e experimentar um estado de inquietação e perturbação mental. É um diálogo sistemático do sujeito com ele mesmo, em um exercício envolve o confronto com uma dificuldade, a formulação do problema, o levantamento de hipóteses e o raciocínio elaborado (MOHER et al., 2015).

Dewey foi a base teórica de um estudo (VALENTE; VIANA, 2007) que destacou a Aprendizagem em Serviço como uma metodologia que favorece a construção do PC. O autor defende os benefícios desta metodologia para as atividades de ensino (reflexão, pensamento crítico, resolução de problemas) e de desenvolvimento pessoal (autoconhecimento).

Outra estratégia de ensino relatada foi a simulação, uma ferramenta que apoia o processo de formação, centrando-se na atividade prática e na reflexão, considerando a experiência dos estudantes. Por estas características, a simulação pode resultar em um processo significativo na vida de quem aprende (ISAACS, 2010).

As contribuições de John Dewey de aprender fazendo foram posteriormente retomadas por Schön, que incorporou a ideia da formação de profissionais reflexivos e resgatou a noção de conhecimento prático e de aprendizagem na ação. Schön (2009) esclarece que a prática reflexiva, desenvolvida por meio do processo de conhecimento-na-ação e reflexão-na-ação, conduz à utilização do saber para descrever, analisar e avaliar intervenções anteriores, direcionando soluções e ações futuras (SCHEFFER; RUBENFELD, 2000).

O conhecimento na ação está relacionado saberes que se desvendam em ações inteligentes, ou seja, é um saber-fazer espontâneo que surge na ação e se aperfeiçoa meio da reflexão. Portanto, a reflexão se revela a partir de situações inesperadas produzidas pela ação e nem sempre o conhecimento na ação é suficiente para sanar as necessidades. O autor distingue três tipos de reflexão: a reflexão sobre a ação; a reflexão na ação; e a reflexão sobre a reflexão na ação (SCHEFFER; RUBENFELD, 2000).

A reflexão sobre a ação consiste no pensamento retrospectivo, no intuito de discernir como o ato de conhecer na ação influencia o resultado. A reflexão-na-ação diz respeito às observações e reflexões realizadas no momento em que a ação acontece. A compreensão deste processo pode conduzir a um movimento gerador de mudanças, que atribui nova forma à ação inicial e novas possibilidades de resolução de problemas (SCHEFFER; RUBENFELD, 2000).

A reflexão sobre a reflexão-na-ação refere-se à análise realizada pelo indivíduo sobre a reflexão-na-ação passada, a qual consolida a compreensão

de determinada situação. É a utilização do conhecimento para descrever, analisar e avaliar intervenções anteriores, direcionando soluções e ações futuras (SCHEFFER; RUBENFELD, 2000).

Estendendo o raciocínio de Schön para a enfermagem, entende-se que o exercício destes três processos reflexivos contribui para superar a prática puramente técnica, pois na medida em que o profissional está em constante reflexão sobre suas ações pode modificá-las de acordo com o desenrolar das situações e questão.

Diversos autores (ISAACS, 2010; BECERRIL; ROJAS; GÓMEZ; LOURDES; HERNÁNDEZ, 2015; PIÑA-JIMÉNEZ; AGUILAR, 2015; VALENTE; VIANA, 2009; BARRIOS; RUBIO; GUTIÉRREZ; SEPÚLVEDA, 2012; SOLANO; SILES, 2013; MITRE et al., 2008; BURGATTI; LEONELLO; BRACIALLI; OLIVEIRA, 2013) se fundamentaram em Schön para defender uma formação na qual o docente precisa criar situações práticas de aprendizagem, administrar a heterogeneidade e fomentar a prática reflexiva e o PC. Estes citam algumas estratégias de ensino que podem potencializar o conhecimento prático e de aprendizagem na ação, tais como: portfólio, diário de campo, narrativas escritas (BARRIOS; RUBIO; GUTIÉRREZ; SEPÚLVEDA, 2012) e diário reflexivo (FANDOS, 2008).

O ressurgir da prática reflexiva na formação docente norte-americana, a partir de Schön, inspirou o pensamento de outros intelectuais no mundo, como o de Freire (2011a), no Brasil e o de Habermas (2014), na Europa.

Paulo Freire é considerado uma base teórica e pedagógica de ensino. Seu pensamento defende uma educação como prática de liberdade, isto é, um exercício democrático, crítico, reflexivo e dialógico, nutrido pela interação social (FREIRE, 2011b).

Freire não define PC, mas tece um referencial que fundamenta o mesmo. O autor assume que a consciência crítica não se constitui a nível intelectualista, mas na práxis, que demanda continuamente ação acompanhada de reflexão sobre a realidade (ALVIM; FERREIRA, 2007). Assim, a consciência crítica é instigada por meio da problematização, um processo no qual o ser vivencia e instiga a sua curiosidade, percebendo a sua potencialidade e criando

condições de descobrir-se como sujeito do seu próprio conhecimento (DEWEY, 2012).

A finalidade deste processo é a conscientização, um processo dialético em que ocorre articulação entre ação e reflexão para a emancipação das pessoas, ou seja, para que o ser tenha condições de assumir sua condição ontológica e social de modo a contribuir para a transformação da realidade. A autonomia, como consequência deste processo, é o amadurecimento do ser para si e o instrumento de luta por um mundo mais humanizado (DEWEY, 2012).

Alguns investigadores desta revisão (VALENTE; VIANA, 2007; FANDOS, 2008; ELIZONDO et al., 2013) defendem, a partir das ideias freireanas, a construção de uma educação em saúde crítica e problematizadora, que nasce e se nutre do diálogo entre educadores e educandos. É nessa concepção de educação que cresce o uso de métodos inovadores, inscritos na dialética da ação-reflexão-ação. Um estudo (VALENTE; VIANA, 2007) discutiu as principais transformações metodológicas no processo de formação dos profissionais de saúde, enfatizando o potencial das metodologias ativas, que estão alicerçadas no princípio da autonomia e utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem.

O autor (VALENTE; VIANA, 2007) ressalta que a metodologia ativa tem permitido a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade. Dois instrumentos vêm sendo reconhecidos como ativadores da integração ensino e serviço de saúde: o ensino pela problematização e a organização curricular em torno da Aprendizagem Baseada em Problemas.

Outra base teórica de PC que segue essa linha de raciocínio é a de Habermas. Seu pensamento abarca diversos temas – direito, política, história, ética – com os quais busca evidenciar as possibilidades da comunicação racional-crítica e da emancipação, reprimidas nas instituições modernas (SCHON, 2009). Habermas criou a Teoria da Ação Comunicativa, na qual esclarece que a linguagem, em seu uso comunicativo, postula uma conexão estreita entre fala e ação e possibilita uma interação plena entre os seres humanos. A ação comunicativa baseia-se na interação linguística, centrada em aspectos significativos da vida dos atores. É uma forma de ação social, livre de

coerção, em que os participantes se envolvem em igualdade de condições para expressar ou produzir opiniões pessoais, e elaborar acordos subjetivos (FACIONE, 1992).

A finalidade da interação estabelecida em uma ação comunicativa é o desenvolvimento do PC, que se refere à um processo contínuo reflexão sobre o mundo de vida, resultando na emancipação dos atores (FACIONE, 1992).

Habermas foi utilizado como base teórica em um estudo realizado na Espanha, que destaca o PC como um novo horizonte para a enfermagem. Os autores defendem a necessidade de ultrapassar o modelo de PC direcionado à prática clínica e aproximar-se de um modelo de pensamento crítico e reflexivo, orientado à emancipação cidadã (OLIVEIRA; DIAZ; PÜSCHEL; CRUZ, 2015). Tal modelo se fundamenta no paradigma sociocrítico, que estabelece um horizonte dinâmico de cuidado, o que significa identificar desigualdades sociais em saúde e transformar essas situações através da comunicação entre o contexto profissional e a vida cotidiana das pessoas (FREIRE, 2011b).

Esta revisão integrativa de literatura revelou que nos últimos dez anos a enfermagem Ibero-Americana tem se dedicado a compreender o PC e incluí-lo como uma competência na formação profissional. Constatou-se que não há uma uniformidade na adoção de uma base teórica para de PC. Contudo, diferenciam-se duas concepções de PC entre os pensadores, que foram organizados em dois grupos: Alfaro-Lefevre; Peter Facione; Scheffer e Rubenfeld; Richard Paul (grupo A); John Dewey; Donald Schön; Paulo Freire e Jürgen Habermas (grupo B).

O grupo A, referido por 53% das publicações, compreende o PC como uma habilidade para o raciocínio clínico, que está presente em diversas as ações e decisões assistenciais em enfermagem: no diagnóstico dos fenômenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos. Os pensadores do grupo B, tecem uma rede de conceitos fundamentais para a construção do PC. As definições de pensamento reflexivo, prática reflexiva, consciência crítica, autonomia e ação comunicativa sustentam o conceito de PC como um processo cooperativo de disposição para o entendimento mútuo entre as pessoas. O propósito deste processo é o desenvolvimento da consciência crítica e o exercício da autonomia do cidadão.

O desafio para o futuro da pesquisa sobre PC em enfermagem encontra-se em adotar, de forma majoritária, um paradigma que sirva de base para formular uma definição universal do conceito e estratégias de ensino decorrentes. Considerando que o sujeito do cuidado de enfermagem é o ser humano inserido em um contexto sociocultural e histórico, a orientação deste estudo é de incluir a perspectiva do grupo B - Dewey, Schön, Freire e Habermas - no currículo e na prática de enfermagem, pois estes pensadores tecem uma rede de conceitos e um marco teórico dinâmico em relação ao PC.

6 UM OLHAR PARA A ENFERMAGEM SOCIOCRTICA COMO SUPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

O diálogo da enfermagem com outras áreas, como sociologia, filosofia, antropologia e educação, reveste-se de grande importância, devido ao componente sociopolítico e educativo da atuação da enfermeira. Nesse ponto de vista, esse profissional necessita direcionar um olhar sensível ao ser humano inserido em um contexto social, político, histórico, econômico e cultural. Este ser, pensar e agir profissional contextualizado requer a construção de valores e maneiras de compreender o mundo e as pessoas, almejando a autonomia das pessoas em seu cuidado.

Essa discussão traz à tona a necessidade da aproximação dos saberes, em uma perspectiva de respeito e compreensão às crenças e valores da comunidade. Por isso, as contribuições da teoria crítica e social são essenciais para ampliar a visão que os profissionais da saúde têm do ser humano, decorrente da formação influenciada pelo modelo biomédico, que direciona práticas verticalizadas e descontextualizadas.

Em face disso, acreditamos que a união dos referenciais teóricos de Siles González (Enfermagem Sociocrítica), e Jürgen Habermas (Teoria Crítica) colaboram para a prática educativa da enfermeira. Os tópicos a seguir fundamentam a eleição deste marco teórico como pano de fundo para a condução desta tese.

6.1 Base conceitual da enfermagem sociocrítica

Dado o potencial do paradigma sociocrítico como ferramenta de compreensão da realidade cultural das pessoas e do estímulo a sua participação ativa no cuidado, Siles, baseado em Habermas, formulou um

marco teórico e metodológico para a enfermagem sociocrítica (SILES, 1997).

Siles (2009) explica epistemologicamente a natureza antropológica da enfermagem, vinculando as dimensões histórica, social e cultural à dimensão biológica da mesma. Esta forma de interpretar o cuidado implica na necessidade de considerar não apenas o mundo dos fatos e comportamentos (fenômenos observáveis na superfície da sociedade), mas também aqueles que permanecem ocultos e que determinam a eleição de um ou outro estilo de vida.

Desde o paradigma teológico, positivista, até os paradigmas hermenêutico e sociocrítico, a disciplina enfermagem modificou a cultura de seus cuidados. A construção de uma cultura de cuidados sociocrítica para a enfermagem significa munir as pessoas de uma linguagem crítica. É o caminho que permite ao ser analisar seu contexto de vida, o que resulta em um processo gradual de empoderamento e transformação de realidades (SILES, 1997).

No contexto deste paradigma, o cuidado se relaciona ao processo de satisfação de necessidades influenciadas por crenças e valores pessoais. A saúde é entendida como um fenômeno complexo com raízes históricas e culturais que envolvem símbolos sociais. Como resultados, a educação em saúde não pode se reduzir à visão biológica do processo, convertendo-se em um exercício de técnicas de comunicação pertinentes, nas quais se deve ter em conta as dimensões culturais, o componente simbólico e a participação ativa das pessoas no cuidado (SILES; SOLANO, 2009).

Na enfermagem, especificamente no campo do cuidado e da educação em saúde, Siles localiza epistemologicamente este raciocínio dentro da Antropologia Educativa dos Cuidados, a qual se constitui em um marco ideológico da enfermagem cultural e abrange três paradigmas: racional-tecnológico, interpretativo-hermenêutico e sociocrítico (SILES; SOLANO, 2009).

No marco do paradigma racional tecnológico, a enfermagem apresenta algumas características: o investigador constitui-se como um aplicador de técnicas permanecendo alheio e superior ao sujeito da pesquisa, a teoria gerada direciona a ação separada da práxis; o indivíduo é objeto de controle e

receptor passivo de prescrições terapêuticas; o conceito de saúde é negativo, uma vez que é concebida como a ausência de doenças ou agravos. O processo investigativo nesta lógica possui como elementos o uso de técnicas de quantificação, com a finalidade de construir um conhecimento pautado na objetividade, verificação, replicabilidade e construção de normas e leis. Portanto, os estudos estão amparadas por métodos quantitativos, com instrumentos baseados em questionários fechados, avaliação de escalas, entre outros (SILES, 1997).

O processo de investigação a partir do paradigma hermenêutico/interpretativo é entendido como um intervalo subjetivo (tanto por parte do sujeito investigador como do objeto-sujeito pesquisado). A enfermeira atua como agente comunicador e interpretador da realidade do investigado. O indivíduo caracteriza-se como um agente comunicador de seu estado e de suas expectativas de saúde (SILES; SOLANO, 2009).

O tipo de conhecimento construído tem suporte em disciplinas como sociologia, hermenêutica, fenomenologia e antropologia. Portanto, tal conhecimento é edificado por estudos que objetivam interpretar a realidade, a exemplo da pesquisa etnográfica e dos estudos de significados em seus contextos. Estas investigações possuem como elementos o uso de métodos e técnicas fenomenológicas, narrativas, material bibliográfico e autobiográfico, observação, notas de campo, diários, relatos, entre outros (SILES; SOLANO, 2009).

O paradigma sociocrítico é caracterizado pela natureza dialético-crítica da construção do conhecimento e pelo papel da ideologia no processo científico. Além da interpretação de realidades do ser humano (característica do paradigma hermenêutico), o paradigma sociocrítico possui um componente ativo, onde a prática é crítica e colaborativa (SILES, 1997). Jürgen Habermas é o pesquisador que mais contribuiu para o desenvolvimento do paradigma crítico, a partir de sua percepção sobre ciência, do conceito de Pensamento Crítico e da Teoria da Ação Comunicativa

A função deste paradigma é a emancipação participativa e as atividades ocorrem na prática, sendo socialmente significativas. O propósito desta vertente é construir um processo de reflexão e pensamento crítico a fim de

libertar os seres humanos de contextos de opressão. Neste contexto, a enfermeira atua como o agente de transformação de realidades de saúde, e a pessoa é corresponsável pelo seu cuidado (SILES, 1999).

Alguns elementos do paradigma sociocrítico podem ser evidenciados nas investigações através de características como objetivo do estudo, metodologia e referencial teórico. As pesquisas que se fundamentam neste paradigma são construídas por meio de investigações participativas nas quais a enfermeira e pesquisadora desperta no sujeito a capacidade de pensar criticamente a partir de sua experiência de vida, compreender sua situação, analisar possibilidades e construir soluções conscientes e ações futuras (SILES, 1997).

A adoção do paradigma sociocrítico pela enfermagem tem o potencial de transformar as práticas educativas, pois a comunicação e o pensamento crítico - pilares deste paradigma - redirecionam o ensino, pesquisa e assistência para uma compreensão global e dialética das situações. Este caminho torna possível identificar desigualdades sociais que interferem na realidade de saúde das comunidades e transformar estas situações por meio do diálogo entre o contexto profissional e a vida cotidiana das pessoas.

6.2 Origens da enfermagem sociocrítica: a teoria crítica e a filosofia de Habermas

O referencial de Siles tem origem na teoria crítica, da Escola de Frankfurt, originada em 1924, com a criação do Instituto de Investigação Social, baseado em uma teoria social interdisciplinar neomarxista. Para compreender o desenvolvimento dessa linha teórica, é imprescindível evidenciar o que ocorria na história europeia do século XX – Revolução Russa, Stalinismo, República de Weimar, ascensão do nazismo, Segunda Guerra Mundial e Holocausto – assim como as experiências vividas pelo representante desta Escola (MOGENDORFF, 2012).

Max Horkheimer e Theodor Adorno são os principais representantes da primeira geração. A partir da expansão da teoria marxista, estes representantes começaram a criticar a racionalidade instrumental da sociedade

capitalista e positivista, fazendo uma análise da situação política, económica e psicosocial deste panorama (FORCHTNER, 2011).

Estes estudos são conhecidos como teoria crítica, oposta à teoria tradicional, que alude ao método do discurso de Descartes. Seu objetivo é compreender dialeticamente as condições sociais, políticas e económicas da sociedade, com a finalidade de pôr em evidência as contradições de um sistema capitalista e repressivo, em que os ideais da classe dominante definem o curso da sociedade (MOGENDORFF, 2012).

A ampla gama de temas e áreas da Escola de Frankfurt fizeram com que o pensamento de seus membros fossem caracterizados por uma interdisciplinariedade, reunindo expoentes da psicanálise, da filosofia, das artes, da ciência política, do direito e da economia, mas com um horizonte em comum: a teoria marxista (FORCHTNER, 2011).

Na década de 1950, se incorpora Jürgen Habermas, que, com sua Teoria da Ação Comunicativa, reorienta os postulados originais da teoria crítica, fazendo-a menos negativa e mais coerente do ponto de vista social (MOSQUEDA-DÍAZ *et al.*, 2014). Habermas lança os fundamentos de um novo paradigma para a filosofia, considerando a comunicação como base do discurso científico. Este autor afirma que para uma norma ser considerada válida, é necessário a satisfação das demandas dos atores e a livre aceitação de acordos (HABERMAS, 2014).

Dado que o ser humano se insere no mundo de acordo com os significados que produz a partir de sua realidade, para que o cuidado popular se comunique com o cuidado de enfermagem, é essencial que este diálogo seja sociocrítico, ou seja, que tenha suporte na realidade cultural. Nesse ponto se encontra a complexidade da comunicação em saúde: converter a posição passiva das pessoas em posição ativa e crítica. Trata-se de buscar um entendimento sobre o mundo de maneira racional, guiada por um reconhecimento intersubjetivo.

Habermas fez um "giro" epistemológico e filosófico devido ao novo conceito de racionalidade, que tem a comunicação como apoio. Ele busca fundamentar a teoria crítica em uma filosofia da linguagem, proporcionando a base para ação comunicativa (HABERMAS, 2014). O autor acredita que uma

teoria crítica da sociedade não pode ser formulada unicamente pela crítica da economia política. Assim, questiona a descrença de Horkheimer e Adorno na possibilidade de emancipação humana. Com a Teoria da Ação Comunicativa, Habermas busca uma saída a estas barreiras por meio de um novo paradigma: o paradigma crítico, fundamentado na razão comunicativa (HABERMAS, 2012).

A partir da psicanálise de Freud e da crítica de Marx, Habermas questiona o uso do poder pela ciência quando esta tem interesses individuais. Assim, ele traduz o pensamento crítico à prática, atribuindo à ciência o papel de comunicar-se com a sociedade e modificar a vida das pessoas. Para cada categoria de pesquisa, Habermas (1972) indica a conexão com um interesse específico:

i) *Interesse técnico*: surge do desejo de domínio e controle da natureza. Sua perspectiva enraíza-se no Iluminismo e Positivismo, onde a ciência é vista como a detentora das respostas para a compreensão da globalidade do mundo, eliminando, assim, todas as interpretações baseadas na suposição, mito ou crença. A crítica de Habermas a este tipo de racionalidade técnico - instrumental refere-se à tentativa de constituir uma explicação/verdade única da realidade, procurando que todo o conhecimento se enquadre nesse mesmo tipo de racionalidade. Habermas associa este tipo de interesse à dominação, situação que deve ser questionada.

ii) *Interesse prático*: caracteriza-se pela ação subjetiva, onde os cidadãos se relacionam e procuram um consenso. O interesse prático está fundado na intersubjetividade do entendimento e garante que o saber construído não seja arbitrário, pois ele é fruto do consenso entre as diversas pessoas, requerendo que as mesmas interajam e partilham um conjunto de significados. É neste sentido que Habermas atribui um papel essencial ao diálogo racional na validação de significados.

iii) *Interesse emancipatório*: relaciona-se à autorreflexão que permite estabelecer comunicação entre os seres humanos, tornando razoáveis as suas interpretações. As decisões são encaradas como atos racionais, onde não é possível separar a teoria da prática. É voltado para uma liberdade que se concretiza na ação comunicativa livre da dominação imposta pela conjuntura economia, social e política. Ao lado de uma razão instrumentalizada para o

exercício da dominação, Habermas identifica a existência de uma razão orientada para o entendimento, uma razão comunicativa que se desenvolve na prática comunicativa cotidiana, no nível do mundo da vida.

Deste ponto de vista, o conhecimento e a prática da enfermeira precisa incluir, além do interesse técnico, as experiências e subjetividades da comunidade. Somado a isso, a interação com o cidadão permite elaborar um plano de cuidados através da interpretação, negociação e consenso, no intuito de estimular a autorreflexão, o pensamento crítico e o empoderamento das pessoas.

Nesta lógica, a partir da interação comunicativa estabelecida entre as pessoas – que é também uma ação social – a enfermeira pode entender as experiências (como parte da especificidade histórica e cultural da pessoa), detectar esperanças, crenças, ou medos sobre a saúde e doença. Isso dificilmente é evidente em uma anamnese de rotina, mas sim na interação constante de cuidar de alguém.

No campo da pesquisa, por exemplo, a enfermeira pode acrescentar ao interesse técnico, o interesse prático e emancipatório, a partir dos quais pode realizar pesquisas fenomenológicas, socioculturais, etnográficas, pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial, entre outras. Diversas estratégias metodológicas podem ser utilizadas, como grupo focal, círculo de cultura, oficina, teatro, atividade grupal educativa, ente outras.

No campo do paradigma sociocrítico, a teoria crítica é uma ciência social que não é puramente empírica nem somente interpretativa, posto que suas contribuições se originam em estudos comunitários e na investigação participativa. O propósito deste paradigma é desenvolver uma ciência social que ofereça suporte para as transformações sociais, a partir do interior das próprias comunidades (ALVARADO, GARCÍA, 2008).

A leitura de Habermas permite descobrir algumas características do paradigma sociocrítico: conhecer e compreender a realidade como práxis; unir teoria e prática integrando conhecimentos, ações, valores e sentimentos; orientar a construção do conhecimento para a libertação do ser humano; propor integração e participação ativa de todos os atores de processos educativos, investigativos e de cuidado (ALVARADO, GARCÍA, 2008).

A intersubjetividade produzida no contexto do paradigma sociocrítico permite despertar nas pessoas a capacidade de pensar criticamente a partir de sua experiência de vida, compreender sua situação e construir soluções. Essa perspectiva auxilia no desenvolvimento de modelos de cuidado que considerem as especificidades culturais e promovam a autonomia no cuidado.

A partir do paradigma sociocrítico, Habermas formula a Teoria da Ação Comunicativa, propondo uma filosofia subjetiva, baseada na interação entre os interlocutores, com a razão fundamentada na análise da linguagem. A linguagem em seu uso comunicativo postula uma estreita conexão com as ações, que, se problematizadas, transmitem o sentido do que é dito, com finalidade explicativa (HABERMAS, 2012).

Esta teoria é de fundamental importância para a disciplina enfermagem, porque os saberes que integram o objeto de estudo desta profissão – no contexto neopositivista – não conseguiram dar conta da dimensão social do cuidado na perspectiva da ação comunicativa. Nesta compreensão, se enfoca a enfermagem como uma disciplina que tem apenas objeto de estudo (e não de cuidado), ficando a pessoa relegada. Esta circunstância, tal como afirma Siles (1997), desnaturaliza a autêntica essência da enfermagem, na qual estão integrados sujeito e objeto, assim como a dimensão subjetiva dos cuidados. Essa teoria, portanto, se constitui como um caminho para fortalecer a dimensão social do cuidado de enfermagem, mediante interações entre os profissionais e a comunidade, com o objetivo de entendimento mútuo.

Os participantes da relação comunicativa buscam o entendimento mútuo em um sistema de referências composto de três mundos, os quais compõem o Mundo de Vida: Mundo Objetivo (âmbito onde se estabelecem o estado das coisas/fatos); Mundo Social (palco da produção de relações interpessoais, legitimadas por normas sociais) e Mundo Subjetivo (local de manifestação de vivências e interiorização dos próprios fenômenos). Na ação comunicativa, os interlocutores referem algo nos três mundos, inclusive quando sua manifestação se refere a apenas um destes componentes. Estes três mundos compartilham a linguagem como elemento unificador e conformam o cenário em que a intersubjetividade humana atua (HABERMAS, 2014).

Os Mundos de Vida da enfermeira e do cidadão são diferentes e têm

como limites a linguagem. Quando a enfermeira utiliza a linguagem técnica, mantém o usuário sem acesso ao conhecimento necessário para que o mesmo reelabore seu modo de viver. Ao contrário da linguagem técnica, a ação comunicativa é construída por meio da interação social, através do diálogo entre os atores, que visam a construção de um consenso (HABERMAS, 2012).

Para fundamentar esta teoria, Habermas reformula o conceito de racionalidade. A racionalidade comunicativa é diferente da racionalidade instrumental, pois não pretende impor argumentos ou determinar as normas. A partir do conceito de racionalidade comunicativa, as pessoas participam em igualdade de condições para expressar seus argumentos (HABERMAS, 2012).

Este processo de diálogo argumentativo conduz à emancipação das pessoas envolvidas, que, para Habermas, é um tipo de autoexperiência e autoentendimento. É um processo de intercâmbio dos sujeitos consigo mesmos (HABERMAS, 2014). Traduzindo este discurso para a disciplina enfermagem, a perspectiva da ação comunicativa permite construir relações intersubjetivas e fazer possível o consenso na área assistencial, formativa e de investigação.

6.3 Base Metodológica da Enfermagem Sociocrítica: o Modelo Estrutural Dialético dos Cuidados

No campo da investigação, Siles criou um modelo de análise dos estudos de enfermagem, denominado “Modelo Estrutural Dialético dos Cuidados (MEDC)”. Este modelo, que foi implementado por diferentes teses, tem sua origem na investigação de doutorado de Siles, intitulada “*Estructura familiar y función social de la mujer en Alicante, 1868-1936*”, defendida em 1993 (SILES, 1995). Nesse trabalho, foram descritas as estruturas que servem como suporte ao processo de ordenação e análise dos dados, a saber: unidade funcional (UF), marco funcional (MF) e elemento funcional (EF) (Figura 4).

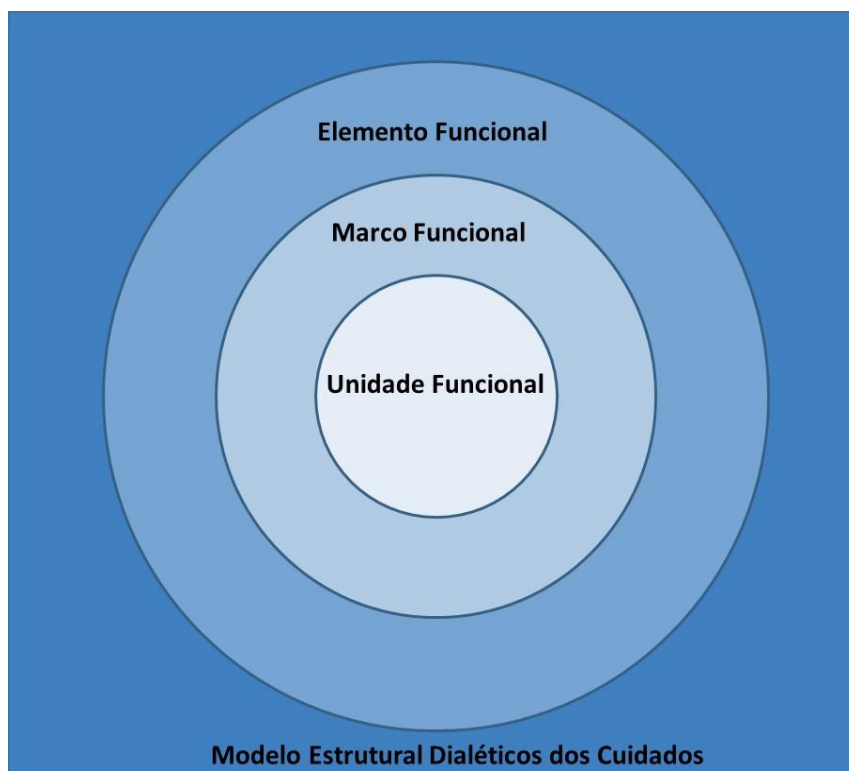


Figura 4. Modelo Estrutural Dialético dos Cuidados. Adaptado de Siles, 2016.

A UF é a estrutura social básica de convivência e socialização, na qual o cuidado é prestado. É onde são transmitidos valores, crenças, conhecimentos, atitudes e sentimentos. Se utiliza para analisar os elementos que constituem o contexto social no qual se entrelaçam os sistemas sociais, políticos, e científicos. A UF, em seu conjunto, compoe os pilares motivacionais da ação da enfermagem (SILES, 1995).

No MF se integram os dados relacionados ao espaço, cenário ou local onde ocorrem os fenômenos relacionados ao cuidado de enfermagem (tanto atividades pontuais como os processos mentais que os determinam). O estudo do MF permite conhecer as características dos espaços do cuidado, desde as condições sociais, educacionais, sanitárias e demográficas, até a forma como as pessoas interpretam as causas de suas enfermidades.

No EF, são incluídos os dados relacionados com os atores sociais responsáveis pelos cuidados. A tipologia dessas pessoas é tão diversa como seu ideal UF e MF. O cuidado realizado é influenciado pelas pessoas ou instituições responsáveis, pela situação de quem recebe e pelo contexto em que se desenvolve (SILES, 1995).

O MEDC foi empregado em pesquisas de história cultural e também da cultura dos cuidados. É adequado para a investigação dos fenômenos tal como se destaca na história cultural da enfermagem: estudo dos comportamentos, das ideias, das crenças, dos valores e dos sentimentos implicados no processo de satisfação do ser humano pela perspectiva dos cuidados através do tempo. É o resultado da transdisciplinaridade e se inspira, entre outros, nos princípios procedentes do estruturalismo, do funcionalismo e da dialética (SILES, 2016).

A fundamentação do MEDC se encontra no estruturalismo, no funcionalismo e na dialética. O pensamento estruturalista de Lévi-Strauss, a partir do contexto das ciências sociais e linguísticas, teve contribuição para a fundamentação do modelo. Para este autor, os fenômenos complexos, tais como os das ciências sociais, não permitem sua redução a fenômenos de ordem inferior, mas devem ser abordados por suas relações internas (LEVI-STRAUSS, 2014).

O estruturalismo estuda as estruturas que sustentam os fenômenos da vida humana. Estrutura significa um todo composto por elementos que se inter-relacionam. É um sistema relacional ou um conjunto de sistemas que se inter-relacionam (como o parentesco). Cada um de seus elementos é interdependente e está determinado por sua relação com os demais (LEVI-STRAUSS, 2014).

O estruturalismo considera a existência de estruturas de superfície (detectadas diretamente pela observação) e estruturas profundas (que estão por trás do aparente e imediato). Cada estrutura superficial pode estar relacionada com várias estruturas profundas e cada estrutura profunda pode fazer referência a diversas estruturas superficiais. O sistema relacional resultante revela o significado do que existe para além do manifestó, tornando inteligível. Neste sentido, a estrutura tem um perfil dinâmico, dependendo do contexto histórico e social, e está sujeita a possibilidade de manifestação de diferentes significados, segundo a pressão cultural e o fator histórico (LEVI-STRAUSS, 2014).

O MEDC também se embasa no funcionalismo. Malinowski entende o funcionalismo como um processo de busca e compreensão das instituições da vida, definindo instituição como um conjunto de ideias, crenças, valores e

normas que condicionam a transformação social. O funcionalismo trata de explicar os fenômenos de acordo com suas funções. Desta forma, cada instituição está determinada por uma ou mais funções, e cada elemento da cultura exerce sua função dentro de uma estrutura social mais ampla. Malinowski mostra que o ser humano tem uma série de necessidades (como nutrição, segurança, crescimento), que são satisfeitas por instituições sociais e culturais. A cada função, se atribui uma instituição (MALINOWSKI, 2009).

O MEDC, em seu conjunto de estruturas tem um caráter sistêmico e dialético, pois seus elementos se relacionam entre si de modo que qualquer mudança entre eles causa modificação nos demais. O modelo compartilha esta natureza dinâmica, o que confere seu caráter dialético perante os fenômenos das cuidados de enfermagem (SILES, 2016).

O MEDC se fundamenta na dialética como forma de valorizar a realidade histórica e social, entendendo o processo saúde-doença como um processo dialético e cultural. No marco deste modelo, uma teoria sempre se submete a mudanças depois de sua aplicação na prática. O resultado consiste na síntese entre o momento prévio à aplicação teórica e a resistência que gera o entorno à dita implementação. A síntese contém elementos novos que constituem a realidade prática após o emprego da teoria, mas essa realidade está integrada, por sua vez, por componentes que existiam antes dessa ação. Isto é, a prática substancialmente mudada pelas aplicações teóricas transforma as teorias em um processo contínuo de retroalimentação. A teoria muda a prática, e a prática retroalimenta as novas teorias (Figura 5) (SILES, 2016).

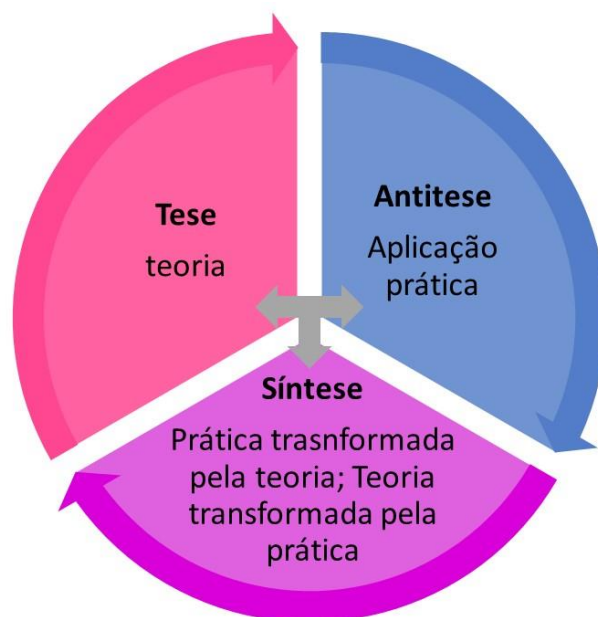


Figura 5. Modelo estrutural dialético dos cuidados para o estudo o histórico-antropológico dos cuidados. Fonte: Adaptada de Siles e Solano (2009).

Na Universidad de Alicante, no grupo de investigação “Enfermagem e Cultura dos Cuidados”, o MEDC foi aplicado em diferentes temáticas e contextos, tais como: perspectiva intersectorial e antropológica do sistema hospitalar; cultura e gênero na gestão de enfermagem; significado da experiência de cuidar de pacientes indígenas; experiências e cenas de luto no idoso; mutilação genital feminina em mulheres imigrantes. O MEDC também foi útil em pesquisas etnográficas de práticas clínicas e estudos históricos em diferentes contextos (cólera, formação de parteiras, papel social da mulher nos cuidados durante a pré-história, a enfermagem no Chile colonial) (SILES, 2016).

7 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

7.1 Caracterização do estudo

Diferentemente da arte e da poesia que se baseiam na inspiração, a pesquisa é um trabalho artesanal que não prescinde da criatividade, realiza-se fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular (MINAYO, 2014, p. 26).

Para atingir o objetivo proposto foi realizado um estudo com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A investigação qualitativa traça um peculiar processo de trabalho em espiral que começa com uma pergunta e termina com uma resposta ou produto que, por sua vez, dá origem a novas interrogações. Aplica-se ao estudo das relações, representações, significados, crenças e percepções, fruto das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, como constroem suas vidas e a si mesmas (MINAYO, 2014).

A opção pela abordagem qualitativa resultou da intenção de compreender a perspectiva que as próprias enfermeiras atribuem acerca de suas experiências educativas com escolares. Portanto, a pesquisa será realizada a partir do estabelecimento de processos comunicativos com os participantes para estimular o compartilhamento coletivo de crenças, valores e significados do seu processo educativo (MINAYO, 2014).

A abordagem descritiva permite apresentar as características da população estudada, tanto de dados objetivos tais como, sexo, idade, formação, quanto dados subjetivos, como concepções, atitudes e crenças de uma população. A perspectiva exploratória valoriza a interação entre a pesquisadora e as interlocutoras e proporciona o contato com o espaço onde ocorrem os fenômenos (MINAYO, 2014).

7.2 Contextualização do local de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil (Figura 6). O Rio Grande do Sul é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localizado na Região Sul do país, possui como limites o estado de Santa Catarina ao norte, o oceano Atlântico ao leste, o Uruguai ao sul e a Argentina a oeste. Pelotas está localizada a 250 quilômetros de Porto Alegre, a capital do estado, e está entre as idades mais populosas do Rio Grande do Sul. O município localiza-se às margens do Canal São Gonçalo. Possui área de 1.921,80 km², limita-se ao norte com os municípios de São Lourenço do Sul e Turuçu; ao sul com os municípios de Capão do Leão e Rio Grande; a leste com a Lagoa dos Patos e ao oeste com os municípios de Canguçu e Morro Redondo. Sua população é composta por 323.034 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2016).

O nome do município, "Pelotas", é originário das embarcações (de varas de corticeira forradas de couro) utilizadas pelos primeiros colonizadores – padres jesuítas, portugueses e espanhóis – usadas para a travessia dos rios na época das charqueadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2016).

A região de Pelotas é a maior produtora de pêssego para a indústria de conservas do País, além de outros produtos como aspargo, pepino, figo e morango. O município responde por aproximadamente 28% da produção de arroz do Estado, 10% da produção de grãos, 16% do rebanho bovino de corte, e detém a maior bacia leiteira, com a produção de 30 milhões de litro/ano, além de possuir expressiva criação de cavalos e ovelhas (28% do rebanho e eqüinos e 30% da produção de lãs) (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2016).



Figura 6. Localização do município de Pelotas no estado do Rio Grande do Sul.

O Índice de Desenvolvimento Humano de Pelotas, que indica as condições de saúde, educação e renda da população, é de 0,739 (os valores de referência máximo é 1 e mínimo 0). No Ranking decrescente do IDH dos municípios do Brasil, realizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Pelotas ocupa a 795ª posição (PNUD, 2016).

Pelotas apresenta 52 Unidades Básicas de Saúde, destas, 40 são Estratégia Saúde da Família (ESF). Atualmente 21 destas ESF aderiram ao Programa Saúde na Escola (PSE).

O estudo de Nunes *et al.*, (2014), avaliou as desigualdades no acesso, utilização e qualidade da atenção à saúde associadas a características socioeconômicas, no município de Pelotas. Os resultados da investigação sinalizam problemas na atenção prestada pelos serviços de saúde, especialmente entre a população que utiliza unidades básicas de saúde da zona urbana do município. As principais falhas dos serviços são a falta de acesso e o grande tempo de espera por atendimento, sobretudo entre indivíduos com menor capacidade econômica que buscaram serviços de atenção primária à saúde.

7.3 Participantes do estudo

As participantes do estudo foram 16 enfermeiras que atuam no Programa Saúde na Escola, vinculado às Estratégias de Saúde da Família de Pelotas, Rio Grande do Sul.

7.4 Critérios para seleção dos participantes

Foi realizado convite às 21 Estratégias de Saúde da Família de Pelotas vinculadas ao Programa Saúde na Escola, a fim de apresentar a proposta do estudo. Nas ESF que possuíam mais de uma equipe de saúde, foi solicitado às mesmas a indicação de uma enfermeira para participar do estudo.

Foram levados em consideração alguns *critérios de inclusão* dos participantes:

- i) Possuir contrato efetivo com a ESF na qual possuem vínculo empregatício;
- ii) Possuir vínculo com a escola integrante do PSE;
- iii) Desenvolver atividades com os escolares.

Como *critérios de exclusão* das enfermeiras participantes foram considerados:

- iv) Estar em férias no período da coleta de dados;
- v) Estar em período de licença médica ou licença maternidade durante a coleta de dados.

Dentre as 21 enfermeiras contatadas, três não participaram da investigação por não realizarem atividades na escola e duas por referirem não ter tempo para a pesquisa.

7.5 Princípios éticos

Neste estudo foi respeitado o Capítulo III¹, da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/2007, artigos 89, 90 e 91, das responsabilidades e deveres e também, artigos 94 e 98, das proibições e também a Resolução nº 466 de 2012² de competência do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que emana diretrizes sobre pesquisa com seres humanos (COFEN, 2007; BRASIL, 2012).

Em consonância com a Resolução nº 466 de 2012, aos participantes do estudo foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I). Após a leitura, foi solicitado, mediante concordância, que o assinassem, em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante e outra permaneceu com a pesquisadora.

Foi enviada uma carta de anuência para a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, comunicando os objetivos do trabalho, juntamente com uma cópia do projeto a fim de solicitar a autorização para coleta de dados com as enfermeiras, a qual foi concedida pela Superintendente de Ações e Saúde (Anexo I) e pela Secretária Municipal de Saúde (Anexo II).

As enfermeiras participantes da pesquisa tiveram e terão acesso a todas as etapas do estudo e contribuirão com a construção do conhecimento acerca do tema, ou seja, compartilharam suas experiências sobre o processo de educação em saúde no contexto escolar.

A proposta envolveu exclusivamente a realização de entrevista semiestruturada e entrevista grupal, não incluindo nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico, ou experimento com seres

¹ Capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) no que consiste as responsabilidades e deveres: Art. 89º - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90º - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e a integridade da pessoa. Art. 91º - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos resultados. No que consiste as proibições: Art. 94º - Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 98º - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

² Resolução nº 466/12 é regulamentada na pesquisa envolvendo seres humanos, fundamentando-se no respeito à dignidade humana, exigindo que toda a pesquisa deve processar após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e ou seus representantes legais manifestem a sua ausência na pesquisa.

humanos. As participantes participaram do estudo por livre e espontânea vontade. Também foi assegurado a interrupção ou a desistência da participação do estudo, a qualquer momento, sem prejuízo algum, caso fosse de vontade das mesmas.

A pesquisa apresentou como benefícios às participantes o exercício de refletir sobre os obstáculos encontrados no desenvolvimento das ações educativas em saúde no contexto escolar, bem como a análise sobre possibilidades de construir práticas sociocríticas com os escolares.

Visando assegurar o anonimato dos participantes, eles foram identificados através da palavra: enfermeira (a), seguido por algarismo arábico. Ex.: enfermeira 1.

As informações recolhidas por meio das entrevistas, assim como os termos de consentimento, terão cópia física armazenada por cinco anos no domicílio da pesquisadora e estarão também armazenadas em banco digital por cinco anos (no computador do Laboratório de Cuidado em Saúde e Plantas Bioativas – Universidade Federal de Pelotas). Após este período, os registros com versão em papel serão incinerados e os arquivos virtuais serão excluídos do computador, assim como de todos os pendrives e outros dispositivos de armazenamentos móveis.

7.6 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a agosto de 2015 por meio das técnicas de entrevista semiestruturada e entrevista grupal. A seguir, será descrito o processo de condução de cada etapa da coleta de dados e os quesitos teórico-metodológicos das técnicas.

Antes de iniciar a coleta de dados, foram realizados contatos individuais com as enfermeiras, via telefone ou encontro pessoal no local de trabalho das mesmas, com o objetivo apresentar a proposta e realizar o convite para participar da pesquisa. Na véspera de cada encontro foi realizado contato via telefone para confirmar o horário e o local.

A coleta de dados foi conduzida em duas etapas: 1) Entrevista semiestruturada; 2) Entrevista grupal.

A entrevista semiestruturada segue um roteiro para orientar uma conversa com o pesquisado, devendo constituir-se no elemento facilitador da abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2014). A entrevista grupal é adequada à abordagem de grupos sociais atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas (LAKATOS, MARCONI; 2008).

Na **etapa 1** foi realizada entrevista semiestruturada com as 16 enfermeiras participantes (Apêndice II). A entrevista consiste em uma das ferramentas mais utilizadas pela pesquisa qualitativa para alcançar os objetivos e pode ser vista como um conjunto de perguntas, que aponta fundamentalmente para as preocupações do investigador, sendo considerada um instrumento essencial para apreensão da realidade, pois é possível, recolher intencionalmente as informações dos investigados, mediante seus depoimentos (TRIVINOS, 2001). Neste estudo, as entrevistas foram gravadas em áudio, mediante gravador digital, no próprio local de trabalho das participantes, em ambiente privativo.

No momento final das entrevistas, a pesquisadora convidou cada enfermeira a participar de um encontro comunicativo no espaço da Secretaria Municipal de Saúde, no mês de agosto (1 mês após a última entrevista). O convite foi reforçado uma semana antes do encontro, pela entrega de um convite oficial, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (durante uma reunião com todas as enfermeiras e em algumas visitas às unidades de Saúde).

A **etapa 2** da investigação foram realizadas em um turno, das 13:30 h às 18:30 h. No início do momento, a pesquisadora explicou o objetivo do encontro e a dinâmica das atividades. Em seguida, foi realizada uma integração entre os presentes. Em pares, todas se apresentaram (Interlocutora “A” apresentava a Interlocutora “B” e sua concepção de educação em saúde em uma palavra ou expressão). As palavras proferidas pelas participantes foram sendo escritas em um cartaz pela pesquisadora.

A partir do que as enfermeiras definiram como educação em saúde, iniciamos o diálogo sobre as diferenças entre educação em saúde tradicional e educação em saúde sociocrítica. Na continuidade, com o apoio de uma apresentação em *PowerPoint*, conversamos sobre o modelo tradicional e

sociocrítico de educação em saúde; o suporte do Ministério da Saúde para desenvolver atividades na escola – a exemplo do “Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação” e do “Adolescentes e Jovens para a Educação entre pares” – e o referencial teórico da enfermagem sociocrítica.

Ao final deste primeiro momento, a pesquisadora mostrou experiências brasileiras inovadoras realizadas por enfermeiras na educação em saúde escolar, dentre elas, estratégias como teatro, dança, jogos, filmes, dinâmicas envolvendo alimentos, oficinas sobre ambiente e plantas medicinais, entre outras.

Em diversas circunstâncias, as participantes expuseram exemplos de atividades que se enquadram nas duas perspectivas de ES: campanhas de vacinação e palestras por um lado, e atividades participativas, por outro.

Após intervalo, as enfermeiras foram convidadas a discutirem sobre pontos específicos, segundo o roteiro da entrevista grupal (Apêndice III). A dinâmica foi conduzida pela pesquisadora, com o apoio de três observadoras e de uma pessoa responsável pela gravação e registro fotográfico. O debate foi conduzido com base em três questões centrais: Quais são os principais obstáculos para o desenvolvimento de práticas educativas sociocríticas com escolares? O que podemos fazer frente a estes obstáculos? Como seria o ideal de educação em saúde com escolares?

Ao final do debate, foi realizada uma síntese da discussão em três cartazes: *i)* obstáculos ou dificuldades; *ii)* estratégias de superação; *iii)* potencialidade das práticas sociocríticas. No encerramento, as enfermeiras expressaram sugestões e críticas quanto ao andamento da atividade.

Para o registro das percepções decorrentes das diferentes técnicas de coleta de dados, foi realizado diário de campo, que segundo Minayo (2014) é um instrumento ao qual o pesquisador recorre em qualquer momento da rotina do trabalho que está realizando. Nele, podem ser colocadas interpretações da realidade estudada, bem como a experiência, percepções, angústias, questionamentos, fragilidades e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas.

7.7 Análise dos dados

A análise das entrevistas foi realizada por meio do Modelo Estrutural Dialéticos dos Cuidados, associada ao *software* Atlas/ti, versão 7.1, desenvolvido para a análise de dados qualitativos. Este programa não tem como objetivo automatizar o processo de análise, mas sim, simplificar o gerenciamento das informações codificadas para que o pesquisador possa interpretá-las (FERREIRA *et al.*, 2012).

No programa *Atlas.ti*, cada arquivo do conjunto do material de campo transcrito é chamado de *primary documents* (documento primários), que, em seu conjunto, forma uma *hermeneutic unit* (unidade hermenêutica). A sistematização da unidade hermenêutica é realizada pela codificação de categorias e pelas relações que se estabelecem entre elas.

Primeiramente cada documento primário foi lido linha a linha, para a indicação dos *codes* (códigos). É transformação dos dados brutos em informação passível de análise. As citações/fragmentos/unidades de sentido de texto, são denominados *quotes*. Nesta investigação, alguns códigos originaram-se do referencial teórico, do objetivo e do pressuposto formulados. Outros, emergiram durante o processo da exploração do material.

Neste processo analítico, os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são elucidadas a partir dos dados. É o ato de revelar, nomear e desenvolver conceitos, onde se abre o texto e se expõem pensamentos, ideias e significados contidos no mesmo. Durante esta codificação, os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e diferenças, sendo agrupados em conceitos mais abstratos, conhecidos por categorias.

Logo após o processo de codificação linha a linha, iniciou-se uma comparação em torno de assuntos em comum, relacionando as categorias emergentes, o que permitiu a construção de três famílias: Unidade funcional, Marco funcional, Elemento funcional (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição das Categorias nas Unidades do MEDC

Categorias	Famílias		
	Elemento funcional	Marco funcional	Unidade funcional
	Perfil dos atores	Cultura e território	Crenças e valores na educação em saúde escolar
	Formação profissional	Gestão do PSE	Concepções das enfermeiras
	Atuação das enfermeiras nas práticas educativas	Conformação do PSE	Ideias, motivações e desejos de mudança na educação em saúde escolar
	Estratégias de condução das ações	Intersetorialidade	

8. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram divididos em quatro capítulos: O primeiro, intitulado “Elementos da implementação das ações de educação em saúde escolar pela enfermeira”, discute o elemento funcional da pesquisa, que são os atores responsáveis pelo cuidado, neste caso, as enfermeiras que atuam na educação em saúde escolar. No segundo capítulo, intitulado “O cenário das ações educativas: limitações para a atuação das enfermeiras”, é realizada a discussão do marco funcional do estudo, que faz referência ao cenário, território, infraestrutura, circunstâncias e condições em que ocorrem os fenômenos relacionados aos cuidados de enfermagem, que, nesta pesquisa, remete ao aos elementos que compõe o contexto da educação em saúde escolar.

O terceiro capítulo denominado “os pilares motivadores das ações educativas de enfermagem”, trata da unidade funcional da pesquisa, caracterizada como a estrutura socializadora básica que impulsiona a realização de ações. É onde são construídos e transmitidos valores, crenças, conhecimentos, atitudes e sentimentos. Essa estrutura carrega o mundo da vida desses atores (subjetividades, relações interpessoais, normas sociais, cultura). Assim, a enfermeira, ao incorporar-se na saúde escolar, desenvolve seus conceitos, valores e crenças sobre este contexto de trabalho. O quarto capítulo, intitulado “A síntese de uma caminhada: construindo possibilidades de uma prática sociocrítica na interação com as enfermeiras”, retratada o produto da entrevista grupal.

8.1 Elementos da implementação das ações de educação em saúde escolar pela enfermeira

Dentre as 16 enfermeiras participantes desta pesquisa, 14 são do sexo feminino, cinco atuam no território rural e 11 no território urbano do Município de Pelotas/RS. A idade variou entre 32 a 52 anos, o tempo de formação, de 8 a 31 anos. A frequência da realização de atividades variou de duas vezes ao ano a uma vez por semana. A maioria das enfermeiras relata que antes de existir o SPE (Saúde e prevenção na Escola) ou o PSE, já realizava atividades na escola, mas com a criação do Programa, as atividades se tornaram mais frequentes. As enfermeiras também declararam não ter formação complementar em saúde escolar.

A fragilidade de educação permanente é um entrave ao contexto atual da sociedade, que tem colocado muitos desafios e demandas às enfermeiras, especialmente a reelaboração de seu labor educativo. Hoje vivemos um ciclo vicioso, derivado da globalização e do capitalismo, que aumenta exponencialmente as desigualdades, agudizando a pobreza, a exclusão social, as injustiças, a violação de direitos humanos e as precárias condições de vida e saúde. Nesse contexto, os trabalhadores da área da saúde têm compromisso cada vez maior: promover práticas críticas e emancipatórias em contextos de opressão.

Essa realidade se depara com um cotidiano laboral permeado de tarefas mecânicas, normas e exigências pré-determinadas, que tencionam a uma ação padronizada, reproduzindo discursos e práticas hegemônicos. Alguns elementos desafiadores das ações podem ser destacados pelos discursos das enfermeiras, tais como a falta de tempo, de funcionários, de verbas e de estrutura. Também foram elencados como elementos a descontinuidade do trabalho pelos colegas, a pouca efetividade das ações, a falta de instrumento avaliativos, a frequência irregular das atividades e a cobrança da população por atendimento clínico.

“Estamos sempre correndo contra o tempo (...) é que nem bombeiro apagando fogo, não tem uma efetividade, por falta de tempo, de funcionários, de verbas, de estrutura, e por aí vai (...) As atividades com certeza deveriam ser mais planejadas, mais organizadas, mais

educativas, deveriam ocorrer mais vezes, ter uma regularidade, mas na verdade a gente acaba indo mais é pras campanhas de vacinação. Eu não consigo nem parar pra avaliar essas atividades. A gente só vai rapidinho e volta. Então fica muita coisa pendente” (Enfermeira 7).

“Aqui na unidade nós temos muito serviço pra realizar ao mesmo tempo. É muita demanda pra só duas equipes. Tem visita domiciliar, triagem, pré-natal, puericultura, vacinação, teste rápido, curativo, saúde na escola e por aí vai. Somado a isso, tem outras coisas que atrapalham (...) em algumas situações você precisa da continuidade do cuidado com outro profissional, outro serviço, mas isso muitas vezes não acontece (...). Parece que a gente nunca dá conta, algumas vezes é frustrante” (Enfermeira 1).

“Essas atividades de educação escolar acaba sendo eu que faço, porque a técnica de enfermagem não gosta muito desse tipo de atividade, o médico acaba que não faz outras atividades além das consultas (...) porque, aí “ah o médico” mais um dia que o médico saiu da unidade. A população já fica assim né? Já fica indignada e acha que o médico tá matando serviço né? Sendo que não né. Seria muito mais proveitoso a participação dele também” (Enfermeira 13).

A elevada carga de atividades realizadas pelas enfermeiras, somada à demanda de atendimento do território e à precariedade das condições de trabalho foram elementos muito expressados pelas enfermeiras. Esta realidade dificulta a implementação de programas de promoção e educação em saúde, previstos na ESF. O paradigma racional-tecnológico, que está enraizado na gestão, no cotidiano das ações em saúde e nas condições de trabalho, entrava a efetivação dos pressupostos da ESF.

Os discursos das enfermeiras revelam que o gerenciamento das demandas é orientado por uma ótica racional com ênfase na produção e controle de resultados, o que leva muitas vezes à realização de um cuidado fragmentado com tendência à alienação, ou seja, à repetição de tarefas sem produção de sentidos.

O estudo de Pires *et al* (2016) analisou as cargas de trabalho de profissionais de enfermagem de ESFs das Regiões Sul, Centro-Oeste e Norte do Brasil. A investigação apontou que o modo de trabalhar na ESF tem gerado aumento das cargas de trabalho dos profissionais de enfermagem, destacando-se a sobrecarga de trabalho, o excesso de demanda, problemas na estrutura física das unidades e falhas na rede de atenção.

O elevado acúmulo de tarefas relatado pelas interlocutoras desta pesquisa se associa ao fato de que o compromisso e a organização das ações educativas fica a cargo da enfermeira na maioria das situações, dado também

evidenciado no estudo de Andrade *et al* (2013). A integração de outras áreas/profissões nas atividades educativas, permite, além do compartilhamento de tarefas, distintos olhares a um mesmo fenômeno, ampliando as possibilidades inovadoras de cuidado e enfrentamento de vulnerabilidades.

A oportunidade de problematizar as circunstâncias que rodeiam o território de atuação das enfermeiras é muitas vezes dificultada pela fragilidade de uma formação clínica e técnica. Auxiliar as enfermeiras a traçarem um novo caminho, implica em uma educação profissional reflexiva, de questionar a realidade, se posicionar e agir no mundo de forma crítica.

O pensamento fundamentado na doença não permeia apenas a formação dos profissionais. Conforme relatado pela enfermeira 13, a população tem a visão de que os profissionais devem permanecer no interior dos serviços prestando assistência clínica. Este fenômeno é discutido por diversos autores (BYDLOWSKI *et al* 2004; TESSER *et al* 2010) que tecem críticas à valorização da biomedicina como a única ou mais importante estratégia de promover a saúde. Modificar essa cultura, enraizada pela comunidade e pelos profissionais, é um desafio para viabilizar a proposta do SUS e o pensamento crítico em saúde.

Nos discursos a seguir, as enfermeiras salientaram novos elementos relacionados à implementação das ações, relacionados à formação obtida na graduação e à educação permanente e continuada, na qual salientam a inexperience no conhecimento de dinâmicas, na capacidade de trabalhar com crianças e adolescentes e na habilidade de lidar com distintos tipos de comportamentos.

Eu sinto falta de capacitações pra conhecer dinâmicas, pra trabalhar com os adolescentes (...). Quando a gente recebe esse incentivo, isso nos motiva a seguir né? a acreditar que ainda é possível a gente investir na educação (Enfermeira 15).

E acho que todos os profissionais teriam que passar por um programa educativo, pra aprender estratégias de como lidar com as crianças e os adolescentes (...)Tu vais ter que saber lidar com aquele que é engraçadinho, com o desatento, com o outro que quer chamar atenção, com o tímido (...) ai tem que criar estratégias para envolver os estudantes, fazer todo mundo interagir (Enfermeira 3).

Eles criam um programa pra gente implementar, mas não nos instrumentalizam. Eu me formei há muito tempo, nem se falava em saúde coletiva na forma como temos hoje. Então, depende do que

cada profissional busca de maneira individual, da criatividade e do interesse de cada um (Enfermeira 10)

Há evidências sobre o papel central da ESF na reorientação do sistema de saúde e na promoção do cuidado integral aos cidadãos. Contudo, o despreparo para trabalhar com educação em saúde em virtude do pouco contato com estratégias críticas e criativas é uma realidade vivenciada pelos profissionais (TESSER *et al.* 2011, MICCAS; BATISTA, 2014).

Para atingir o objetivo de ensinar e aprender de maneira sociocrítica, a capacitação dos profissionais é uma estratégia central. Dentre as estratégias do PSE para alcançar seus propósitos está a educação permanente e capacitação de profissionais da saúde e da educação. Contudo, há uma insatisfação geral por parte das enfermeiras participantes da pesquisa, que se sentem despreparadas para atuar em uma lógica que ultrapasse as habilidades técnicas e o conhecimento clínico.

Discussões a nível nacional (Conferências Nacionais de Saúde) e internacional (Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde) ressaltam a necessidade de formação e qualificação de recursos humanos para atuar de maneira condizente com o contexto cultural, da população. Há um consenso também entre trabalhadores do SUS, gestores e pesquisadores, de que a formação dos profissionais da saúde afeta a qualidade do cuidado prestado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Os currículos universitários da enfermagem e da área da saúde pautam-se no paradigma racional-tecnológico, que enfatiza a atuação sintoma-conduta. Essa condição direciona ações que valorizam práticas clínicas no interior das unidades de saúde. Tal formação reflete no modo como as enfermeiras se engajam com dificuldades em ações coletivas, e, particularmente, em atividades com escolares.

As práticas educativas da enfermeira no contexto escolar continuam procurando detectar o “problema” e propor a “solução”, com desatenção ao contexto territorial. O problema é que nessa lógica quem determina a dinâmica do cuidado é conhecimento profissional. Essa cultura de hierarquia do saber é automatizada pelo uso frequente de uma sólida e histórica credibilidade do saber científico em detrimento do saber social. Romper com este ciclo requer a

formação e a educação permanente dos profissionais para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque em ações coletivas. Isso significa manter um diálogo com igualdade de condições entre os atores e com o uso de metodologias educativas problematizadoras, sobretudo com escolares.

As enfermeiras desta investigação sentem a necessidade de conhecer dinâmicas e estratégias para trabalhar com crianças e adolescentes, que demandam o uso de estratégias ativas e críticas. A literatura aponta alguns referenciais teóricos metodológicos para guiarem práticas educativas, como a Problemática e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) (CYRINO, PEREIRA; 2005).

A problematização tem origem na educação popular de Paulo Freire, portanto, não parte de problemas previamente dados. O conhecimento é construído pelo movimento de pensar criticamente sobre a realidade, e agir para modificar posições ingênuas e acríticas. A ABP tem origem na Teoria da Indagação de John Dewey, na qual a aprendizagem parte de situações definidas previamente a partir da experiência concreta dos educadores e educandos, possibilitando estipular, a cada problema, objetivos de aprendizagem bem definidos. Ambas estratégias instigam a curiosidade e a criatividade a partir do concreto, conferindo significado à aprendizagem.

Quando indagadas sobre como conduzem as atividades educativas com os escolares, algumas enfermeiras relataram o uso de cartilhas e manuais fornecidos pelo Ministério da Saúde ou outras estratégias, como cartazes e folders.

A gente trabalha com o material que é fornecido pelo ministério né, os manuais, o álbum seriado, que são os trabalhos produzidos justamente pra subsidiarem os profissionais que queiram trabalhar com o saúde nas escolas. (...) Ele inclui assuntos de DST/AIDS, assuntos de violência, sobre bullying, sobre hepatites virais, sobre sexualidade, sobre o desenvolvimento do corpo masculino e feminino né? (...) Eu tenho usado só o álbum seriado mesmo, ele é bem completo, tem figuras bem interessantes, tem informações (Enfermeira 3).

É muito interessante esse manual sobre DST/AIDS (...) nós tiramos muitas dinâmicas, ou então eu pesquiso alguma coisa na internet. Outras vezes surge da conversa entre a gente “ah eu acho que dá pra fazer isso, dá pra fazer aquilo”, mas a grande parte é do manualzinho ou do próprio site do ministério (Enfermeira 15)

Eu não conheço esses materiais que tu falou (manuais do ministério da saúde) (...) Eu faço palestras, as vezes levo cartazes, informativos ou folders (...) a gente não tem data show, a gente não tem slides, a gente não tem o recurso, porque a prefeitura não nos oferece os recursos (Enfermeira 16).

Eu vou lá pra dar umas palestras, não sou de levar muita coisa (...). Os alunos gostam, porque o professor sai da sala e eles se sentem livres pra fazer mais barulho, e também porque é diferente das aulas deles que o professor só escreve no quadro neh (Enfermeira 1)

Eu conheço os manuais do saúde na escola, já utilizei em algum momento, mas eu não tenho muito tempo pra elaborar alguma coisa diferente (...), que seja mais interessante, mais chamativo pra eles (escolares), sabe? Nas últimas vezes eu consegui ir lá rapidinho pra falar DST, de HPV, de drogas (...) mas é muito corrido, não dá tempo de fazer uma preparação (Enfermeira 6)

O Ministério da Saúde disponibiliza alguns materiais que padronizam as práticas educativas em saúde. Estes materiais podem ser vistos como estratégias que facilitam ou normatizam as práticas dos profissionais, visto que apresentam um roteiro de desenvolvimento de atividades e temas prioritários. Dentre eles, o “Adolescentes e Jovens para a Educação entre pares”, traz sugestões de oficinas, debates e leituras sobre saúde sexual e reprodutiva. Na metodologia educação entre pares, os adolescentes atuam como facilitadores das atividades com e para outros adolescentes (pares) (BRASIL, 2011).

Este material traz esclarecimentos sobre como implementar metodologias participativas e como estimular o empoderamento. Os materiais apresentam algumas atividades e estratégias possíveis sobre dinâmicas de trabalho, como debates a partir de expressão artística, eventos de arte e cultura (projeção de filme com debate, música, dança, teatro), gincana solidária e cultural, intervenção na comunidade (pesquisa sobre a situação do bairro), audiovisuais e outros (BRASIL, 2011).

Na área da saúde escolar, o MS também disponibiliza o “guia para a formação de profissionais de saúde e de educação”, que orienta a construção de um conhecimento compartilhado em torno de situações relacionadas à infecções sexualmente transmissíveis e à AIDS. Este guia é composto por sete unidades temáticas com o detalhamento de 38 oficinas em torno da saúde sexual. O intuito é oferecer elementos que viabilizem atividades lúdicas com os escolares (BRASIL, 2007).

Apesar da disponibilidade desse material, algumas enfermeiras relatam o desenvolvimento de suas ações educativas por meio de palestras ou

materiais informativos, seja por desconhecimento dos guias, seja por indisponibilidade de tempo. Sem a intenção de desvalorizar estas ações informativas, é importante lembrar que existe uma longa caminhada de evidências sobre as fragilidades da educação em saúde como transferência de conhecimento, que traz pouca ou nenhuma possibilidade de pensamento crítico do cidadão. É uma forma de interação que reafirma um saber dominante e a responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde.

As críticas à educação como um instrumento de transferência de conhecimentos têm levado muitos profissionais a trabalharem com formas alternativas de educação em saúde (ROZENDO, 2016; CEOLIN, *et al.*, 2016; CHINN, FALK-RAFAEL, 2015; MITRE *et al.*, 2008) especialmente com métodos que valorizam a comunicação e interação entre os atores. Essa perspectiva crítica da educação em saúde foi relatada por quatro enfermeiras, que compartilharam algumas experiências com os escolares. Elas descreveram formas inovadoras de educação em saúde, a exemplo de teatro, discussão em pequenos grupos, passeios, brincadeiras e gravação de vídeos, que são maneiras alternativas de pensar e fazer uma ação comunicativa. São estratégias capazes de integrar as demandas elencadas pelo PSE às singularidades do grupo de educandos.

Eu me considero um professor na área da saúde quando eu estou ali (na escola), e nós temos que usar essas dinâmicas, o teórico-prático, pra fazer com que com que eles se envolvam na questão do aprendizado, porque se for muito teórico esse aluno vai se dispersar (...). Eu tenho que pensar que a gente tá lidando ali com adolescentes, pré-adolescentes e que pra eles assim, só aquela coisa áudio visual, às vezes não é tudo (...). E isso às vezes é difíceis pra nós, porque a gente não foi formado nem capacitado pra trabalhar desta forma né? (...) mas aí a gente vai fazendo uma leitura do dia-a-dia, do que a gente pode mudar, e a gente vê que é possível, sem grandes recursos a gente consegue né? A gente estimula eles a questionarem, participarem, a gente apresenta vídeos (...). Se a gente utiliza alguma dinâmica, algum joguinho, alguma coisa para o aluno manipular, é melhor, porque o aluno precisa exercitar, precisa estimular outros sentidos pra ter o momento de reflexão. (...) No final de cada atividade, a gente abre espaço para crítica, pra ver se eles querem uma outra forma de trabalhar, outra metodologia (...). A gente vai aprendendo junto né? Só o tempo que faz a gente refletir, amadurecer. A gente faz uma análise crítica também desse trabalho, e eu acho que isso fez com que a gente fosse aos poucos mudando algumas metodologias né? (Enfermeira 5)

A gente tem basicamente dois momentos. Um momento é na escola, com toda a turma, que geralmente eles ficam mais retraídos porque tão no grande grupo né. E tem o momento que é o pequeno grupo né,

do projeto (nome do projeto) que nós criamos antes mesmo do SPE. Eu sento com eles, a gente fica embaixo da árvore (...), a gente tem uma tenda que a gente senta ali pra conversar e tal. Nesse momento eles participam muito mais do que quando eles tã no grande grupo, que eles tem receio de perguntar e falar (...). A gente dá uns papeizinhos e uma caneta pra eles, daí a gente diz “você podem escrever no papel e dobrar que ninguém vai ler, ninguém vai saber de quem é a pergunta”, daí eles fazem pergunta assim, é uma saída (Enfermeira 9).

A gente conseguiu fazer dois passeios, que um foi a palestra com o (nome do palestrante) (...) e o outro foi um passeio no (nome do local), agora no verão e foi muito legal, muitos deles nunca tinham ido na praia, nem conheciam. Então pra eles, assim, aquilo foi ótimo né (...). Na próxima semana a gente vai discutir com eles sobre o projeto de vida deles e os programas que tem de estagiário. Então a gente fala pra eles a importância deles se manterem estudando, pra conseguirem o estágio, porque daí eles vão ajudar a família, além de ter uma renda pra família, vão dar sequência nos estudos né (Enfermeira 9).

A gente tenta envolver o aluno e não fazer aquela metodologia antiquada, todo mundo sentado sem nada na cabeça e a gente falando, não! Pensando no Paulo Freire né, um aluno ativo, o aluno participando junto. Eu uso muito cartaz, uso quadro, eu escrevo alguma coisa de giz no quadro, faço com eles desenho, pintura (...) a gente faz brincadeira, faz rodinha, faz teatro, a gente fez gravação de vídeo. Inclusive, uma colega levou esse nosso trabalho numa mostra que teve da saúde da família (...). Eu tô sempre chamando alguém, até porque eu não tenho a formação de educação e sempre que dá eu convido alguém pra ajudar (Enfermeira 4)

Muitas vezes a gente faz articulações, traz outras pessoas (...) A gente articulava com o pessoal do DST e com o pessoal que é da Universidade Federal, que é do Hospital Escola, pra conseguir as em relação ao pulmão, e a gente levava vídeos, então articulava com vários setores. Aí um outro ano a gente fez diferente, foi em relação ao mosquito da dengue e aos primeiros socorros. Aí a gente entrou em contato com vários setores, um que era da zoonose da prefeitura, aí foi o pessoal lá fazer teatro pra eles, foi muito legal (...). Outro foi nesse mesmo ano, que teve o pessoal dos bombeiros também discutindo sobre incêndio (...), então é bem legal assim, porque não precisa ser tudo com o enfermeiro(...) (Enfermeira 13).

A gente constrói uma relação diferente do que num atendimento dentro de consultório, é uma comunicação diferente (...) Em alguns momentos a gente lança perguntas, por exemplo, pra gente não partir do nosso conceito de sexualidade enquanto profissional, a gente partia assim “o que que vocês tem dúvida em relação à sexualidade? Escrevam nos papéis, aí eu vou ir lendo as perguntas e a gente vai conversando em relação à isso” (Enfermeira 13).

Essa mudança de metodologia que a gente vai fazendo faz com que não só o aluno fique mais interessado, mas gente acaba aprendendo também, porque existe uma troca, porque as vezes a gente sai surpreso com as respostas que se tem. A gente usava aquela metodologia que o professor tá lá na frente passando conteúdo e o aluno sentado, ouvindo, escrevendo, absorvendo ou não esse conteúdo né? E a gente percebeu que só isso não era suficiente pra deixar o jovem ali ligado, assistindo, prestando atenção, eles se dissipavam muito (...). E hoje a gente vê que eles têm um foco de atenção maior, tem sempre uma expectativa quando tu chega lá (Enfermeira 5).

A riqueza desses discursos revela que dar voz aos cidadãos é um caminho fecundo para a construção do pensamento crítico dos escolares. Ficou claro que estas enfermeiras olharam para além das dificuldades estruturais e gerenciais. Optaram por não repetir um trabalho alienado e opressor. Construíram uma ação diferente, que é comunicativa, participativa e prazerosa.

Autores da educação popular defendem o uso de metodologias coletivas e criativas na área da saúde. De acordo com Penso (2013), ações bem-sucedidas junto a adolescentes apontam para um modo de mobilizá-los que passa por atividades de discussão em grupo com trocas de experiência. Albuquerque e Stotz (2004) defendem o emprego de estratégias educativas que sejam recriadoras da cultura popular, como o teatro, a música e a dança, os quais estimulam outros sentidos nas reflexões sobre os fenômenos. Esses referenciais teórico-metodológicos de linguagem crítica e com interface cultural são o caminho para estimular o pensamento crítico dos escolares a partir de estratégias que os envolvem de forma significativa no processo. A ação comunicativa (HABERMAS, 1987) gerada desse movimento é um pensar constante sobre os valores que originam as ações em um grupo e (re)moldelar novas ações e interações. No contexto da enfermagem escolar, o desafio é fazer do encontro educativo um espaço comunicativo e de ressignificação do cuidado.

Para além da inovação de métodos, as experiências verbalizadas pelas enfermeiras revelam um posicionamento crítico e político acerca de seu compromisso social com o território onde atuam. As enfermeiras revelam um ouvir sensível às demandas subjetivas dos escolares e relatam o aprendizado que tiveram com os escolares e com o processo educativo em si. Na perspectiva sociocrítica de educação em saúde (SILES, 1997), as pessoas expõem seus posicionamentos, se explicam e se complementam, e, apesar de suas diferenças, a enfermeira não se posiciona como soberana do conhecimento. É um tipo de ação comunicativa que acontece naturalmente, sem que muitas vezes haja a consciência de que aprender com o outro também é educar.

Mais que prevenir doenças, essa lógica visa desoprimir o cidadão para lutar por melhores condições de vida. Isso é enfermagem sociocrítica, é construir um processo ativo, coletivo, dialógico. É aprender e ensinar. É ver a totalidade em meio à fragmentação, é encontrar criticidade em meio à alienação.

Muito se discute sobre a necessidade de transitar de uma lógica racional-tecnológica a uma lógica sociocrítica, e essas enfermeiras da pesquisa deixaram claro que é no processo de educar, ensinar e aprender, que novos modos de pensar e agir são criados. A reflexão que elas realizam sobre suas práticas educativas é uma necessidade, pois sem isso a teoria torna-se mero discurso e a prática puro ativismo (FREIRE, 2011).

8.2 O cenário das ações educativas: limitações para a atuação das enfermeiras

Os cenários das ações educativas em saúde realizadas pelas enfermeiras do município de Pelotas (figura 7) incluem 16 escolas de ensino público vinculadas ao Programa Saúde na Escola e seu entrono territorial. Pelotas encontra-se a Sudeste do RS, tendo como limites territoriais Turuçu, São Lourenço do Sul, Rio Grande, Capão do Leão, Canguçu e Morro Redondo. O município possui área de 1.610,09 km², e uma população de 345 mil habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2016).



Figura 7. Local da coleta de dados, Pelotas, Rio Grande do Sul.

Pelotas apresenta 52 Unidades Básicas de Saúde, das quais 40 são ESF, sendo que destas, 21 estão vinculadas ao PSE. A cobertura de ESF de Pelotas representa aproximadamente 46% da população.

As populações mais vulneráveis do município – locais prioritários para a implantação do PSE – vivem em situação de alta vulnerabilidade, com precárias condições de saúde, educação, renda, moradia e saneamento básico. Algumas regiões, dentre as quais, a estudada por Kantorski (2009), não dispõe de abastecimento de água tratada, iluminação pública e rede de esgoto. Também se caracterizam por um elevado número de pessoas em situação de desemprego e um significativo número de pessoas que trabalham com catadores, utilizando o local de moradia como depósito de lixo.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida geral e sintética usada para classificar grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida da população. Pelotas possui IDH de 0,739, que é considerado IDH médio. Esse cálculo considera indicadores de longevidade (saúde), renda e educação. O índice até 0,499 é considerado baixo, entre 0,500 e 0,799 é considerado médio, e maior que 0,800 é considerado IDH alto (IBGE, 2010).

O levantamento do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) do município de Pelotas aumentou de 3,9 (2013) para 4,8 (2015) nas turmas até o quinto ano, porém, não alcançou 6,0 nem atingiu a meta do município (5,2). Esse valor é calculado com base no indicador de aprendizado (prova Brasil) e no indicador de fluxo escolar (taxa de aprovação). O indicador de fluxo, foi de 0,86, o que significa que cada 100 alunos, 14 não foram aprovados. O indicador de aprendizado, referente ao aprendizado dos alunos em português e matemática, foi de 5,64, sendo que esse indicador varia de 0 a 10.

Os territórios onde o PSE é implantado, estão situados em regiões mais vulneráveis do município. O contexto em que as enfermeiras trabalham apresentam situações com diferentes culturas, linguagens e saberes. As falas explanam as precárias condições socioeconômicas, situações de violência e drogadição vividas pelas comunidades. A conjuntura familiar dos escolares é

vulnerabilizada por contextos em que os pais estão presos ou vivem em situação de rua e não incentivam a educação dos filhos.

A comunidade daqui vive em um contexto de vulnerabilidade educacional e econômica muito grande. Eles são carentes de informação, de educação, mas a gente aprende muito com eles, até aprende como ele conseguem sobreviver nessa pobreza toda (...). As vezes eles não entendem quando tu fala de alguma doença, mas eles tem o palavreado deles, por exemplo, o mal do sétimo dia (...). Aí, tu tem que aprender a linguagem deles, eles tem outra cultura (Enfermeira 7).

As condições econômicas e de educação são bem difíceis, tem muita violência, drogadição, gravidez na adolescência (...) tem muitos alunos que não tem pais, ou porque estão na prisão, ou porque estão na rua se drogando (...) a violência tá bem acentuada (Enfermeira 10).

A vivência deles na escola não é uma coisa muito fácil, porque se a gente vai ver, os pais estudaram até a segunda ou terceira série, então eles [os escolares] tão com 14 ou 15 anos na quarta série e pra família tá tudo bem, porque eles já evoluíram bastante, os pais pensam assim. Então, não tem aquele incentivo da família pra que estude né. Pra eles, o filho sair do colégio não tem problema, eles não se importam, eles não participam da vida escolar (Enfermeira 14).

A lógica do PSE é justamente alcançar as populações mais vulneráveis e contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e educação em saúde.

Ao considerar a vulnerabilidade, entende-se que o PSE deva considerar que a suscetibilidade ao adoecimento envolve três dimensões: *i)* a dimensão individual, que se refere a aspectos biológicos, comportamentais e afetivos; *ii)* a dimensão social, que inclui os aspectos educacionais, culturais, sociais e econômicos (estão relacionados às oportunidades de acesso a bens e serviços); *iii)* e a dimensão programática, a qual analisa a influência das políticas, programas, serviços e ações nas situações de vulnerabilidade (AYRES, 2009).

No Brasil e na América Latina o conceito de vulnerabilidade é especialmente importante devido às desigualdades das condições de renda, escolaridade, moradia e alimentação, que geram contextos cada vez mais complexos e opressores. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento da ONU orienta que para combater as desigualdades sociais,

é necessário focar em políticas públicas para modificar os determinantes sociais de saúde e fortalecer os grupos sociais mais vulneráveis (PNUD, 2010).

Elaborar políticas públicas condizentes com as necessidades dos grupos populacionais e suas especificidades culturais significa estabelecer uma linguagem comunicativa centrada em aspectos significativos da vida das pessoas. Este é o caminho da transformação, que em um contexto emancipatório, só existe quando a cultura e os direitos humanos são respeitados, de modo que não se permitam condições de opressão (KAGAN, *et al.*, 2009).

A importância da educação e da linguagem em territórios vulneráveis foi enfatizada nos depoimentos das enfermeiras. A linguagem é um ponto central para a implementação das políticas públicas congruentes com a realidade dos grupos sociais. A racionalidade instrumental da linguagem, típica da sociedade moderna, utiliza recursos comunicativos regidos pelos interesses de ideologias dominantes, impulsionando práticas distantes das principais necessidades da população. Essa linguagem, que é estratégica e não comunicativa, tende a alienação e exclusão social do saber e das possibilidades de construção do pensamento crítico (HABERMAS, 2014).

A enfermagem sociocrítica anuncia essa nova lente para se aproximar do mundo da vida dos cidadãos, através de uma ideologia comunicativa e emancipatória. A linguagem em seu uso comunicativo estabelece um contexto de relações e interações sociais, que desencadeiam processos de transformação, tais como a luta contra obstáculos e contradições sociopolíticas e ideológicas.

Neste ponto, se constata a harmonia entre o pensamento de Habermas (interesse emancipatório) e Paulo Freire (educação libertadora). Eles concordam que, se as condições sociais distorcem a autopercepção do indivíduo (ser oprimido), as percepções formuladas por intermédio da ciência social-crítica permitirão que o mesmo reflita criticamente sobre seu mundo da vida, construindo respostas para suas necessidades (ser empoderado).

Com relação às exigências para o município aderir ao Programa Saúde na Escola, um dos requisitos é ter, em seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação e que possuem Estratégia de Saúde da Família.

Além disso, dentre os critérios de adesão para o PSE inserem-se os municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de até 3,2. Esses são critérios repactuados a cada ano pela Comissão Intersetorial de Saúde e Educação na Escola (CIESE) (BRASIL, 2015).

O programa é conduzido, no âmbito federal, pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (BRASIL, 2011).

Os Ministérios da Saúde e Educação compõem o Grupo de Trabalho Federal (GTF), que está encarregado da elaboração de diretrizes, avaliação e monitoramento do Projeto. A nível local, o município cria o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), composto por representantes das secretarias de saúde e de educação. O GTI precisa construir um projeto em que conste o diagnóstico situacional das escolas locais e o mapeamento da rede de atenção primária que possui Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Pelo contato direto com o território em que atuam, as enfermeiras conhecem a realidade da população adscrita, contudo, declaram que o programa determina diversas metas e temas a serem trabalhados durante o ano escolar. Ainda relatam que tentam fazer adaptações, pois já recebem os temas definidos. Outras, expressam a verticalidade da gestão e referem as atividades do PSE como uma obrigatoriedade (*“a gente vai ter que fazer”*). Esta falta de negociação e comunicação entre todos os atores envolvidos com o programa dificulta a integração entre o setor saúde e o setor educação.

A gente faz assim: no início do semestre letivo, lá por abril, nós vamos até a escola com os temas que o programa sugere e negociamos um espaço pra trabalhar (Enfermeira 15).

Eu me pergunto: A gestão nacional acha que sabe mais dessa comunidade do que eu, que trabalho aqui há tantos anos? (...). Com o tempo nós formamos um vínculo muito bom e eu passei a conhecer muitas crenças que eles praticam, os cuidados que eles fazem quando estão doentes, as dúvidas (...). Quando recebemos um programa pronto, com os temas já definidos, fica complicado. Eu procuro adaptar pelas necessidades que percebo (Enfermeira 8).

A gente não tá conseguindo muito fazer uma integração com a escola né? Só em algumas situações, como agora que tem a vacina do HPV (...). Eu consegui falar sobre o assunto com os alunos, alunas, com

as mães né? Foi feito palestras e depois iniciamos as vacinações (Enfermeira 12).

Esse ano nos passaram que a gente tem que fazer a pesagem dos alunos, vai ter que medir os alunos, fazer uma palestra. Naquela turma que é feita a palestra, vai ser feito o peso e medida dos alunos, que é do programa (...) esse ano foi exigido que se faça isso (Enfermeira 16).

Eu vou muita lá (na escola) pra falar sobre sexualidade, DSTs, gravidez na adolescência (...), porque é um tema que os alunos tem muitas dúvidas e os professores não se sentem à vontade pra falar disso (Enfermeira 14).

O PSE se propõe a fazer um novo desenho da integração saúde e educação, dado que considera a articulação destes setores como ponto central para uma formação integral, que engloba o exercício da cidadania e o usufruto dos direitos humanos (BRASIL, 2008). Promover uma formação integral demanda o reconhecimento do contexto histórico, social, cultural, econômico e político da comunidade. Esse cenário geralmente é de conhecimento dos profissionais que estão na comunidade há um certo tempo. Contudo, as enfermeiras da presente pesquisa relatam que as temáticas das atividades que desenvolvem já vêm definidas, ainda que haja adaptação por parte de algumas.

As ações propostas pelo PSE integram três componentes de ações mínimas a serem realizadas pelos municípios. No Componente I – avaliação das condições de saúde – estão previstas ações no âmbito da saúde nutricional, saúde ocular, saúde bucal, saúde auditiva, saúde clínica (situação vacinal e doenças), saúde psicossocial. O propósito do programa com essas avaliações é obter informações sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em consideração aspectos relativos à sua saúde mental (BRASIL, 2015).

O Componente II – Promoção da saúde e Prevenção de doenças e agravos – apresenta as ações relacionadas a alimentação saudável, prática corporal, saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso de drogas, cultura de paz, saúde mental, saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. O PSE considera que as ações deste componente podem garantir a oportunidade dos educandos fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto,

protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2015).

No Componente III – Capacitação permanente dos profissionais de saúde e educação – estão previstas qualificações para abordagem das temáticas dos Componentes I e II (BRASIL, 2015). O processo de formação dos gestores e das equipes que atuam no PSE é fundamental para renovar os sentidos da educação e da saúde, considerando a integralidade do ser humano.

Segundo Magalhães e Bodstein (2009), as principais dificuldades para a implementação das ações educativas de forma intersetorial ocorrem na medida em que a maioria dos representantes leva para a negociação uma agenda previamente definida. Essa comunicação fragmentada se contradiz com os pressupostos da promoção da saúde, que expõe a necessidade de um processo compartilhado da produção do conhecimento e das políticas públicas. Isso significa a necessidade de adoção de ações intersetoriais, em que haja um grau de abertura em cada setor para dialogar, estabelecendo corresponsabilidades e cogestão pela melhoria da qualidade de vida das pessoas (FERREIRA et al., 2012).

Estas ações, que envolvem distintos setores e instituições, necessitam integrar os saberes e as experiências das comunidades, para que estas sejam realmente percebidas como atores com seus direitos humanos preservados, ou seja, cidadãos com condições de analisar criticamente a sociedade e as suas condições de vida, para poder lutar por sua qualidade de vida.

Os gestores municipais são fundamentais para o fortalecimento desta integração, pois no nível local é possível unir os atores sociais em torno de suas necessidades e buscar alternativas congruentes. Contudo, Ferreira *et al* (2012) entende que esse modo de entender a integração das políticas sociais ainda não representa a prática dos gestores. A ação intersetorial é um processo vivenciado no cotidiano do trabalho, mediado pela reflexão constante sobre as experiências do contato com a comunidade de um território definido.

Outro importante elemento para compreender o cenário da educação em saúde escolar pelas enfermeiras de Pelotas é o processo de gestão do PSE. Quando indagadas sobre como iniciou o contato com o programa, as

enfermeiras expuseram as fragilidades na comunicação com a gestão. Os discursos a seguir revelam a crítica sobre a coordenação e o controle do programa, especialmente no cadastro da ESF sem comunicar, na falta de diálogo entre escola e ESF e entre ESF e gestão municipal.

O que acontece é que nos disseram que a gente tinha que aderir ao programa, e nos deram algumas informações e os manuais (...) e aí nós que fomos até a escola. Acho que seria importante uma conversa entre todos, nós, a escola, a Secretaria de Saúde e a Secretaria da Educação (Enfermeira 15).

Olha, pra te falar a verdade, a nossa unidade estava cadastrada no programa e eu nem sabia, nós só ficamos sabendo depois, em uma reunião na secretaria (Enfermeira 12).

Inicialmente nós fomos até a escola para fazer a parceria. No início eles nem sabiam do que se tratava, não gostaram muito da ideia, achavam meio invasão (...) Eu acho importante a gestão fazer esse contato com a escola também, mas deixaram pra nós (...) aí nós conversamos e no final deu tudo certo (...) (Enfermeira 8).

A teoria do programa é maravilhosa, mas chega em nós assim, como uma obrigação, sem conversa (Enfermeira 6).

A falta de comunicação entre os setores envolvidos com o PSE gera insatisfação entre os atores que estão ativamente na prática do programa. O PSE surgiu de uma necessidade discutida há muito tempo: o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersetorialidade proclamada pelo SUS e a corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente (SANTIAGO et al., 2012).

Desde a criação da ESF, em 1994, as ações educativas são práticas previstas aos profissionais, contudo, ainda convivemos com um contexto criticado desde a década de 1970, marcado pela imposição de condutas e programas. Os discursos das enfermeiras revelam que os avanços ocorridos na teoria não se estendem à prática. O propósito do programa é o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersetorialidade promulgada pelo SUS e a corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente. Apesar de ser uma proposta de articulação promissora entre a atenção primária e a rede de educação básica do ensino público brasileiro, pouco se conversa nesse sentido. Há uma fragilidade na comunicação que carrega uma conjuntura cultural histórica de

estruturação de propostas, que sempre ocorreram de forma fragmentada, setorialmente.

Conjuntura semelhante foi encontrada em pesquisa realizada com profissionais de saúde e de educação de 20 escolas que aderiram ao PSE no município de Olinda, Pernambuco. A participação da gestão no planejamento, monitoramento, implementação e avaliação não foi mencionada de forma significativa pelos profissionais. Isto entra em desacordo com o modelo de gestão proposto pelo PSE, segundo o qual a gestão deve ser compartilhada de forma que o planejamento e a execução das ações sejam realizados coletivamente (FARIAS, 2016).

A atuação dialogada dos gestores no fortalecimento da territorialização e da corresponsabilização entre os atores é imprescindível para a identificação das necessidades locais e a busca de estratégias direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população (FARIAS, 2016).

Nas entrevistas realizadas com as enfermeiras, outro aspecto marcante relatado foi a burocratização das ações, que se relaciona aos sistemas de monitoramento e ao controle das atividades de forma quantitativa. As participantes reconhecem a importância do registro das ações, mas destacam o excessivo tempo despendido com o preenchimento de relatórios de suas atividades.

No final das contas, o que eles querem são números, e nós não temos como fazer mais que isso, enquanto estou lá, a unidade fica descoberta, e aqui está sempre lotado. Como eu vou dedicar tempo organizando uma super atividade com as crianças e deixar o colega sozinho com a unidade lotada de paciente? É complicado, aqui tá sempre fervendo (Enfermeira 6).

Eu me sinto sufocada com tanto papel para preencher, tanto relatório no final do mês. Não só do PSE, mas de tudo o que fazemos. A Estratégia de Saúde da Família veio com uma lógica de integralidade, de ações de promoção, ações educativas, mas na prática isso fica inviável, por que nos exigem o atendimento de metas quantitativas (Enfermeira 10).

Às vezes levo trabalho para fazer em casa, porque a cada procedimento que eu faço tenho que preencher vários documentos, e às vezes não dá tempo, se eu preencher toda a burocracia aqui, eu não termino de atender as pessoas (...). E não é raro eu levar trabalho pra casa. Quando eu quero trazer alguma metodologia diferente, como um vídeo (...) pra mostrar nos grupos de hipertensos e diabéticos ou com os adolescentes na escola

(...), eu tenho que fazer isso de casa, porque aqui não temos internet (Enfermeira 11).

Todas as interlocutoras dessa investigação relataram que a demanda de atendimento e as ações de cunho burocrático são crescentes. Somado à precariedade das condições de estrutura e de processo do trabalho, esse contexto gera sobrecarga física e psíquica. As diversas funções atribuídas para as enfermeiras atuantes em equipes de saúde da família limitam as possibilidades de desenvolver o trabalho seguindo as diretrizes da ESF e do PSE.

Dentre as diretrizes que se fragilizam com a burocratização das ações e com o monitoramento quantitativo, destacam-se o cuidado ao longo do tempo, o controle social, e, sobretudo, a integralidade do cuidado, que demanda a construção de uma relação subjetiva e dialógica entre os atores (BRASIL, 2010).

As metas mínimas exigidas pelo PSE (avaliação clínica, nutricional, oftalmológica, auditiva, psicossocial, ações de prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva, uso de drogas, entre outras), são firmadas no Termo de Compromisso Municipal, no qual os gestores se comprometem com o seu cumprimento para o município receber os recursos financeiros (BRASIL, 2015).

A transferência dos recursos pelo Ministério da Saúde é feita fundo a fundo na modalidade Piso da Atenção Básica Variável, compondo o bloco de financiamento da atenção básica. Estes recursos são destinados à implantação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas ESF de forma articulada com a rede de educação pública básica e em conformidade com princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2015).

O repasse inicial de 70% ocorre após a assinatura do Termo de Compromisso Municipal, no qual os gestores se comprometem com um conjunto de metas anuais de cobertura de educandos beneficiados pelas ações do PSE. Os outros 30% são repassados quando os municípios atingem 70% das metas pactuadas, as quais devem ser registradas nos Sistemas de Monitoramento do PSE: e-SUS Atenção Básica, para os dados do Componente I e Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (SIMEC), para os dados dos componentes II e III (BRASIL, 2015).

Para Jorge *et al.* (2007), os conflitos entre as equipes de trabalho do PSE e a gestão tem como principal fator a burocracia o controle do produto final dos trabalhadores em detrimento do planejamento. Os dados relatados pelas enfermeiras evidenciam as contradições que o PSE possui em sua conformação e a distância com a prática vivenciada pelos profissionais. Os elementos apresentados pelas entrevistadas caracterizam a influência do paradigma racional-tecnológico na definição de prioridades e no controle de atividades desenvolvidas. Essa perspectiva é impregnada nas ações dos gestores e trabalhadores do PSE, que receberam essa demanda biomédica ainda na formação acadêmica e a sedimentaram no cotidiano de trabalho.

Quando as enfermeiras relatam os entraves do programa pela ênfase em metas quantitativas e preenchimento de relatórios, estão manifestando as fragilidades de uma proposta de base clínica e biológica. Essa cascata de demandas quantitativas, iniciada na esfera nacional, se contradiz com os objetivos do próprio programa: (i) promover a saúde e a cultura da paz; (ii) articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública; (iii) contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; (iv) contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; (v) fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; (vi) promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde; (vii) fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde (BRASIL, 2007).

A teoria do PSE possui elementos do paradigma sociocrítico em seus objetivos e diretrizes, e, ao mesmo tempo, traz elementos do paradigma racional-tecnológico, pois monitora o programa pelo cumprimento de diversas metas, em sua maioria clínicas e epidemiológicas. Essas evidências levam a um questionamento fundamental: porquê as políticas públicas de saúde ainda são pensadas com ênfase na biomedicina?

O que encobre essa discrepância entre a teoria e a prática é o significado de saúde que profissionais (de todas as esperas de atuação) carregam em sua história, construída pela conjuntura sociopolítica e pela formação acadêmica. Nós convivemos em uma sociedade que possui uma

concepção binária de saúde, ou seja, um comportamento ou hábito é bom ou ruim. E o que é ruim na visão profissional não pode estar presente na vida do cidadão. Contudo, o que o sistema oficial decide que é bom para a população nem sempre é possível ou viável, e, talvez, nem a população a considere como bom ou necessário à ela.

É preciso ir além do conhecimento clínico e epidemiológico da população. O que tem por traz destes dados? Quem são essas pessoas? Porque elas têm dificuldades de seguir determinadas orientações e tratamentos? É preciso olhar para as condições de vulnerabilidade, para as crenças, hábitos culturais e história das pessoas.

Muitos programas e políticas de saúde, a exemplo do PSE, são formulados para atingir populações mais vulneráveis. Contudo, as pessoas que formulam tais programas não vivem em territórios vulneráveis, não conhecem a dinâmica de vida, as dificuldades enfrentadas, as estratégias que a população utiliza no seu dia-a-dia. Isso quer dizer que as instâncias governamentais pensam na saúde sem o conhecimento do território (subjetivo e objetivo), sem a compreensão de como as pessoas vivem ou sobrevivem.

Estas considerações apontam para a necessidade de refletir de que forma estamos pensando a saúde. Ou seja, para que, para quem e de que forma as políticas estão sendo formuladas? Qual é o grau de aproximação do sistema oficial de saúde com o contexto de vida da população? A partir dessa reflexão, podem ser pensadas novas perspectivas de formação dos profissionais da saúde, passando de uma visão burocrática, individualista, hierárquica e clínica, para uma perspectiva participativa, flexível, coletiva e humana.

8.3 Os pilares motivadores das ações educativas de enfermagem

As enfermeiras desta pesquisa manifestaram suas concepções, valores, crenças, atitudes e sentimentos quanto a saúde, pensamento crítico e educação em saúde. A unidade funcional do campo da saúde escolar revelou aspectos que impulsionam as enfermeiras na realização das ações educativas.

As concepções sobre saúde, mencionadas pelas enfermeiras, revelam as crenças e atitudes de seu dia-a-dia de trabalho e configuram-se como um guia para a realização de seus labores na Estratégia de Saúde da Família.

Saúde é quando a pessoa está bem, não está sofrendo com alguma doença (...) não só pensando no físico, mas no psicológico também, nas relações. A gente procura entender que o paciente é um ser integral, então, a gente tenta cuidar como um todo, não só da parte que está doente (Enfermeira 16).

A saúde envolve o acesso das pessoas aos serviços [de saúde], as condições de vida, os hábitos de alimentação, de higiene, isso é uma grande questão, é difícil modificar os hábitos das pessoas (...) aqui nós temos muitos hipertensos e diabéticos, nós falamos muito na questão da alimentação, da atividade física, mas as pessoas não mudam (Enfermeira 02).

A saúde pra mim é uma questão que envolve cuidado, você precisa estar cuidando de seus hábitos de vida para manter uma vida saudável (Enfermeira 06).

A saúde hoje nós temos que pensar de forma ampla, como um cuidado físico e psíquico, com estratégias de prevenção (...) As vezes eles [usuários] só querem conversar, outras vezes eles precisam de uma informação, então isso a gente está sempre atento (Enfermeira 11).

Na saúde pública a gente tem que estar sempre revendo esse conceito de saúde. Às vezes a gente é muito imediatista, e na saúde pública não dá, porque é uma coisa que tu vai implantando, regando, pra colher muito além. Eu digo “a estratégia veio com a proposta de mudança e a gente tem que trabalhar a prevenção, a promoção e a educação”. Eu gostaria de ter as unidades quase sempre vazias, não no sentido de ficar acomodada, não, mas quanto menos fluxo de pessoas aqui na consulta, eu tenho talvez uma certeza de que a comunidade tá bem assistida, tá bem de saúde (Enfermeira 05).

A análise dos discursos acima mostra que as concepções que as enfermeiras possuem sobre saúde estão relacionadas à assistência das pessoas. Ainda que reconheçam diversos fatores determinantes da saúde, como elementos físicos, psicológicos e sociais, as enfermeiras estabelecem uma relação entre saúde e ações de prevenção de doenças, promoção e educação em saúde.

Neste sentido, o sistema relacional resultante da análise do elemento funcional, do marco funcional e da unidade funcional revela um significado além do que as enfermeiras manifestam em suas declarações, ou seja, alguns conceitos que expressam não reflete em suas ações.

Esse olhar da saúde faz referencia à ênfase epidemiológica a partir da qual são planejadas as ações da ESF. Embora haja o reconhecimento de que os aspectos psíquicos, sociais e ambientais contribuam no processo saúde-doença, não são consideradas relevantes, por não disporem de precisão diagnóstica, validade e confiabilidade que são alcançadas pelos componentes clínico-laboratoriais (BACKES *et al.*, 2009).

A epidemiologia é fundamentada na perspectiva mecanicista e linear do discurso fisiopatológico e preventivo (BACKES *et al.*, 2009). Por isso, o desafio atual da ESF é dar concretude à promoção da saúde na organização e gestão das ações em saúde.

O discurso da promoção da saúde demanda uma concepção de saúde de caráter intersubjetivo e dialético. Se considerarmos a história, as experiências e o modo de viver das pessoas, se torna difícil construir um conceito único. Os limites entre sentir-se ou não saudável são imprecisos. Daí a importância de que o próprio ser humano analise e interprete seu estado de saúde e sua capacidade de enfrentamento.

A enfermeiras 05 destacou o cuidado em saúde como um processo ao declarar que é preciso “regar pra colher muito além”, ou seja, é um trabalho que requer investimentos no conhecimento da realidade comunitária e na ação comunicativa com os sujeitos. Essa perspectiva envolve a ideia de fortalecimento da capacidade dos cidadãos em interpretar seu mundo de vida e lidar com a multiplicidade e dinamicidade dos condicionantes de saúde.

Esta participante também revelou o desejo de “ter as unidades quase sempre vazias”, como resposta de um processo de educação e promoção da saúde. Esse discurso é carregado do desejo e da crença de que a educação em saúde tem o potencial de transformação social. Esse é o ponto fundamental da enfermagem sociocrítica, que integra a práxis como filosofia de cuidado em saúde. A mudança progressiva decorrente de processos educativos tende a construir cidadãos que pensam criticamente e vivem à maneira de suas escolhas.

As concepções de pensamento crítico das participantes desta investigação revelam valorização da cultura local, vínculo, humanização, escuta, participação dos atores na comunicação e na ação, democratização do

diálogo (estabelecimento de consenso) e estratégias pedagógicas para estimular a participação dos educandos.

Para estimular a reflexão e o pensamento crítico devemos sempre considerar a carga cultural do outro e a partir daí construir o conhecimento com a participação total dos demais atores envolvidos neste processo. Procuro sempre a participação dos ouvintes, trazendo as problemáticas do seu dia-a-dia, favorecendo assim a compreensão da mensagem que eu desejo deixar (...) A comunicação é fundamental, pois é necessário criar vínculo para que as nossas orientações sejam seguidas. Quando se utiliza de dinâmicas de grupo e se estimula a participação e o senso crítico nas atividades eles [os escolares] compreendem e se tornam multiplicadores desse conhecimento (...) Prefiro a abordagem humanista, que considera a personalidade do sujeito que aprende (Enfermeira 9).

Eu acho que nesse momento em que a gente sai da unidade de saúde, vai fazer uma atividade na escola, vai pro espaço deles, parte da realidade deles, do que eles tem interesse, do que eles tem dúvida, eu acho que ajuda no pensamento crítico né? (...) Eu acredito que para estimular o pensamento crítico, num primeiro momento eu tento ouvir a pessoa né? Até pra partir do que ela sabe e aí intervir no que eu posso realmente ajudá-la. Então eu acredito que o diálogo assim, como uma mão de duas vias, em que a pessoa vai te comunicar o que ela está sentindo, o que ela tá vivendo, as dúvidas que ela tem e tu consegue ouvir né? (Enfermeira 13).

Necessitamos ter em foco o que pretendemos e o que necessitamos mudar, e, com isto, abordar, interagir e chegarmos num consenso junto ao outro para aplicação na prática (Enfermeira 05).

Pensamento crítico é tudo aquilo que tu faz pensando que o usuário, o cidadão, é um sujeito, ele faz parte de uma história e que na verdade a gente precisa ouvir né? (Enfermeira 6).

Eu acho que pra chegar a um estágio de conscientização, a primeira coisa é ouvir o que eles querem saber e descobrir como prender a atenção deles. Tu tem que ter um vínculo sólido, tem que criar confiança, te envolver com os estudantes, tu tem que construir estratégias para ter a participação deles. Não adianta tu ir lá e falar pra eles de uma gonorreia, uma sífilis, e não levar nenhuma imagem. Se tu só falar, fica pouquinha coisa guardada na memória, agora se tu falar, mostrar uma imagem, um vídeo, isso fica guardado dentro deles, eu sinto que eles precisam disso aí (Enfermeira 7).

A ideia comum nos discursos das enfermeiras é a necessidade de estabelecer uma aproximação com os escolares e seu contexto cultural e utilizar dinâmicas interativas para estimular a participação dos mesmos. Essa perspectiva é essencial para a constituição do pensamento crítico, pois a consciência crítica é incitada por meio da problematização de situações concretas e cotidianas, ou seja, refere-se a um conhecimento construído a

partir da ação e aperfeiçoado pela reflexão (DEWEY, 1979; FREIRE, 1980; SCHÖN1983; HABERMAS, 2012).

Para Habermas (2012), o pensamento crítico se concebe como práxis, pois se refere ao desenvolvimento da consciência crítica, com propósito emancipatório. Para que este processo seja possível, deve ser dialógico, ou seja, cooperativo, em vez de competitivo, supondo uma interação sócio construtivista entre os atores.

Conforme referenciado pelas enfermeiras desta investigação, o entendimento e o consenso em uma comunicação envolvem um olhar humanista ao mundo de vida dos participantes e o uso de recursos que valorizem as problemáticas cotidianas estimulem a participação dos educandos.

Para Habermas (2012), os discursos comunicativos apoiam-se em um sistema de referência composto por três mundos, que se expressam no âmbito onde se estabelecem o estado das coisas/fatos (Mundo Objetivo); no campo da produção de relações interpessoais, legitimadas por normas sociais (Mundo Social) e no espaço da subjetividade de cada um, onde há interiorização dos próprios fenômenos (Mundo Subjetivo).

A interação entre esses três mundos representa o Mundo de Vida, que constitui o contexto onde se formam os processos de entendimento e onde os participantes da comunicação se movimentam (HABERMAS, 2012). É nesse contexto que surgem possibilidades de problematização da realidade, onde visões ingênuas e críticas se encontram e dão lugar a proposições coletivas, que ao serem materializadas ganham adesão dos sujeitos, pois já foram devidamente apropriadas por esses. Também é no mundo da vida que os conhecimentos adquiridos ao longo da trajetória de vida dos sujeitos se evidenciam em um movimento dialético e desencadeiam processos de mudança (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A conexão entre o discurso e o concreto/ação, denominado por Habermas de ação comunicativa, oportuniza apreender a perspectiva do sujeito sobre fenômenos de saúde-doença-cuidado vivenciados e fortalecer o sentido positivo de saúde. A aproximação com bases teóricas sociocríticas transfere o foco das ações educativas tradicionalmente centradas no depósito de

informações desconexas para o fortalecimento do potencial do cidadão/coletividade.

Ao lado da construção sobre saúde, as enfermeiras manifestaram quatro pontos importantes sobre suas concepções, crenças e práticas educativas, que mesclam pressupostos tradicionais e ampliados de educação em saúde: os sujeitos da ação, o objetivo da ação, as estratégias educativas e as crenças sobre as ações.

A saúde tem tudo a ver com a educação, é uma coisinha que anda do ladinho da outra, uma depende da outra, então eu acho que essa relação é positiva para os usuários refletirem e levarem o conhecimento adiante (...) Eu vejo que aqui nessa comunidade, as pessoas são muito carentes de tudo, de recursos econômicos, de saúde, de informação. Eles têm muita dificuldade de entendimento, então a gente trabalha a educação nesse sentido, pra levar o conhecimento a eles (...) A gente percebe uma mudança lenta em alguns indicadores, como a gravidez na adolescência e as DST's, que, se comparado há cinco ou dez anos atrás, melhorou bastante (...) isso é resultado de uma educação com eles (Enfermeira 10).

Educação em saúde na verdade é todo aquele processo de informação né? Que contribuir no processo saúde e doença do indivíduo (...) é uma troca que a gente faz e aos poucos as pessoas vão entendendo e modificando alguns hábitos. A gente faz muito isso com os grupos de hipertensos e diabéticos (...) sobre HPV com os adolescentes (Enfermeira 11).

Educação em saúde pra mim é poder se aproximar, dialogar mais de perto né? (...) eu acho que ela tá relacionada com o cuidado que nós podemos orientar ao usuário, ao escolar né? E essa educação em saúde ela pode se dar de maneira individual ou coletiva. Então pode ser só numa conversa, mas pode também ser com algum vídeo explicativo, às vezes um teatro né? Por exemplo, pra trabalhar sobre tabagismo com adolescentes, a gente pode fazer um teatro, levar uma peça anatômica de um pulmão pra eles conhecerem. Isso instiga muito mais a curiosidade, isso se torna uma educação muito mais profunda, porque tá relacionada com o que eles vivenciam e não só com um conceito que a gente vai trazer pra eles (Enfermeira 13).

A educação em saúde é um processo muito lento, porque aonde eu tenho que mexer? No estilo de vida né? Então a gente tenta conversar, fazer o cidadão refletir (...) A gente vai transformar esse contexto né, esse contexto inicialmente individual, mas também a comunidade, a sociedade né? (...) E quando a gente pensa na educação em saúde com jovens eu acredito muito, porque eu acredito muito no jovem, a gente tem uma perspectiva maior de mudança na fase escolar. Eles têm energia, curiosidade, é só ter um jeito de estimular (...) É mais difícil mudar a cabeça de um adulto, o modo de pensar, de agir. Eles já têm embutido vários conhecimentos que consideram certos (Enfermeira 05).

Os depoimentos permitem inferir que a educação em saúde é entendida como uma ferramenta de cuidado “para” e não “com” o usuário/escolar. Todos

os discursos anteriores indicam que a educação em saúde é direcionada a um indivíduo ou coletividade que necessita receber informações para modificar condutas. Apesar de utilizarem expressões como “troca” e “diálogo”, as enfermeiras consideram que as ações são positivas para o usuário, no sentido de adoção de novos estilos de vida pelo mesmo.

A fala da enfermeira 10 também traz uma questão importante, que não raro é manifestado pelos profissionais: a necessidade de ações educativas para comunidades com poucos recursos econômicos e baixa escolaridade. Esses elementos, quando entendidos como prioritários para o planejamento de ações, carregam uma visão sanitarista da educação, na qual as intervenções são direcionadas às áreas com as populações mais pobres e menos acesso à informações técnico-científicas. Assim, a responsabilidade do adoecimento é do indivíduo, cabendo aos profissionais o ofício da conscientização.

Mas, afinal, quem são os sujeitos de uma ação educativa, ou - na expressão de Habermas - de uma ação comunicativa? Como ocorre esse processo? Além de Habermas e Siles, outros expoentes de diversas gerações, como Freire (1980), Chinn, Kramer (1995), Kagan *et al.*, (2009) e Vasconcelos (2001), esclarecem o posicionamento dos sujeitos do conhecimento na relação entre os atores. No encontro educativo, não há relação de autoridade, uma vez que esta prática inviabiliza a criticidade e conscientização. Estabelece-se um processo cooperativo de disposição para o entendimento mútuo entre as pessoas.

Nesse sentido, é importante a enfermeira reconhecer que a cultura em cena não é apenas a do usuário/cidadão. A enfermagem integra uma cultura profissional com símbolos de poder, travestidos não apenas na vestimenta branca ou na imagem da instituição de saúde como um templo de cuidado e cura, mas também na "palavra" que é dita, na intenção do encontro, no tipo de comunicação que se estabelece e nos instrumentos de persuasão e controle que ali estão impregnados. Essa reflexão é necessária para reconhecer seus próprios valores e aprender a diferenciá-los dos valores e práticas dos usuários/cidadãos com os quais estabelece relações de cuidado (BOEHS *et al.*, 2007).

Outro aspecto visível nos discursos das entrevistadas é o objetivo da ação educativa. As enfermeiras expõem a contribuição destas ações para processos de adoecimento, como doenças crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Esse quadro figura o planejamento de intervenções a partir do saber clínico e epidemiológico, e com ênfase em mudanças individuais de comportamento.

Embora a maioria dos discursos põe em relevo uma modelagem de educação em saúde que reforça o sentido negativo de saúde uma concepção educativa como ação estratégica (visa o êxito) e não comunicativa (visa o entendimento) (HABERMAS, 2012), as enfermeiras 05 e 13 sinalizam um movimento diferente. Suas crenças, ações e concepções se contrapõe com a ação regulativa e imperativa das práticas educativas.

A enfermeira 13 destaca a importância de estratégias interativas para instigar a curiosidade dos educandos, como vídeo e teatro. Centrar as ações educativas no escolar como protagonista do processo de ensino-aprendizagem possibilita a reconstrução do conhecimento a partir da vivência do mesmo na cena da aprendizagem. A referência aos escolares como atores das ações educativas indica uma compreensão de que os interlocutores possuem saberes e experiências que devem ser valorizados nos processos educativos.

O depoimento da enfermeira 05 se destaca pela crença na potencialidade da educação, especialmente com crianças e adolescentes em fase escolar, visto que estão em um processo de crescimento pessoal e formação de valores e conceitos sobre aspectos da vida e da saúde. O potencial transformador desta faixa etária é reafirmado pelo PSE, o qual considera que o placo das ações educativas com os escolares é um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, integrando o processo de construção significados, crenças e maneiras de conhecer o mundo (BRASIL, 2008).

Ainda com relação a este depoimento, nota-se a profundidade do entendimento de educação em saúde, referido como um processo lento de transformação, que envolve comunicação, reflexão e compreensão do estilo de vida. Ao que parece transbordar nesta declaração, a intencionalidade desta cidadã/enfermeira é a construção conjunta de um processo educativo (“a gente

vai transformar esse contexto”) que, na relação com os escolares e a comunidade, ressignifica o modo ser e estar no mundo, com perspectivas de emancipação.

Mesmo que com menos frequência, alguns depoimentos exibem elementos de uma prática sociocrítica de educação em saúde, a qual supera atividades com ênfase na nos aspectos clínicos e fisiológicos do processo saúde-doença e busca a construção social de uma ação comunicativa com tendência emancipatória.

8.4 A síntese de uma caminhada: construindo possibilidades de uma prática sociocrítica na interação com as enfermeiras

Uma etapa desta investigação foi a síntese realizada após as entrevistas individuais. As seis enfermeiras presentes integraram o encontro, que visou criar subsídios para a discussão e sensibilizar as enfermeiras sobre a potencialidade da enfermagem sociocrítica. As enfermeiras realizaram uma síntese das barreiras de suas práticas educativas (que já haviam relatado nas entrevistas), e a discutirem estratégias de superação.

A partir da síntese dos obstáculos, o diálogo foi tomando forma, através da diversidade de experiências, que revelaram dificuldades e potencialidades das atividades com escolares. Na condução do grupo, a pesquisadora estimulou as participantes a exporem possíveis estratégias para minimizar estes obstáculos e construir práticas sociocríticas (Figura 8). Os elementos destes três pontos centrais (obstáculos, estratégias e potencialidades), foram sintetizados em cartazes.



Figura 8. Construção de cartazes durante a entrevista grupal.

Os principais obstáculos referidos pelas participantes foram reunidos em quatro pontos:

- i) Fragilidade na comunicação entre gestão municipal, unidade de saúde e escola;
- ii) Demandas clínicas e burocráticas do programa;
- iii) Carência de capacitações sobre educação em saúde escolar;
- iv) Sobrecarga de trabalho da enfermeira.

A valorização desse encontro favoreceu o envolvimento e a responsabilização das participantes com a construção de saídas para a qualificação das atividades do PSE. As enfermeiras construíram propostas em dois eixos. Um, para desenvolver o PSE, o que envolve encontros com SMS para dialogar sobre o PSE, encontros da SMS com a Secretaria de Educação, encontros entre SMS, Secretaria de Educação, ESF e escolas e construir parcerias com universidades, outros profissionais e setores. O outro eixo refere-se ao desenvolvimento das atividades com os escolares, no qual foram sugeridas estratégias como caixinha de sugestões, utilizar dinâmicas, oficinas, brincadeiras, imagens, vídeos e otimizar espaços abertos.

Nós podemos exigir momentos assim como esse aqui por parte da secretaria [municipal de saúde], pra falar das nossas dificuldades, pra saber o que os colegas estão enfrentando, pra pensar em como a gente pode melhorar, pra aprender uma coisa nova (Enfermeira 2).

Eu acredito que uma boa estratégia para desafogar nossa rotina de trabalho, que é intensa, e poder qualificar essas atividades na escola, é fazer parcerias (...) Eu já experimentei isso lá na unidade e é um alívio quando a gente consegue esse apoio (...) nós já convidamos os bombeiros, o pessoal da zoonose da prefeitura (...). A gente também pode pensar em outras coisas, como os grupos de pesquisa das universidades (...) se a gente se mobiliza um pouquinho, a gente consegue (Enfermeira 13).

Eu, graças a Deus, tenho o apoio dos acadêmicos (...) eles me ajudam muito a fazer atividades bem criativas, bem diferentes (...) a universidade é a nossa grande parceira pra essas atividades (...) quando eu tinha o PET saúde, era maravilhoso, eu envolvia alunos da odonto, da medicina, da enfermagem (...) esse ano eu tenho uma proposta de tentar envolver mais os agentes de saúde também (Enfermeira 5).

Eu acredito que nós podemos adequar aquilo que é exigência do programa. Por exemplo, nós tivemos uma solicitação da escola, pra falar sobre energético, por que eles (escolares) estavam usando muito (...) Claro, não é um tema prioritário do programa, mas foi uma necessidade da escola e nós atendemos (...) A gente deixou bem

claro assim, que eles têm o livre arbítrio de escolha né? Ou eles continuariam tomando indiscriminadamente, ou eles teriam que pensar que “consequências eu vou ter?”(Enfermeira 5).

Eu vejo que isso de metodologias de ensino influencia muito (...) o jovem precisa ter uma forma diferente de aprender, então a gente precisa usar dinâmicas, oficinas, práticas (Enfermeira 5).

Uma estratégia que nós usamos aqui, é a caixinha de sugestões (...) muitos alunos têm vergonha de expor suas dúvidas, e isso facilitou pra nós (Enfermeira 3).

Nó precisamos de capacitação, de encontros como esse de hoje, e a gestão sabe disso (...) é difícil trabalhar com educação, mas a gente sabe que é possível (...) Às vezes parece mais difícil do que realmente é, mas a gente vai aprendendo com cada experiência e vai vendo o que a gente pode melhorar (Enfermeira 9).

A análise do debate sugere que a ampliação de olhares mobilizados para a transformação das ações pressupõe investimento individuais e coletivos, incluindo nestes a conformação parcerias e arranjos intersetoriais, o fortalecimento do diálogo entre os setores da saúde e da educação integrantes do PSE e a educação permanente dos profissionais.

O espaço de discussão coletiva possibilitou ouvir experiências exitosas de colegas e refletir sobre ideia de qualificação da educação em saúde escolar. O ouvir o outro facilita refletir sobre as práticas rotineiras e pensar em possibilidades para reconstruir as ações. Essa troca desencadeou o entendimento da função social da enfermagem sociocrítica, pois as participantes refletiram sobre caminhos que tornam possível a concretização do ideal em serviços de atenção primária: promover a saúde e a qualidade de vida.

As estratégias destacadas pelas enfermeiras, referem esforços nos três componentes que conformam as ações: elemento funcional (esforços a nível dos atores responsáveis pelo cuidado), marco funcional (coordenação e gestão do PSE) e unidade funcional (motivações, ideais e crenças na prática sociocrítica com os escolares).

Algumas das necessidades enfatizadas pelas enfermeiras – quando se referem à coordenação do programa e à gestão municipal de saúde – foram a ausência de momentos de discussão sobre o andamento do PSE, o distanciamento entre os setores da saúde e da educação no planejamento e análise do PSE e a necessidade de qualificação profissional.

O processo de formação dos profissionais, tanto de saúde quanto de educação, esteve, desde cedo, vinculado a uma perspectiva racional, técnica e unidirecional de ensino. No caso do PSE, isso reflete na forma hierárquica da gestão e na dificuldade de diálogo entre estes setores.

O vínculo da Universidade nesses espaços pode colaborar para inserir um novo olhar ao cotidiano de trabalho do PSE, através de um debate crítico sobre temas como intersectorialidade, democracia, direitos humanos, vulnerabilidade e empoderamento. A Universidade, além de formação de recursos humanos, tem uma função social que se traduz na aproximação com a comunidade. O ensino, a pesquisa e a extensão universitária proporcionam o contato com moradores de comunidades, serviços de saúde, escolas, profissionais e espaços comunitários diversos. Assim, a Universidade pode contribuir para a formação crítica dos cidadãos, configurando-se como espaço privilegiado para a produção de um conhecimento significativo direcionado à superação das condições de desigualdades sociais.

Conforme relatado pelas participantes desta pesquisa, o vínculo da Universidade com profissionais da saúde e com o Programa Saúde na Escola pode colaborar no fortalecimento de subsídios e estratégias promotoras de saúde, através da vinculação de metodologias ativas e críticas no cuidado prestado à população.

A Universidade, sobretudo a pública, tem um compromisso com a democratização do acesso aos conhecimentos ali produzidos. A ciência não é um conhecimento restrito a grupos que tiveram o privilégio do acesso a um ensino de qualidade, mas deve ser disseminada àqueles que permanecem invisíveis e oprimidos pelo sistema. A produção do conhecimento necessita ter intenção emancipatório, ou seja, ultrapassar os muros institucionais e as fronteiras das “letras” e contribuir para o fortalecimento da criticidade dos cidadãos.

Tal como afirma a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos”, portanto, nenhum deveria ser invisível aos olhos da sociedade. Nesse sentido, a Universidade, mais que uma proposta de ensino, precisa ser um instrumento de luta, deve ser ação para o empoderamento, deve se constituir em instrumento de

construção políticas públicas sociocríticas, que desamarre os nós ocultos das relações hegemônicas e opressoras de um sistema que valoriza o poder, o capital e a ciência racional-tecnológica.

Consequência da aproximação com a perspectiva sociocrítica é a relativização dos temas prioritários que o PSE, como o relato da enfermeira 5 sobre a atividade realizada na escola quanto ao consumo de energético. A percepção de uma demanda que era peculiar daquele grupo populacional a levou a incluir este tema no seu planejamento.

A atenção aos hábitos e costumes do território é o ponto de partida para o planejamento das ações em saúde. Para que o conhecimento produzido seja verdadeiramente significativo, precisa ser construído pelo indivíduo e seu entorno coletivo, a partir de suas experiências. E mais que isso, implica na participação ativa e crítica dos atores em cena. Neste sentido, o uso de uma diversidade de dinâmicas é valorizada, sobretudo com um público adolescente, que demanda métodos ativos de ensino.

Contudo, é preciso ter cuidado com a concepção meramente metodológica da educação em saúde, porque mesmo centradas na participação do educando, podem esbarrar no “dirigismo de massas” e manter relações de opressão. A aprendizagem é um processo social em que os cidadãos, heurísticamente, constroem significados a partir de seu viver. O conhecimento transmitido em um processo onde o outro não participa heurísticamente é limitado pela unilateralidade de fontes validadas (SIMON *et al.*, 2014).

O debate com as enfermeiras também produziu um momento ímpar, em que expuseram suas propostas no que pode vir a contribuir com a educação em saúde escolar: ter uma enfermeira para trabalhar exclusivamente com saúde escolar e inserir uma disciplina curricular na escola sobre SUS, saúde e cidadania.

Pra mim, o ideal pra que a saúde na escola passe a funcionar bem, pensando em promover a saúde, é ter um enfermeiro só para isso lá na escola, poderia ser vinculado à Estratégia [Estratégia de Saúde da Família], mas que tivesse essa função mais específica, mas de responsabilidade dele (...) com tempo pra estudar estratégias, essas sociocríticas como tu falou (...) e coisas que são mais de interesse da idade deles [educandos], dinâmicas pra prender a atenção desses alunos (Enfermeira 2).

Eu sinto falta da inclusão de uma disciplina [no currículo escolar] que fale do SUS, que envolva cidadania, que envolva saúde, porque se a gente quer mudar esse modelo de assistência que a gente tem hoje, a gente vai ter que investir nessa faixa etária né? Essa idade é importante, porque as vezes tu sensibiliza essa criança, esse jovem, e ele passa a ser o multiplicador né? (...) Eu acho que se nós queremos mudança na área da saúde pra ter uma melhor qualidade de vida, a gente tem que investir cada vez mais na educação né? Eu acho que isso já deveria fazer parte das disciplinas curriculares das escolas, uma coisa relacionada a saúde, incluindo a cidadania (Enfermeira 5).

No contexto brasileiro, ter uma enfermeira na escola pública ainda é um desafio. Contudo, em alguns países, como na Espanha, a enfermagem escolar está institucionalizada em algumas regiões. Na Universidade de Barcelona, por exemplo, existe um curso de Mestrado em Enfermagem Escolar. As enfermeiras elencaram essa necessidade por considerarem que o investimento em educação e promoção da saúde exige uma disponibilidade de tempo que acaba sendo sufocada pelas altas demandas de tarefas que assumem no cotidiano de trabalho da Estratégia de Saúde da Família.

Um depoimento que chamou atenção em especial foi o da enfermeira 5, a qual sente a necessidade da inclusão de uma disciplina específica nas escolas que aborde SUS, saúde e cidadania.

Esse momento me levou a refletir especialmente sobre importância da discussão do SUS com os escolares. Um sistema criado mediante luta política, participação popular e construção de uma constituição cidadã. O debate sobre o SUS, como uma política pública e um direito de todos os cidadãos raramente é realizada entre a população. Esse debate é essencial sobretudo com a geração atual, que não viveu o projeto democratizante e participativo das décadas de 1970 e 1980 e a expansão da discussão sobre cidadania e democracia.

A constituição cidadã foi uma importante conquista social que garantiu o acesso universal à saúde e a participação da população nas decisões políticas. Mas quem tem esse entendimento? O ensino escolar hoje é conteudista. Os escolares “aprendem” matemática, biologia, química, mas não aprendem filosofia, antropologia, teoria social e crítica. São nove anos de uma grande quantidade de informações transmitidas aos alunos com pouca ênfase ao

desenvolvimento do pensamento crítico. Mas qual é a função que a escola ocupa na sociedade contemporânea?

A instituição escolar, além de transmitir todo o conteúdo curricular, tem o dever social de formar cidadãos para a vida, para perceber e enfrentar as contradições da sociedade, para compreender seus direitos e deveres e para participar de processos de discussão e de tomada de decisão relacionados às políticas públicas.

A luta sociopolítica e contra hegemônica, através da escola, significa engajar-se no esforço para garantir aos cidadãos ferramentas para compreenderem o mundo ao seu redor e criarem estratégias de luta e enfrentamento das desigualdades. O papel de uma educação social e crítica é dar essa substância concreta à luta social, de modo a evitar que ela seja sujeitada e invisibilizada por interesses de minorias dominantes.

Este espaço dialógico entre as enfermeiras tornou possível o compartilhamento de dificuldades, desafios, experiências e a construção de repostas para a enfermagem no âmbito da saúde escolar. Essa experiência comunicativa foi reconhecida pelas participantes da pesquisa como um importante espaço de escuta, troca de experiências e análise de possibilidades entre as enfermeiras.

Esse momento foi muito importante pra mim, eu, pelo menos, não conhecia todo esse material do Ministério da Saúde, esses autores (...) e gostei muito de conhecer essas experiências que tu mostrou, de todo o Brasil (Enfermeira 1).

Isso que tu tá fazendo aqui, é o que a gente precisa, é o que teria que ser feito pelo menos uma vez ao ano. A gente precisa falar das nossas dificuldades, precisa ter um suporte (Enfermeira 9).

Se eu vejo que um colega, como eu vi aqui, passar por dificuldades semelhantes, eu sei que não estou sozinha, que os colegas também passam por isso. Então, isso me dá incentivos pra continuar lutando, pra buscar de repente uma outra forma de trabalhar (Enfermeira 5).

Esse momento de ouvir, refletir e construir foi produtivo para a pesquisadora e para as participantes. Os envolvidos tiveram a oportunidade de pensar a partir de experiências de colegas, compartilhar reflexões e produzir consensos sobre possibilidades de recriação de suas ações. O espaço coletivo permite o enfrentamento de situações concretas de trabalho e tem potencial

para ampliar a capacidade dos sujeitos em compreender o contexto em que estão inseridos.

Um aspecto que me chamou especial atenção foi uma participante referir que, quando ouve colegas relatarem dificuldades de trabalho semelhantes às suas, sente que não está sozinha. Esse sentimento a motiva a seguir lutando contra obstáculos no cotidiano do serviço. Compartilhar dificuldades e somar estratégias de resolução potencializa a busca de mudanças e o desejo de qualificar o cuidado.

Essa encontro comunicativo, ampliou os espaços de escuta já existentes e criou outros, fortalecendo o vínculo entre as enfermeiras. Ouvir experiências positivas e ideias para reconstruir as ações desencadeou o entendimento da função social da enfermagem sociocrítica entre as enfermeiras: a recriação das relações sociais, na perspectiva da emancipação. Neste ponto reside o potencial da dinamicidade da enfermagem sociocrítica, visto que o diálogo gerado no encontro com as enfermeiras acrescentou novos elementos para a suas reflexões e ações em enfermagem.

Este estudo realça a dialeticidade da enfermagem sociocrítica. De acordo com o MEDC, uma modificação nos conhecimentos, valores e crenças, pode remodelar as ações, que, por sua vez, alteram um contexto mais amplo, como a gestão do PSE e a formulação de novas políticas públicas.

Nessa reflexão iluminada pelo viés dialético, notabiliza-se que, não existem concepções absolutas de saúde, educação em saúde e pensamento crítico. Estas, configuram-se na soma de interpretações derivadas de experiências, relações pessoais e contextuais e contradições produzidas.

Dependendo dos estímulos e influências dos mais diversos elemento – como educacional, relacional, social, histórico e político – modificam-se conceitos e ações e teorias de cuidado em saúde. Assim, se construirmos uma prática sociocrítica, podemos pensar na construção de teorias e modelos de cuidado sociais, críticos e emancipatórios. Esse processo gera transformações no ensino, no cuidado e na pesquisa, que por sua vez, fortalece a incorporação de um paradigma social e crítico para a enfermagem.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ter apostado no paradigma sociocrítico para a construção desta tese foi desafiador e tornou possível ampliar a compreensão de que a prática de cuidado de enfermagem não é independentemente ou isolada, mas intrinsecamente e sempre apoiada por valores, crenças, conhecimentos, atitudes, subjetividades e relações pessoais.

As ações realizadas pelas enfermeiras no contexto do PSE são pontuais, geralmente associadas à campanhas de vacinação e à atividades educativas sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis. As principais fragilidades e obstáculos destacados pelas participantes foram a elevada carga de atividades na unidade de saúde, a fragilidade na comunicação entre gestão municipal, unidade de saúde e escola, as demandas clínicas e burocráticas do programa e a carência de educação permanente. Estes entraves influenciam negativamente na qualidade do cuidado e dificultam a concretização dos princípios do SUS, sobretudo a integralidade do cuidado, tendo em vista que o ser humano é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, demandando ações de promotoras de saúde que não podem ser compartimentalizadas.

O debate coletivo sobre as possíveis estratégias para superação dessa cultura racional e tecnológica dos cuidados destacou a necessidade de investimento em metodologias sócio-críticas de educação em saúde, na conformação de parcerias e arranjos intersetoriais, no fortalecimento do diálogo entre os setores da saúde e da educação integrantes do PSE, na qualificação dos profissionais e na reflexão coletiva realizada permanentemente.

Quanto às concepções, atitudes e práticas declaradas, além de algumas manifestações que se configuram no reflexo do paradigma racional-tecnológico de enfermagem, esta investigação destaca algumas crenças, conceitos e

desejos referidos que revelam a motivação em promover práticas críticas e emancipatórias. São exemplos disso, a crença na educação sociocrítica, sobretudo com crianças e adolescentes; o desejo de ter as unidades de saúde com pouca demanda (resultado da autonomia da população); a atitude de relativizar as normatizações do PSE e o anseio de ter uma disciplina sobre SUS, saúde e cidadania no currículo escolar.

A cultura sociocrítica dos cuidados de enfermagem tem o potencial de cuidar dos cidadãos no sentido da emancipação. Significa um cuidado que extrapola a concepção de saúde em seu sentido negativo e restrito e promove um cuidado para a vida, para o sujeito interpretar suas necessidades e buscar soluções, para enfrentar as contradições da sociedade e para participar de decisões políticas.

Os resultados apontam para a possibilidade de libertar a enfermagem da racionalidade técnica e construir uma cultura de cuidados a partir dos ideais epistemológicos sociocríticos. Este processo demanda a expansão dos cuidados para o enfrentamento de condições de vida decorrentes de situações de pobreza, exclusão social, injustiças e violação de direitos humanos.

As enfermeiras da pesquisa deram indícios de que podem se tornar atores nutridos de esforços para transformar a sociedade e facilitar a humanização em um sentido amplo. Trata-se de investir na enfermagem como uma ciência social e crítica, com propósitos emancipatórios, ou seja, uma enfermagem que abraça e nutre metas e resultados de justiça social, onde a prática se torna práxis. É a enfermagem dirigida a formas de conhecer e fazer para melhorar a sociedade em todas as suas pluralidades.

Esta investigação defende a adoção do paradigma sociocrítico como um caminho promissor para integralizar a rede conceitual, teórica, a pesquisa, o ensino e o cuidado de enfermagem. Essa lógica lança visibilidade para a enfermagem enquanto ciência e fortalece seu propósito central: transformar contextos de opressão, que desempoderam o cidadão na condução de igualdade de condições de diálogo no cuidado. Isso significa que a enfermeira vai facilitar a transição de uma posição ingênua e oprimida para uma posição ativa e crítica no cuidado. Trata-se de um processo gradual de empoderamento

e libertação, no qual o ser humano elege suas escolhas e transforma-se em ator de sua história.

REFERÊNCIAS

- AGOSTON, A. M.; GRAY, L. S.; LOGAN, D. E. Pain in School: Patterns of Pain-Related School Impairment among Adolescents with Primary Pain Conditions, Juvenile Idiopathic Arthritis Pain, and Pain-Free Peers. **Children (Basel)**, v. 3, n. 4, 2016.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.
- ALI, H.; CHOWDHURY, M. F. Positivism in Understanding the Contemporary Social World : A Critical Discussion. **Journal of Studies in Social Sciences**, v. 11, n. 2, p. 215–232, 2015.
- ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach**. 5.ed. Philadelphia: Saunders, 2013. 336 p.
- ALVARADO, L.; GARCÍA, M. Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. **Sapiens. Revista Universitaria de Investigación**, v. 9, p. 187–202, 2008.
- ALVES, E. Referenciais teóricos do pensamento crítico na enfermagem e instrumentos para sua avaliação: uma revisão integrativa. **Revista Iberoamericana de Educación y Investigación en Enfermería**, v. 4, n. 2, p. 63–74, 2014.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comun Saúde Educ**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ALVIM, N. A. T; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 2, p. 315-9, 2007.
- ARAÚJO PÜSCHEL, V. A.; BERTACCHINI DE OLIVEIRA, L. Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería - Región Brasil. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 30, n. 3, p. 1–4, 2013.
- AZEVEDO, D. M.; COSTA L. M.; ALMEIDA JÚNIOR J. J.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P. Paradigmas emergentes: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica Enfermagem**, .v. 10, n. 3, p. 835-842, 2008.
- BARBOSA, E. F. Instrumentos de coleta de dados em pesquisas educacionais. Educativa: Instituto de Pesquisa e Inovações Educacionais. **Boletim**

informativo [online], 2005. Disponível em:

<<http://www.serprofessoruniversitario.pro.br>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BARBOSA, L. B. A.; MOTTA, A. L. C.; RESCK, Z. M. R. Os paradigmas da modernidade e pós-modernidade e o processo de cuidar na enfermagem.

Enfermeria Global, v. 37, p. 342–349, 2015.

BARRETO, R. M. A.; CAVALCANTE, A. S. P.; MIRA, Q. L. M.;

VASCONCELOS, M. I. O.; BRITO, M. C. C. Ações educativas em saúde para o público adolescente: uma revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 19, n. 2, p. 277-285, 2016.

BARRIOS, S. et al. Aprendizaje-servicio como metodología para el desarrollo del pensamiento crítico en educación superior. **Revista Cubana de Educación Médica Superior**, v. 26, n. 26, p. 594–603, 2012.

BARTELMEBS, R. C. Resenhando as estruturas das revoluções científicas de Thomas Kuhn. **Revista Ensaio**, v. 14, n. 3, p. 351-358, 2012.

BARROS, J. D. **Teoria da História, Volume II. Os primeiros paradigmas: Positivismo e Historicismo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

BACKES, M. T. S.; ROSA, L. M.; FERNANDES, G. C. M.; BECKER, S. G.; MEIRELLES, B. H. S.; SANTOS, S. L. M. A. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV-FIOCRUZ, 2007. p. 25-49.

BEHRENS, M. A.; OLIARI, A. L. A Evolução dos Paradigmas na Educação: do pensamento científico tradicional à complexidade. **Diálogo Educative**, v. 7, n. 22, p. 53-66, 2007.

BEHRENS, M. A.; RODRIGUES, D. G. Paradigma emergente: um novo desafio. **Pedagogia em Ação**, v. 6, n. 1, p. 51–64, 2014.

BECERRIL, L. C. et al. Importancia del pensamiento reflexivo y crítico en enfermería Importance of reflective and critical thinking in nursing. **Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica**, v. 23, n. 1, p. 35–41, 2015.

BERTACCHINI DE OLIVEIRA, L. et al. The effectiveness of teaching strategies for the development of critical thinking in nursing undergraduate students: a systematic review protocol. **The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v. 13, n. 2, p. 26–36, 2015.

BITTENCOURT, G. K. G. D. et al. Aplicação de mapa conceitual para identificação de diagnósticos de enfermagem. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, v. 64, n. 5, p. 963–967, 2011.

BITTENCOURT, G. K. G. D. et al. Mapas conceituais no ensino de pós-graduação em enfermagem: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 172–176, 2013.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; CROSSETTI, M. D. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 341–347, 2013.

BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 307-14, 2007.

BURGATTI, J. C. et al. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 282–286, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional De Educação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 12 junho 2014.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: saúde**. Brasília: Ministério da Educação, p. 243-284, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n º 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: saúde**. Brasília: Ministério da Educação, 1997. p. 243-284.

CABALLERO, E.; ARRATIA, F. **Evaluación e identificación de destrezas del pensamiento crítico en alumnos de primero y segundo año de la carrera de Enfermería-Obstetra.** [s.l.] Pontificia Universidad Chile, 2001.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARRILES ORTIZ, M. G. et al. Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. **Enfermeria Global**, v. 11, p. 136-145, 2012.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, v. 14, n. 2, p. 387-402, 2015.

CARVALHO, A.; CARVALHO, G. S. **Educação para a Saúde:** conceitos, práticas e necessidades de formação. Portugal: Lusociência, 2006. 140 p.

CARVALHO, M. C. V.; LUZ, M. T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface** (Botucatu), v. 13, n. 29, p. 313-326, 2009.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 829-840 2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CEOLIN, S.; PADOIN, S. M. M.; NOAL, H. C.; TERRA, M. G.; SILVA, C. T.; DE PAULA, C. C. Demands of health education practice to nurse's quotidian: a narrative revision. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental On line**, v. 3, n. 4, p. 2453-2465, 2011.

CEOLIN, S. **O processo de educação em saúde a partir do diálogo sobre plantas medicinais: significados para escolares.** 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2012.

CEOLIN, S.; MENDIETA, M. C.; CEOLIN, T.; LOPES, A. C. P.; HECK, R. M. Diálogo sobre plantas medicinais: significados de escolares **Cultura de los Cuidados**, v. 20, n. 45, p. 98-107, 2017.

CEOLIN, S.; MENDIETA, M. C.; RIBEIRO, M. V.; BADKE, M.R. A interface saúde e ambiente no diálogo com escolares: ressignificando o sentido do cuidado. **Cultura de los Cuidados** (no prelo, 2017).

CERULLO, J.; CRUZ, D. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1–6, 2010.

CYRINO, E. G.; PEREIRA, T. M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing: a systematic approach**. 4.ed. St. Louis (MO): Mosby, 1995. 235 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007**. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 07 abr. 2014.

COSTA, G. M.; FIGUEREDO, R. C.; RIBEIRO, M. S. A importância do enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi – TO. **Revista Científica ITPAC**, v. 6, n. 2, 2013.

CROSSETTI, M. D. G. O. et al. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, v. 30, n. 4, p. 732–741, 2009.

CROSSETTI, M. D. G. O. et al. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 55–60, 2014.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DEWEY, J. **Democracia e Educação: capítulos essenciais**. 1.ed. São Paulo: Ática, 1979. 136 p.

DÍAZ, C. E.; BERTONI, J. S. Enfermería Basada En La Evidencia Y Formación Profesional. **Ciencia y enfermería XVI**, v. 3, n. 3, p. 9–14, 2010.

ELIZONDO, R. et al. El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería. **Enfermería Global**, n. 30, p. 410–421, 2013.

ENNIS, R. H.; WEIR, E. **The Ennis-Weir Critical Thinking Essay Test**. Pacific Gr: Midwest Publications, 1985.

FACIONE, N. C.; FACIONE, P. A. **The California critical thinking dispositions inventory test manual**. Millbrae: California Academic Press, 1992.

FACIONE, P. A. **Critical Thinking** : A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction Executive Summary “The Delphi Report”. Millbrae, California: Academic Press, 1990. 112 p.

FANDOS, T. B. El diario reflexivo como herramienta de autoaprendizaje en la formación de enfermería. **Nursing (Ed. española)**, v. 26, n. 7, p. 52–55, 2008.

FERO, L. J. et al. Critical thinking ability of new graduate and experienced nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 1, p. 139–148, 2009.

FERREIRA, E. B. et al. Análise reflexiva pensamento, reflexão e ação na construção do conhecimento do thought, reflection and action in nursing professional's knowledge construction. **The Journal of Nursing UFPE on line**, v. 7, n. 12, p. 6895–6900, 2013.

FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2010.

FERREIRA, R. F.; CALVOSO, G. G.; GONZALEZ, C. B .L. Caminhos da pesquisa e contemporaneidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15 n. 2, p. 243-250, 2002.

FERREIRA, I. R. C.; VOSGERAU, D. S. R.; MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, 2012.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; SOUZA, D. B. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 12, n. 2, 2005.

FIGUEIREDO, M. F. F.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010.

FONSECA, R. M. G. S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 5-13, 1997.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 34.ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011. 112 p.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 34.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 165 p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 42.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213 p

_____. **Educação como prática de liberdade**. 14.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 150 p.

_____. **A importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. 44.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

FORCHTNER, B. Critique, the discourse–historical approach, and the Frankfurt School. **Critical Discourse Studies**, v. 8, n. 1, p. 1–14, fev. 2011.

GADAMER, H. G. **O Mistério da Saúde**: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Nova Biblioteca 70; 1993.

GAZZINELLI, M. F. C.; MARQUES, R. C.; OLIVEIRA, D. C. A.; AMORIM, M. M. A.; ARAÚJO, E. G. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-571, 2013.

GRANERO-MOLINA, J. et al. Habermasian knowledge interests: Epistemological implications for health sciences. **Nursing Philosophy**, v. 16, n. 2, p. 77–86, 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200 p.

GUARESCHI, P. Empoderamento (verbetes). In: STRECK, D.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. 165-167 p.

GUARIENTE, M. H. D. M.; BERBEL, N. A. N. A pesquisa participante na formação didático-pedagógica de professores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 53-59, 2000.

GUEDES, E. C. **Alteridade e diálogo: uma meta-arqueologia da educação a partir de Emmanuel Lévinas e Paulo Freire**. 2007. 181 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-graduação em Educação.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

GONÇALVES, F. D.; CATRIB, A. M. F.; VIEIRA, N. F. C.; VIEIRA, L. J. E. S. A promoção da saúde na educação infantil. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, n. 24, p. 181-92, 2008.

GORDON, J. M. Congruency in Defining Critical Thinking by Nurse Educators and Non-nurse Scholars. **Journal of Nursing Education**, v. 39, n. 8, p. 340–351, 2000.

HABERMAS, J. **Theory of Communicative Action, Volume Two: Lifeworld and System**: a critique of functionalist reason. Boston: Beacon Press, 2012.

HABERMAS, J. **Theory of Communicative Action, Volume One: Reason and the Rationalization of Society**. Boston: Beacon Press, 2013.

HABERMAS, J. **Technology and Science as Ideology**. Boston: Beacon Press, 2014.

HABERMAS J. **Passado como futuro**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1993

HASAN, M. N. Positivism: to what extent does it aid our understanding of the contemporary social world? **Quality & Quantity**, v. 50, n. 1, p. 317–325, jan. 2016.

ISAACS, L. G. Patrones de pensamiento crítico en alumnos post exposición a un modelo de enseñanza integrado a enfermería. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 28, n. 3, p. 1–5, 2010.

JORGE M. S. B. et al. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 81-86, fev. 2007.

KANTORSKI, L. P. et al. **Programa Vizinhança** – Revitalização do Entorno do Campus Porto da UFPel. Pelotas. 2009.

KUHN, Thomas Samuel. **A estrutura das revoluções científicas**. 9.ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

LE BOTERF, G. **Pesquisa participante**: propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense, 1984.

LEVI-STRAUSS, C. **Myth and Meaning**: cracking the code of culture. [s.l.]: Schocken Books, 2014.

LIMA, M. A. D. S. Educação em Saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 87-91, 1996.

LOPES, G. T. A trajetória da investigação científica no âmbito da enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 6, n. 1, p. 53-62, 2002.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, Supl., p. 145-76, 2005.

MADEIRA, Lélia Madeira. **Pesquisa participante**: metodologia pedagógica alternativa para enfermeiros. São Paulo, 1985. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009.

MALINOWSKI, B. **A Scientific Theory of Culture and Other Essays**. New York: Oxford University Press, 2009.

MARIA, D. S.; GUILAMO-RAMOS, V.; JEMMOTT L. S.; DEROUIN A.; VILLARRUEL, A. Nurses on the Front Lines: Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health Across Health Care Settings. **American Journal of Nursin**, v.17, n.1, p. 42–51, 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnica de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração análise e interpretação de dados. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2009. 278 p.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Care plan shared with ostomized clients: Freire's pedagogy and its contributions to nursing education practice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 286–294, 2012.

MELO, L. P. Enfermería y antropología en Brasil: relaciones, dilemas y desafíos. **Cultura de los Cuidados**, v. 17, p. 66-76, 2013.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINGUEZ MORENO, I.; SILES, J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. **Aquichan**, v. 14, n. 4, p. 594–604, 2014.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133–2144, 2008.

MORÁN PEÑA, L. La formación de profesionales reflexivos y la práctica de Enfermería. **Enfermería Universitaria**, v. 4, n. 1, p. 39–43, 2007.

MOSQUEDA-DÍAZ, A. et al. Teoría crítica y su contribución a la disciplina de enfermería. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 2, p. 356–363, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 17.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. 108p.
- MIRANDA, M. I. A produção do conhecimento científico, os paradigmas epistemológicos e a pesquisa social. **Revista Educação e Filosofia**, v. 19, n. 37, p. 239-251, 2005.
- MOGENDORFF, J. R. A Escola de Frankfurt e seu legado. **Verso e Reverso**, v. 26, n. 63, p. 152–159, 2012.
- MOSQUEDA-DÍAZ, A. et al. Teoría crítica y su contribución a la disciplina de enfermería. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 2, p. 356–363, 2014.
- NAOTUNNA, N. P. et al. Nutritional status among primary school children in rural Sri Lanka: a public health challenge for a country with high child health standards. **BMC Public Health**, v. 10, n. 1, 2017.
- NUNES, B. P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 968-976, dec. 2014.
- OLIVEIRA, D. L. L. C. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.
- OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 1, p. 185-188, 2011.
- OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.
- PAIM, L.; MERCEDES, T; MADUREIRA, V. S. F.; STAMM, M. Pesquisa Convergente-Assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 3, p. 380-386, 2008.
- PAIVA, Georgia Medeiros. **Análise do programa saúde na escola do município de Fortaleza**. 2012. 140 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza, 2012.
- PEGUEROLES, A. F. Enseñar estrategias de razonamiento y pensamiento crítico a los estudiantes de Enfermería. **Metas de Enfermería**, v. 12, n. 9, p. 68–72, 2009.
- PENSO, M. A.; BRASIL, K. C. T. R.; ARRAIS, A. R.; LORDELLO, S. R. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com

adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Revista Saúde e Sociedade** [online], v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013.

PEREIRA, Reinaldo Arruda. **A ciência moderna, a crise dos paradigmas e sua relação com a escola e com o currículo**. 2002. 159 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Educação. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Minas Gerais, 2002.

PERRY, A. G.; POTTER, P. **Fundamentos de Enfermagem**. 8.ed. São Paulo: Elsevier; 2013. 1424 p.

PIÑA-JIMÉNEZ, I.; AMADOR AGUILAR, R. La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico. **Enfermería Universitaria**, v. 12, n. 3, p. 152–159, 2015.

PINHO, L. M. O.; BARBOSA, M. A. A. relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 1, p. 107–112, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Dados Físicos e Econômicos**. Disponível em <http://www.pelotas.com.br/cidade_dados/pelotas_dados.htm>. Acesso em: 29 nov. 2014.

PIRES, D. E.; SORATTO, J.; MACHADO, R. R.; DOS ANJOS M. S.; GONÇALVES, A. S. R.; TRINDADE, L. L. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e. 2682, 2016.

PIRES, L. M.; QUEIRÓS, P. S.; MUNARI, D. B; MELO, C. F.; SOUZA, M. M. A enfermagem no contexto da saúde do escolar: revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, num. esp. 1, p. 668-675, 2012.

PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Informe regional sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2010**. Actuar sobre el futuro: Romper la transmisión generacional de la desigualdad. 1.ed. San José de Costa Rica: PNUD; 2010.

PNUD. **Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil**. Atlas do Desenvolvimento Humano. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2010. Consultado em 20 de agosto de 2016.

RASCHE, Alexandra Schmitt **A práxis do enfermeiro no planejamento e avaliação das ações na saúde escolar**. 2012. 188 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2007.

ROSSATO, R. Educação e mudança social. **Caderno de pesquisa do Doutorado**, Santa Maria, v. 11, n. 1, p. 1-22, 1993.

SANTIAGO, L. M.; RODRIGUES, M. T. P.; OLIVEIRA JUNIOR, A. D.; MOREIRA, T. M. M. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, 2012.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, Q. G.; AZEVEDO, D. M.; COSTA, R. K. S.; MEDEIROS, F. P. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 833-837, 2011.

SAVIANI, D. História da escola pública no Brasil: questões para pesquisa. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; NASCIMENTO, M. I. M. (Orgs.), **A escola pública no Brasil: história e historiografia**. Campinas: Autores Associados, 2005, p. 1-29.

SCHEFFER, B.; RUBENFELD, G. A consensus statement on critical thinking in nursing. **Journal of Nursing Education**, v. 39, n. 8, p. 352–359, 2000.

SCHON, D. A. **Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions**. 1.ed. San Francisco: [s.n.], 2009.

SCRIVEN, M.; PAUL, R. **Defining critical thinking: A statement by Michael Scriven and Richard Paul for the National Council for Excellence in Critical Thinking Instruction**, 1987. Disponível em: <<http://www.criticalthinking.org/pages/defining-critical-thinking/766>>. Acesso em: nov 2015.

SERRANO, M. C. Y. A.; ESTÉVEZ, M. C. M. Z.; MAYEDO, M. C. J. A. C. Constatación de las habilidades del pensamiento crítico en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería. **Educación Médica Superior**, v. 20, n. 3, 2006.

SIMPSON, E.; COURTNEY, M. Critical thinking in nursing education: a literature review. **International Journal of Nursing Practice**, v. 8, n. 2, p. 89–98, 2002.

SIEBENEICHLER, F. B. **Jürgen Habermas: razão comunicativa e emancipação**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

SILES, J. **Teoria E Método Nos Estudos Históricos em Enfermagem - O Modelo Estrutural Dialético Dos Cuidados (MEDC)**. In: SILES, J.; OGUISSO,

T.; FERNANDES, G. *Enfermagem - História, Cultura Dos Cuidados & Métodos*. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2016.

SILES, J. **Estructura familiar y función social de la mujer en Alicante: 1868-1936**. [s.l.]: Universidad Alicante, 1995.

SILES, J. Epistemología y enfermería: por uma fundamentación científica y profesional de la disciplina. **Enfermería Clínica**, v. 4, n. 7, p. 188-194, 1997.

SILES, J. **Antropología narrativa de los cuidados**. Alicante: CECOVA, 2000.

SILES, J. Antropología, historia y enfermería. **Cultura de los Cuidados**, v. 4, n. 7-8, 2000.

SILES, J. G.; GARCÍA, E. H. Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en Enfermería. **Enfermería Científica**, n. 160-161, jul-ago 1995.

SILES, J.; SOLANO, M. C. Clarificación epistemológica de tres especialidades de la antropología de los cuidados: antropología clínica, enfermería transcultural y antropología educativa de los cuidados. In: SILES, J.; SOLANO, M. C. (org). **Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas**. Alicante: Universidad de Alicante: Editorial Marfil, 2009. p. 11-66.

SCOCHI, C. G. S.; MUNARI, D. B. A pós-graduação em Enfermagem brasileira faz quarenta anos: avanços, desafios e necessidades de novos empreendimentos. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 215-218, 2012.

SOARES, D. A. A enfermagem no contexto das mudanças paradigmáticas. **Diálogos & Ciência**, v. 3, n. 9, 2009.

SPAZZIANI, M. L. A saúde na escola: da medicalização à perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural. **Revista Educação Temática Digital**, v. 3, n. 1, p. 41-62, 2001.

TESSER, C., D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3615-3624, 2010 .

TESSER, C.,D.; GARCIA, A., V.; VENDRUSCOLO, C.; ARGENTA, C., E. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

THORNE, S.; STEPHENS, J.; TRUANT, T. Building qualitative study design using nursing's disciplinary epistemology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 72, n. 2, p. 451–460, fev. 2016.

TOZZINI, Daniel Laskowski. **Objetividade e Racionalidade na Filosofia da Ciência de Thomas Kuhn**. 2011. 111 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** – A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

URRUTIA-PEREIRA, M.; TOC, T.; CRUZE, A. A.; SOLÉF, D. The school as a health promoter for children with asthma: The purpose of an education programme. **Allergologia et Immunopathologia**, v. 4, n. 1, p. 93–98, 2017.

VACEK, J. Using a conceptual approach with concept mapping to promote Critical Thinking. **Education Innovations**, v. 48, n. 1, p. 45–48, 2009.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência**. 10.ed. Campinas: Papirus Editora, 2002. 269 p.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. (org). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 73-99.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na Escola: Um campo em busca de espaço na agenda intersetorial**. 2004. 154 f. Tese (Doutorado), Departamento de Prática de Saúde. Universidade de São Paulo, 2004.

VALENTE, G. S. C.; VIANA, L. O. O pensamento crítico-reflexivo no ensino da pesquisa em enfermagem: um desafio para o professor! **Enfermería Global**, v. 6, n. 7, p. 1–8, 2007.

VALENTE, G. S. C.; VIANA, L. O. Da formação por competência à prática docente reflexiva. **Revista Iberoamericana de Educacion**, v. 48, n. 4, p. 1–7, 2009.

VIEIRA, Maria Edna Moura. **Programa Saúde na Escola: A Intersetorialidade em Movimento**. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2013.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1987.

WATSON, G.; GLASER, E. M. **Watson-Glaser II Critical Thinking Appraisal**. Pearson Education, 2010.

WERNER-SEIDLER, A.; PERRY, Y.; CALEAR, A. L.; NEWBY, J.M.; CHRISTENSEN, H. School-based depression and anxiety prevention programs

for young people: A systematic review and meta-analysis. **Clin Psychol Rev**, v. 21, n. 1, p. 30-47, 2017.

WILLGING, C. E.; GREEN, A. E.; RAMOS, M. M. Implementing school **nursing** strategies to reduce LGBTQ adolescent suicide: a randomized cluster trial study protocol. **Implement Sci**, v. 11, n. 1, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. WHO. 1986.

ZURIGUEL PÉREZ, E. et al. Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. **International journal of nursing practice**, n. 2, p. 820–830, 2014.

ANEXOS

Anexo I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Aceito a doutoranda Silvana Ceolin, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas a desenvolver sua pesquisa intitulada "**Processo educativo sociocrítico do enfermeiro no contexto escolar**", tendo como objetivos conhecer os obstáculos encontrados pelo enfermeiros para desenvolver um processo educativo sociocrítico no contexto escolar e explorar possibilidades de desenvolver um processo educativo sociocrítico pelo enfermeiro no contexto escolar. A pesquisa tem como orientadora a Dr^a Rita Maria Heck e coorientador Dr José Siles González.

A pesquisa foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em ciências e será encaminhada à Plataforma Brasil para apreciação no Comitê de Ética e Pesquisa.

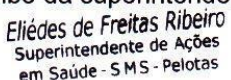
Farão parte do estudo profissionais enfermeiros pertencentes a Estratégias de Saúde da Família de Pelotas – RS.

Estou ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que serão assegurados:

- a) A garantia de receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- b) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- c) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tal segurança e bem-estar.

Pelotas, 26 de fevereiro de 2015.


Assinatura e carimbo da superintendente de Ações e Saúde

Eliédes de Freitas Ribeiro
Superintendente de Ações
em Saúde - SMS - Pelotas

Anexo II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Aceito a doutoranda Silvana Ceolin, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas a desenvolver sua pesquisa intitulada "**Processo educativo sociocrítico do enfermeiro no contexto escolar**", tendo como objetivos conhecer os obstáculos encontrados pelos enfermeiros para construir um processo educativo sociocrítico no contexto escolar e explorar possibilidades de desenvolver um processo educativo sociocrítico pelo enfermeiro no contexto escolar. A pesquisa tem como orientadora a Dr^a Rita Maria Heck e coorientador Dr José Siles González.

A pesquisa foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em ciências e será encaminhada à Plataforma Brasil para apreciação no Comitê de Ética e Pesquisa.

Farão parte do estudo profissionais enfermeiros pertencentes a Estratégias de Saúde da Família de Pelotas – RS.

Estou ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que serão assegurados:

- a) A garantia de receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- b) Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- c) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tal segurança e bem-estar.

Pelotas, 26 de fevereiro de 2015.

Assinatura e carimbo da Secretária Municipal de Saúde
Arita Bergmann

Arita Bergmann
Secretária Municipal de
Saúde

APÊNDICES

Apêndice I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem

Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: A enfermeira na construção do pensamento crítico com escolares: da racionalidade técnica à ação sociocrítica

Pesquisadora: Silvana Ceolin (silvanaceolin@gmail.com)

Orientadores: Rita Maria Heck; José Siles González

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa que tem como objetivo Identificar e compreender entraves e potenciais de construção do pensamento crítico a partir de ações educativas de enfermeiras, no contexto da saúde escolar e gostaríamos de convidá-lo (a) a participar, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. A proposta envolve realização de entrevista semiestruturada e entrevista grupal, não incluindo nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. O projeto não apresenta riscos físicos aos sujeitos do estudo, mas pode acarretar desconforto no momento da coleta de dados. A pesquisa apresenta como benefícios aos participantes refletir sobre os obstáculos encontrados no desenvolvimento de práticas educativas no contexto escolar e as possibilidades de superação das dificuldades na construção do pensamento crítico em saúde com escolares. Também pode aumentar a motivação em promover atividades participativas com os escolares.

Fui igualmente informado (a):

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- do uso do gravador;
- uso de máquina fotográfica;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado.

- do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como aos resultados obtidos;
- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término do trabalho;
- da publicação do trabalho.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa *A enfermeira na construção do pensamento crítico com escolares: da racionalidade técnica à ação sociocrítica*. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma sigilosa.

Ciente, concordo em participar desta pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Apêndice II

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisa: A enfermeira na construção do pensamento crítico com escolares:
da racionalidade técnica à ação sociocrítica

Pesquisadora: Silvana Ceolin (silvanaceolin@gmail.com)

Orientadores: Rita Maria Heck; José Siles González

Dados de identificação:

Nome:

Idade:

Data:

Tempo de formação:

Contato:

ESF:

QUESTÕES:

- 1) O que é saúde para você
- 2) O que você entende por educação em saúde?
- 3) O que é pensamento crítico para você?
- 4) Como você faz o planejamento e implementação das atividades de educação em saúde com os escolares?
- 5) Você pode relatar uma atividade educativa típica que desenvolve com os escolares?
- 6) Você encontra obstáculos ao desenvolver as práticas educativas com os escolares? Se sim, quais?
- 8) No decorrer das atividades que você vem desenvolvendo com os escolares, percebe alguma mudança decorrente destas?
- 9) Qual é o contexto no qual esses escolares vivem?

Apêndice III

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA GRUPAL

Pesquisa: A enfermeira na construção do pensamento crítico com escolares:
da racionalidade técnica à ação sociocrítica

Pesquisadora: Silvana Ceolin (silvanaceolin@gmail.com)

Orientadores: Rita Maria Heck; José Siles González

Participantes da entrevista grupal:

QUESTÕES:

- 1)** Quais são os principais obstáculos encontrados na implementação das ações educativas com os escolares?
- 2)** Frente a estes obstáculos, que estratégias podem ser implementadas?
- 3)** Como é possível formular ações educativas direcionadas ao pensamento crítico dos escolares?