

O Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar

Fernanda Paula Santos Leal

Orientador: Prof. Doutor Manuel José Lopes

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

2024

com a colaboração da



O Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar

Fernanda Paula Santos Leal

Orientador: Prof. Doutor Manuel José Lopes

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente:

- Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático, Faculdade de Medicina e Presidente da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutor Manuel José Lopes, Professor Coordenador Principal
Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora;
- Doutor Leonel Lusquinhos de Sousa Oliveira, Professor Adjunto
Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora;
- Doutora Zaida Borges Charepe, Professora Associada
Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutora Amélia Maria da Fonseca Simões Figueiredo, Professora Associada
Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutor Afonso Miguel das Neves Cavaco, Professor Associado com Agregação
Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa;
- Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho, Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

2024

Agradecimentos

Agradecer implica reconhecer que uma tese de doutoramento não se faz totalmente sozinha. Muito pelo contrário: estiveram implicados umas dezenas de pessoas para quem dirijo estas palavras singelas de agradecimento, mas reveladoras da minha profunda gratidão por tudo o que foram fazendo, mantendo e cuidando, *de e por* mim.

Ao meu Professor Orientador Manuel José Lopes, por toda a ajuda neste vasto caminho de anos. Por acreditar e criar os pressupostos para a aquisição deste grau, apesar de todas as fases de adversidade(s) por que passei. Agradecer a infinita paciência em aguardar texto e resultados dos dados que permitiram construir a tese. E, sempre, por incentivar, estimular o Pensamento em Enfermagem. Por fazê-lo de uma forma autêntica e com genuíno interesse pelo desenvolvimento da doutoranda no âmago da disciplina de enfermagem e profissão.

A todos os colegas, enfermeiros na Saúde Escolar, pelas horas de partilha e de aprendizagem que realizei convosco, tenham sido nas entrevistas, nos momentos de observação, nos focus grupos, em momentos informais de diálogo ou online. Esta tese é dedicada a todos vocês, e em particular à colega F.M. que subitamente nos deixou, assim como a todos os colegas que realizam intervenção na Saúde Escolar, que diariamente empreendem um processo de cuidados dignificante, trabalhoso, complexo, e pouco visível na comunidade escolar. Que esta tese possa devolver-vos e espelhar os contornos de uma prática centenar, atualmente uma práxis de enfermagem, que foi sobrevivendo a diversas reformas do sistema de saúde, conseguindo reajustar-se às mudanças de foco na Saúde Escolar, requerendo flexibilidade e reajustes na intervenção.

À Dra. Gregória von Amann, pelas vastas horas de trabalho no planeamento do novo Programa Nacional de Saúde Escolar (2015). Pelas horas de discussão, desacordos, acordos, ensaios, disponibilidade de escuta, abertura e disposição para a mudança, compreensão da emergência de um novo paradigma, pela crença na Promoção, Literacia e Educação para a Saúde e em particular na importância na promoção da saúde mental.

A todas os profissionais das instituições de saúde (ACeS e UCC`s), educacionais (todos os AE`s e ENA) e de outros setores (CPCJ/CAFAP) envolvidos que permitiram a realização do estudo, o meu grato obrigado. Não só por terem concedido as respectivas autorizações que possibilitaram operacionalizar toda a colheita de dados, mas por terem aberto as portas a uma investigadora desconhecida, mostrando-se disponíveis para a participação nos focus-grupos da educação e, criando a dinâmica para a realização dos focus-grupos com pais/EE`s/representantes legais e alunos.

Ao Fernando e Sérgio que foram o meu suporte e cuidaram do nosso tesouro familiar ao longo deste vasto tempo de indisponibilidade pessoal, para que todo este processo de Pensamento fosse construído e acontecesse, **sem os quais não teria nunca terminado** a tese. Por acreditarem que conseguiria, por compreenderem os momentos de impaciência, cansaço, ausência e por se terem disponibilizado a

aprender tantas coisas e a realizarem tantas e tantas tarefas que uma esposa e mãe fazem diariamente. Ao Alex pelas vastas horas de companhia, diminuindo o sentimento de estar sozinha, sendo ouvinte paciente e atento de cada etapa da tese e, provavelmente o primeiro a conhecer a teoria que estava a emergir.

À Ana e Jaime que foram igualmente suporte num conjunto de aspetos que me possibilitaram disponibilidade mental e de tempo para tratar dados e escrever, substituindo-me muitas vezes em dias de cuidado ao meu pai em toda a sua fase prolongada de doença. Aos meus pais, também agradeço todo o legado que me deixaram, em particular a dimensão humana no cuidado por não os ter abandonado quando mais precisaram de mim, a construção da resiliência face a adversidades e a persistência nos objetivos pessoais e profissionais.

À Lena, que nos foi garantindo a organização da casa semanalmente e se ocupou de um conjunto de tarefas que, sendo sempre necessárias, requerem tempo e restringem a possibilidade de organizar *esse tempo* em torno da construção deste processo complexo que é uma tese de doutoramento.

Aos meus colegas do D. Enfermagem e da ESS/IPS pelos tempos de partilha, incentivo, trocas de dias de aulas, de dias de estágio em vários processos logísticos em que me substituíram. Por compreenderem os momentos de abrandamento/paragem no estudo, assim como os de avanço.

Agradecer aos meus Amigos os tempo(s) de maior afastamento e as suas palavras de apoio e encorajamento.

Em último lugar agradecer a mim própria pela persistência e motivação que foi necessário ter, paralelamente a todo o intenso trabalho que um docente do ensino superior em regime de tempo integral tem. Por conseguir compreender que não podia por vezes avançar..., sabendo adiar temporariamente este objetivo em função de prioridades que se avizinharam mais preocupantes e urgentes. Por acreditar que conseguiria, por aumentar a minha resiliência pessoal, por conseguir diferir ou recusar realizar atividades e outros projetos que gostaria de ter abraçado. Enfim ... foi interessante, foi importante, foi longo e foi um caminho duro ..., mas valeu a pena ter mais esta experiência no meu percurso profissional e académico. Mais um objetivo concretizado: *Its done!*

Dedicatória

Nos últimos momentos antes de terminar a tese senti um uma duplicidade de sentimentos entrelaçados entre a alegria e a tristeza. A alegria surgiu por ter chegado ao patamar de entrega do documento que decorreu ao longo de vasto período de tempo. E a tristeza surgiu por ter perdido neste percurso a colega Fátima, enfermeira na saúde escolar há mais de 25 anos, que não terá oportunidade de ver os resultados, para os quais a sua entrevista e período de observação em muito contribuíram para a desocultação de dados relevantes neste estudo.

Ainda que dedique a todos os colegas enfermeiros na saúde escolar participantes neste estudo esta tese, em particular dedico-a à Fátima, por ter sido sempre uma enfermeira incansável na luta pela dignidade dos enfermeiros no cuidado de enfermagem na saúde escolar e, por promover discussão sobre o tema em diversos momentos das nossas interações. Por nunca se conformar com o conhecimento já existente, mas por querer “voar” para fora de si na procura de respostas de cariz criativo para ajudar os adolescentes. E, efetivamente ajudou muitos adolescentes, pais, professores, colegas do ACeS, e entidades na comunidade.

Onde quer que estejas Fátima, esta tese é dedicada a todos os enfermeiros na SE participantes neste estudo, com carinho e intenção particular a ti.

RESUMO

Contextualização: Evidência internacional revela que os enfermeiros na saúde escolar assumem condição privilegiada para influenciar a saúde das crianças e adolescentes no contexto escolar, sendo percebidos como profissionais merecedores de confiança e cuidadores pelos profissionais do setor da educação, dimensões que consideramos relevantes poderem constituir-se como foco de interesse para um estudo de doutoramento, por acrescentarem valor e conhecimento à disciplina e profissão de enfermagem. Definimos como objetivos: (1) conhecer as características do processo de cuidados dos enfermeiros na saúde escolar; 2) desenvolver uma teoria substantiva, sobre o processo de cuidados de enfermagem na Saúde escolar. Metodologia: delineamos um desenho de estudo de abordagem qualitativa uma vez que possibilita explorar áreas substanciais onde ainda não existe, ou existe muito pouco conhecimento. Esta abordagem permite construir uma nova compreensão de fenómenos pouco explorados ou estudados, assim como produzir teorização fundamentada nos dados. O método da Grounded Theory possibilita a integração de várias técnicas de colheita de dados, sendo utilizadas neste estudo, técnicas de observação dos participantes, entrevista narrativa e focus-grupo com os participantes. Os participantes do estudo foram enfermeiros das equipas de saúde escolar de quatro unidades de cuidados na comunidade (UCC's), assim como profissionais da educação docentes e não docentes, pais/encarregados de educação, adolescentes e profissionais de entidades da comunidade. Em termos de considerações éticas foram pedidas as necessárias autorizações para realização do estudo. Resultados: O cuidado de enfermagem com adolescentes na escola revelou multiplicidade de interações com diferentes atores a diferentes níveis: organizacional, grupal e dual. Caracterizou-se este cuidado dos enfermeiros que constituiu a base de toda a conceptualização para a teoria fundamentada. Desocultou-se um cuidado predominantemente colaborativo, mas com expressão autónoma relevante do cuidado de enfermagem na Saúde Escolar. Discussão: Empreendemos um caminho socio-histórico que nos permitiu identificar a raiz dos cuidados de enfermagem nas escolas, que acompanhou as etapas da História de Enfermagem e a repetibilidade dos papéis das enfermeiras como “auxiliares do médico” para a aquisição de outro vasto núcleo de papéis, apreendendo-se um cuidado com características próprias, com valor social, evidenciando os padrões de conhecimento da disciplina: ético, estético, empírico, pessoal e emancipatório.

Palavras-chave: Enfermagem na Saúde Escolar; Teoria substantiva; Cuidado de enfermagem colaborativo; cuidado enfermagem autónomo.

ABSTRAT

Background: International evidence shows that school health nurses are in a privileged position to influence the health of children and adolescents in schools, being perceived as professionals who are trusted and cared by education professionals. We defined the following study objectives: (1) identify the characteristics of the nurses' care process in school health; (2) develop a substantive theory on the nursing care process in school health. Methodology: We designed a qualitative study as it allows exploring substantive areas where there is not or it was very few knowledge. This approach allows building a new understanding of little explored phenomena, as well as producing substantive theory. The Grounded Theory method allows for integration of various data collection techniques as: participant observation, narrative interview and focus group, that we use with participants being used in this study. The study participants were nurses of the school health teams of four community care units, as well as teaching and non-teaching education professionals, parents/guardians, adolescents and professionals from community entities. In terms of ethical considerations, the necessary authorisations to conduct the study were requested. Results: The nursing care provided to adolescents at school revealed a multiplicity of interactions with different actors at different levels: organisational, group and dual. This nurses' care was characterized, which formed the basis for the whole conceptualisation for grounded theory. We found a predominantly collaborative care, but with a relevant autonomous expression of nursing care in School Health. Discussion: We undertook a socio-historical path that allowed us to identify the root of nursing care in schools, which followed the stages of Nursing History and the repetition of the nurses' roles as "doctors's assistants" to the acquisition of another vast nucleus of roles, apprehending a care with its own characteristics, with social value, highlighting the discipline's patterns of knowledge: ethical, aesthetic, empirical, personal and emancipatory.

Key Words: School nursing care; substantive theory; collaborative nursing care; autonomous nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS	- Agrupamento de Centros de Saúde
AE	- Agrupamento de Escolas
ARS	- Administração Regional de Saúde
ASE	- Ação Social Escolar
CIPE	- Classificação para a Prática de Enfermagem (2.0)
CITE ou (ISCED)	- Classificação Internacional Tipo da Educação
CNPD	- Comissão Nacional de Proteção de dados
CS	Centro de Saúde
CES	- Comissão de Ética em Saúde
DT	- Diretor de Turma
ENA	- Escola Não Agrupada
ICN	- International Council of Nursing
INE	- Instituto Nacional de Estatística
MIME	- Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar
NUTS	Nomenclature D`Unités Territoriales Statistiques (Nomenclaturas de Unidades Territoriais para fins Estatísticos)
OCDE	- Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PSB	- Processo Social Básico
RCSP	- Reforma dos Cuidados de Saúde Primários
SE	- Saúde Escolar
UCC	- Unidade de Cuidados Na Comunidade
UCSP	- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	- Unidade de Saúde Familiar
URAP	- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
UNESCO	- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

INDICES DE FIGURAS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1 – Interações Intra-ACeS dos Enfermeiros na Saúde Escolar

Figura 2 – Interações dos Enfermeiros na SE com Atores da Escola

Figura 3 – Fenómeno Processo de Cuidado de Enfermagem Situando-se na Simultaneidade de Mundos

Figura 4 – (Re)situando-se no Mundo da Escola

Figura 5 – Apreendendo Complexidades do Mundo da Escola

Figura 6 – Processo Interconetando o Cuidado Terapêutico

Figura 7 – Pedidos de Ajuda

Figura 8 – Processo Interconetando o Cuidado – Condutibilidade da Ajuda

Figura 9 – Interconetividade da Ajuda

Figura 10 – Processo Interconetando o Cuidado – Favorecendo o Cuidado Educacional e Socioeducacional. Tipologias de Sessões de Educação para a Saúde.

Figura 11 - Dando Voz aos adolescentes – SepSs Projeto com Planeamento

Figura 12 - Dando Voz aos adolescentes – SepSs Projeto Co-construído com Adolescentes sem Planeamento

Figura 13 – Hierarquização da Construção Relação de Confiabilidade

Figura 14 – Articulando-se e Interagindo para estabelecer Relação Inicial

Figura 15 – Estabelecendo Relação Inicial

Figura 16 – Co-construindo a Relação

Figura 17 – Co-consolidando a Relação

Figura 18 – Enfermeiros SE Situando-se no Processo de Cuidado

Figura 19 – Cuidado Terapêutico dos Enfermeiros SE

TABELAS

Tabela 1 – Dados de Caracterização dos Participantes Enfermeiros na Saúde Escolar

Tabela 2 – Dados da Caracterização dos Participantes Profissionais da Educação

Tabela 3 – Dados de Caracterização dos Participantes Pais/Encarregados de Educação

Tabela 4 – Dados de Caracterização dos Participantes Alunos

Tabela 5 – Caracterização das Escolas dos AEs onde foi realizado o período de observação

Tabela 6 – Tipologias de Reuniões

Tabela 7 – Atividades dos Enfermeiros SE no Cuidado Co-educando Formação

Tabela 8 – Dando Voz aos Adolescentes Relacionado com os Pedidos Coeducacionais-SEpS

Tabela 9 – Atividades dos Enfermeiros SE no Cuidado Co-educando Promoção e Educação para a Saúde

Tabela 10 – Favorecendo Atendimentos

Tabela 11 – Favorecendo o Atendimento Informação

Tabela 12 – Favorecendo o Atendimento Orientação

Tabela 13 – Favorecendo o Atendimento (Estratégias Comuns e Diferentes em todos os Atendimentos)

Tabela 14 – Favorecendo o Atendimento Ajuda

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	13
----------------------------	----

PARTE I – Clarificando o Referencial Teórico

1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO	15
1.1 Razões de Escolha do Fenómeno	15
2. CONTRIBUTOS SOCIO-HISTÓRICOS	18
2.1 Etapa das Raízes do Cuidado de Enfermagem, desde a Origem dos Cuidados ao Século XIX	18
2.1.1 O Cuidado e a Mulher	19
2.1.2 O Cuidado Vocacional – As Ordens Religiosas.....	20
2.1.3 Origem da Escola	22
2.1.4 O Cuidado Profissional.....	23
2.1.5 O Cuidado de Enfermagem na Comunidade – Visitadoras	25
2.1.6 Prenúncio do Serviço de Saúde Nacional – Formação das Visitadoras ...	28
2.2 Etapa do Cuidado Sanitário-higienista	30
2.3 Etapa do Cuidado Médico-pedagógico, das Visitadoras e Enfermeiras na Escola...	33
2.4 Etapa do Cuidado Promotor da Saúde na Escola	39
2.4.1 Transição entre Paradigmas	43
3. PRENÚNCIO DO CUIDADO DE SI, NA “ADOLESCÊNCIA”	53
3.1 Perspetiva Contemporânea.....	54
3.2 Perspetiva Sociohistórica e Humanista-existencial.....	60
3.3 O Ser-adolescente e o Cuidado de Si	65
4. CONTRIBUTOS PARA A CIÊNCIA DE ENFERMAGEM	68
4.1 Problemática	68
4.2 Contribuindo para a ciência de enfermagem	70

PARTE II– Clarificando o Percurso do Estudo Empírico

5. METODOLOGIA	75
5.1 Escolha do Método e Desenho do Estudo	78
5.1.1 Pragmatismo e Interacionismo Simbólico	79
5.1.2 Teoria Fundamentada nos Dados – Grounded Theory.....	81
5.2 Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados	84
5.2.1 A Entrevista	85
5.2.2 Entrevistas em grupo: Focus Grupos.....	87
5.2.3 A Observação	89
5.3 Consciência Ética e Critérios de Rigor	91
5.3.1 Fase de Desenvolvimento do Estudo	94
5.3.2 Fase de Conclusão do Estudo.....	95
5.4 Processo de Colheita de Dados	97
5.4.1 Período de Colheita de Dados e Caracterização dos Participantes	98
6. ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	103
7. A NATUREZA DO PROCESSO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE ESCOLAR	

COM ADOLESCENTES.....	106
7.1. “O Mundo da Saúde” – Caraterização do Contexto dos Enfermeiros na SE nas instituições de saúde	107
7.1.1 ACeS – Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)	108
7.1.2 Enfermeiros na SE participantes no estudo	109
7.1.3 Caraterização do espaço físico na UCC dos Enfermeiros SE participantes no estudo.....	110
7.1.1 Caraterização das interações dos enfermeiros SE Intra ACeS	111
7.2 “O Mundo da Escola” – Caraterização do Contexto Escolar do Processo de Cuidados dos Enfermeiros na SE	112
7.2.1 Caraterização dos contextos escolares do Processo de Cuidados dos enfermeiros SE: Agrupamentos de Escolas e Escolas não agrupadas	115
7.2.2 Contexto da Interação, os espaços físicos	116
7.2.3 Caraterísticas dos participantes dos contextos escolares	118
7.2.4 Caraterização das Interações no Mundo da Escola	118
7.3. “O Mundo da Comunidade” – Caraterização dos Contextos da comunidade do Processo de Cuidados dos Enfermeiros na SE.....	121
8. CARATERIZAÇÃO DOS CONSTRUTOS DO ESTUDO: “PROCESSO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ”SITUANDO-SE NA SIMULTANEIDADE DE MUNDOS”	122
8.1 Construto “Processo Conhecendo-Situando-se”	123
8.2 Construto “Processo Interconetando o Cuidado Terapêutico”	131
8.2.1 “Interconetando o Cuidado”	133
8.2.2 “Favorecendo o Cuidado”	145
8.2.2.1 Favorecendo o Cuidado de Proteção	145
8.2.2.2 Favorecendo o Cuidado Educacional e Socioeducacional	150
8.2.2.3 Favorecendo a Transformabilidade e Humanidade	162
8.3 Construto: “Estabelecendo a Relação de Confiabilidade”	178
8.3.1 “Estabelecendo a Relação Inicial”	179
8.2.1 “Co-construindo a Relação de Confiança”	183
8.2.1 “Co-consolidando a Relação”	186
9. TEORIA SUBSTANTIVA DO PROCESSO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE ESCOLAR COM ADOLESCENTES	190
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	202
REFERÊNCIAS	206
APÊNDICES	213
APÊNDICE I — Grupo de apêndices referentes aos instrumentos de Colheita de Dados. 214	
APÊNDICE II – Exemplos. da Construção da Amostragem Teórica	220
APÊNDICE III – Exemplo da Construção dos Conceitos da amostragem teórica.....	310
APÊNDICE IV – Quadros síntese de caraterização de Dados	339

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa e ESEL apresenta-se a Tese designada “O Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar com Adolescentes”, com a finalidade de requerer provas públicas para a obtenção do grau de Doutor.

Têm sido eleitos diversos objetos de estudo na área científica de enfermagem no âmbito de doutoramentos, mas a área científica da enfermagem na saúde escolar tem sido pouco aprofundada. A eleição do contexto escolar para estudo do processo de cuidado dos enfermeiros, surgiu por via do interesse pessoal e científico na garantia de continuidade da área científica do mestrado, mas também por termos identificado que a nível internacional a enfermagem escolar é apontada como uma estratégia de sucesso de saúde pública, que atualmente se depara com novas necessidades de saúde de crianças e adolescentes nas escolas, mas a nível nacional não se apreende produção de conhecimento sobre esta área de saber.

Evidência internacional revela que os enfermeiros na saúde escolar assumem condição privilegiada para influenciar a saúde das crianças e adolescentes no contexto escolar, sendo percecionados como profissionais merecedores de confiança e cuidadores pelos profissionais do setor da educação, dimensões que considerámos relevantes poderem constituir-se como foco de interesse para um estudo de doutoramento, por acrescentarem valor e conhecimento à disciplina e profissão de enfermagem.

Neste sentido, considerámos importante constituir objeto de estudo de doutoramento, a área da enfermagem na saúde escolar. Identificámos um conjunto de premissas que fundamentam a justificação pela realização de um estudo destas características no âmbito de um doutoramento em enfermagem. Referimo-nos, nomeadamente a termos: (1) identificado ausência de estudos nacionais sobre a prática ou processo de cuidados dos enfermeiros na saúde escolar; (2) Identificado desconhecer o quadro teórico referencial orientador da prática ou processo de cuidados dos enfermeiros na saúde escolar; e (3) reconhecido que, existindo um cuidado de enfermagem na saúde escolar, que persiste há um século a par das políticas de saúde pública nacionais, se constitui como área de saber com necessidade de ser caracterizada, permitindo a produção de conhecimento sobre a mesma.

Consideramos que um estudo com estas características responde ao objetivo de um doutoramento, no âmbito de produção de conhecimento novo para a disciplina e profissão de enfermagem. Definimos como **questão de investigação**: Qual a natureza do processo de cuidados dos enfermeiros na saúde escolar? E como **objetivos do estudo**: 1) conhecer as

características do processo de cuidados dos enfermeiros na saúde escolar; 2) Desenvolver uma teoria substantiva, sobre o processo de cuidados de enfermagem na Saúde escolar.

Em resposta aos objetivos e questão de investigação delineámos um desenho de estudo de abordagem qualitativa, uma vez que permite aumentar a compreensão de fenómenos sociais, implícitos na complexidade e unicidade das experiências humanas (Lopes, 2003; Strauss & Corbin, 1997; Dezin & Lincoln, 1994), através do método da Teoria Fundamentada nos Dados ou Grounded Theory, segundo o referencial de Strauss & Corbin (1997) uma vez que possibilita explorar áreas substanciais onde ainda não existe, ou existe muito pouco conhecimento, permitindo construir uma nova compreensão de fenómenos pouco explorados ou estudados, assim como produzir teorização fundamentada nos dados. Este método possibilita a integração de várias técnicas de colheita de dados, tendo utilizado neste estudo, as técnicas de observação dos participantes, entrevista narrativa e focus-grupo com os participantes. Os participantes do estudo foram enfermeiros das equipas de saúde escolar de unidades de cuidados na comunidade (UCC's), assim como profissionais da educação docentes e não docentes, pais/encarregados de educação, adolescentes e profissionais de entidades da comunidade. Em termos de considerações éticas foram pedidas as necessárias autorizações para realização do estudo à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (CES-ARSLVT), assim como às entidades das instituições de Saúde e Educação, à comissão nacional de proteção de dados e à Direção-geral da Educação.

O Estudo apresenta-se estruturado em duas partes (1) Clarificando o Referencial Teórico que convida a um encontro com a História de Enfermagem internacional e nacional, na procura dos marcos históricos reveladoras do início da prática de enfermagem nas escolas, surgindo com três capítulos de uma abordagem socio-histórica, e (2) Clarificando o Percurso do Estudo empírico que revela e fundamenta as opções metodológicas, assim como apresenta o núcleo dos resultados obtidos e a apresentação da teoria substantiva. Neste percurso explicitamos o nosso posicionamento por referenciais pós-modernistas em termos epistemológicos e ontológicos, e, portanto inscritos em abordagens humanistas e existenciais.

O documento está redigido em concordância com a regras do acordo ortográfico e, foi escolhida a norma de referência da APA, sétima edição.

PARTE I – CLARIFICANDO O QUADRO REFERENCIAL TEÓRICO

Existir humanamente, é pronunciar o mundo, É modificá-lo”
Freire, P (1970)

1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

1.1. Razões de escolha do fenómeno em estudo

Este primeiro capítulo visa apresentar os pensamentos iniciais que nos moveram a realizar o estudo. O mesmo, emergiu de um conjunto de interesses pessoais, profissionais, e científicos, alicerçando desta forma os pilares para a sua fundamentação e compreensão do fenómeno. De uma forma breve apresentamos as considerações subjacentes ao conjunto de interesses referido, consubstanciadas numa articulação coerente que procura por um lado revelar contributos para a profissão de enfermagem, e por outro contribuir para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, permitindo acrescer conhecimento ao seu domínio científico.

Os *interesses pessoais* estão subdivididos em dois aspetos. O primeiro, relacionado com a temporalidade de uma área de cuidados em que os Enfermeiros intervêm desde o início do século passado (1901), mas que ainda nos dias de hoje se encontra sub oculta: a Enfermagem na Saúde Escolar. Assim, procurámos dar continuidade a esta área científica iniciada no mestrado, uma vez que se foram aprofundando compreensões, experiências e, produzindo bastante trabalho ao longo de 18 anos; o segundo aspeto surge por pretendermos explorar significativamente a sua relevância na Enfermagem. Este segundo aspeto, permitiu-nos clarificar a direcção metodológica que elegemos para este percurso. A nível nacional deparámos com um vazio literário sobre o assunto do processo de cuidados de enfermagem na saúde escolar. Este dado, por um lado, suscitou-nos estranheza no sentido de procurarmos compreender esta

ausência de literatura sobre esta área de saber, e por outro, originou curiosidade e engrandeceu o nosso interesse para se constituir objeto de estudo no âmbito do doutoramento.

O nosso espaço de reflexão inquietou-se e encontrou um conjunto de interrogações relacionadas com este conhecimento “*desabitado*” sobre o processo de cuidados de enfermagem na saúde escolar. Nomeadamente, por que razão se encontra tão parca produção de conhecimento sobre este processo de cuidados de enfermagem, a nível nacional? – Será que este processo de cuidados de enfermagem poderá contribuir com conhecimento importante para a disciplina e profissão de enfermagem? – De que características se revestirá, uma vez que é um processo de cuidados com enfoque intersetorial, que ocorre maioritariamente na comunidade escolar?

No âmbito dos *interesses profissionais* que considerámos importantes para fundamentar este estudo, sentimos responsabilidade em poder contribuir com elementos de conhecimento em enfermagem visando colaborar singelamente na afirmação da identidade científica e profissional. Sendo os enfermeiros um grupo profissional do setor da saúde com tradição de intervenção em territórios institucionais socialmente definidos para cuidados de saúde, dotados de culturas organizacionais muito próprias, suscitou-nos particular interesse procurar conhecer uma intervenção que maioritariamente acontece fora destes territórios. Partilhamos do pensamento de vários autores de que a Promoção da Saúde nas escolas exige uma ação inter ou transetorial, para a qual surge como indispensável a colaboração do setor da saúde (Harada et al, 2003; Persson & Haraldsson, 2017). Esta particularidade, possibilitou-nos entrar num outro espaço de interrogações, relacionado com querer conhecer o processo de cuidado de enfermagem nas escolas, questionando-nos como é que este se revelará conjuntamente com saberes de outras áreas.

Muitos autores ao longo do tempo têm revelado que o processo de cuidados dos enfermeiros nas escolas não é totalmente claro nem para os próprios, nem para os outros atores daqueles espaços (Richardson-Todd, 2002; Denehy, 2006; Dahl & Crawford, 2018). Este dado, levou-nos a refletir num outro conjunto de questões que estiveram presentes na realização deste estudo, situadas na esfera das consequências desta indefinição de áreas de intervenção. Nomeadamente, quais serão as esferas de atuação dos enfermeiros e de cada grupo profissional no sentido da identificação dos contornos partilhados, partilháveis e distintos uns dos outros? ou, ainda, quais serão os seus limites de intervenção, e que saberes serão necessários os enfermeiros apropriarem-se, para co-habitarem este palco comum de acção?

Por último, surgem os *interesses científicos*. A fundamentação referente a este grupo de interesses justificativos, surge numa dupla vertente: 1) por um lado, realizarmos um estudo que

permitirá a aquisição do grau de doutor, implicando a produção de conhecimento novo para a disciplina de enfermagem. Neste âmbito, consideramos que o estudo é original para a disciplina de enfermagem e contribuirá no domínio científico, com uma proposta de teoria fundamentada nos dados; 2) por outro lado, considerando a discussão na comunidade científica sobre a construção do *Conhecimento em Enfermagem*, centramo-nos neste estudo no domínio da prática profissional uma vez que esta tem sido referida como fundamental para a nomeação dos seus saberes (Basto, 2009; Lopes, 2006, Kim, 2010). Esta opção, está consubstanciada na perspetiva de que é o cuidar de enfermagem “*que caracteriza a disciplina e que exige o desenvolvimento do saber próprio*” (Basto, 2009., p. 12), tornando-se fundamental clarificar a natureza deste cuidar, nos seus mais elementares domínios.

2. CONTRIBUTOS SOCIO-HISTÓRICOS

Os contributos sociohistóricos surgem com a importância de realçarmos que a história da saúde escolar tem inevitavelmente pontos de interseção entre os percursos históricos com a história da Enfermagem, e somente por via de um exercício de organização cronológica e de enfoque na identificação da origem da participação dos cuidados dos enfermeiros na saúde escolar, a redigimos cronologicamente e, por etapas.

2.1. Etapa das Raízes do Cuidado de Enfermagem: desde a origem dos Cuidados ao Século XIX.

É deveras interessante conhecer toda a História da Enfermagem até à contemporaneidade de forma a compreendermos aspetos fundadores da sua natureza, através do contributo das obras de diversos historiadores de enfermagem e das suas perspetivas. No entanto, ressaltamos que salientaremos parte deste percurso histórico, enfatizando, em particular, os acontecimentos que entendemos poderem contribuir para direcionar o mesmo à trajetória da enfermagem na saúde escolar internacional e nacional.

Referiremos a origem dos Cuidados, mas também o percurso destes imbricado na profissão de enfermagem, estando ambos implicitamente relacionados. *Cuidar* e *Ser Cuidado* surgem como condições de indispensabilidade à vida do ser humano e sobrevivência do grupo social (Collière 1999). Certamente que quando pensámos no processo de cuidado na saúde escolar, apreendemos um cuidado realizado na comunidade, no contexto escolar, pelos enfermeiros. Mas qual terá sido a sua origem e história? É objetivo deste capítulo responder a esta pergunta, apresentando quatro etapas distintas do Cuidado e a sua relação com a Escola, não estando os cuidados de enfermagem na escola nas duas primeiras etapas. Porém, como referimos, estas etapas vão relacionar-se historicamente com a origem dos cuidados e com a origem dos cuidados de enfermagem, posteriormente também com a origem da escola e, finalmente com a origem dos cuidados de enfermagem na escola, estabelecendo a ponte para a adolescência. Procuraremos enquadrar cada uma das etapas a partir do conhecimento geral – do Mundo – para o particular - a nível nacional.

No seu livro *Promover a vida*, Collière (1999) transporta-nos ao longo dos séculos a uma compreensão das práticas de cuidados ao longo da evolução, através de três modos de identificação: (1) *Identificação da prática de cuidados com a mulher* (desde o início da história da humanidade até à idade média); (2) *Identificação da prática de cuidados com a mulher [consagrada]* desde a Contra Reforma até ao século XIX; (3) *Identificação da prática de cuidados com a mulher [enfermeira – auxiliar do médico]* desde o início do século XX ao final dos anos 60, reconhecido como o período de profissionalização da enfermagem. Por sua vez, Ferraz (2019) designou três etapas sobre a evolução das práticas assistenciais de cuidados: (1) a *etapa doméstica dos cuidados*; (2) a *etapa vocacional dos cuidados*; (3) e a *etapa profissional dos cuidados*, que inevitavelmente, na nossa perspetiva, têm estreita relação com os marcos da perspetiva antropológica de Collière. (Collière 1999; Ferraz, 2019).

2.1.1 - O Cuidado e a Mulher

Os primeiros cuidados alicerçam-se na (1) *Identificação da prática de cuidados com a mulher*, por via do seu corpo ser lugar de fecundidade, nascimento, alimento mas também ancoradouro de afeto, proteção, e relação com o mundo. É em torno do corpo da mulher e do corpo da criança que se desenvolvem um conjunto de práticas e rituais de cuidado de si e de cuidado ao outro, que constituíram condição para sobreviver. Durante milhares de anos todos estes cuidados habituais, rotineiros e diários, são geradores de vida, e estão relacionados com atividades de âmbito doméstico e assistencial da mulher. Esta adquire conhecimento a partir da sua experiência, partilha-a com outras mulheres, e transmite-se um vasto saber ao longo de gerações – por tradição oral – tendo ancorado e influenciado toda a história da humanidade. Identificamos que as práticas do corpo estão associadas aos cuidados que o protegem, mantêm ou revitalizam, mas também, na perspetiva de Foucault (2006) o *Cuidado de Si* é uma prática para toda a vida, um exercício de si que surge como uma forma de construir uma subjetividade. Este filósofo a partir dos seus estudos sobre a cultura greco-latina [séc. V (a.c.) aos séc. IV-V (d.c.)] procura encontrar outra figura do sujeito – enquanto possibilidade de existência – que o aproxime de si, sendo o objetivo deste pensamento conduzir o ser humano a (re)tornar a si. Numa mudança de paradigma da sua filosofia, enfatiza que o “(...) *o Cuidado de Si faz do Mundo, enquanto possibilidade de conhecimento e transformação de Si, o lugar de emergência de uma subjetividade*” (Foucault, 2006, p.635). Pela perspetiva deste pensamento, deixamos antever que o Cuidado encerra potencialidades para além da prática do cuidado físico de Si para Si, mas

também como prática de relação dos seres com o mundo e com os outros, perspectiva que retomaremos mais tarde.

2.1.2 - O Cuidado Vocacional - As Ordens Religiosas

Enquanto prática assistencial aos outros surge na (2) *Identificação da prática de cuidados com a mulher [consagrada]*, sendo designada por Ferraz por etapa vocacional dos cuidados (Collière 1999; Ferraz, 2019). Desde a Contra Reforma até ao século XIX, permite compreender-se o primeiro modelo de referência de práticas de cuidados. Pela sua importância no percurso sociohistórico - de ter desocultado um papel com uma função social originada pela vocação de serviço ao próximo, imersa em atitudes de renúncia, esquecimento de si e comportamentos definidos num conjunto de deveres, limitações e preceitos - as *mulheres [consagradas]* a par da vida de oração, e da vocação de entrega e cuidado aos outros, dão origem ao papel social da enfermagem. No entanto, o desempenho deste papel evidenciou características de circunscrição espacial em consequência da clausura, e de invisibilidade do papel individual, uma vez que este é investido do papel social e da prática de cuidados da “religiosa”. Com a *mulher [consagrada]* a prática de cuidado é muito limitada e confinada ao lugar de culto e de assistência (convento-hospital), destinada aos corpos de sofredores, estabelecida pelas rígidas normas monásticas que determinam as atitudes e comportamentos concordantes com os princípios cristãos, de humildade, reserva e submissão.

Na Europa e em Portugal, esta dimensão assistencial surge mais bem documentada desde a idade média. A nível nacional, em particular, ocorre “*num tempo em que em território luso se iniciava a nacionalidade. Os cuidados com os leprosos, os peregrinos, os epidemiados e os doentes estão documentados desde essa altura*” (Rodrigues, 2013, p.217). Sabendo que o estatuto de Portugal como reino independente remonta ao séc. XII, no ano de 1143 – ano da assinatura do tratado de Zamora entre D. Afonso Henriques e Afonso VII de Leão e Castela - condição que levou Afonso Henriques a prestar vassalagem ao Patriarcado de Roma, pedindo proteção de S. Pedro e da Santa Sé para o *Reino Portucalense*. Desde este estatuto, que só foi confirmado trinta e seis anos depois, pelo Papa Alexandre III através da bula *Manifestis probatum* de 23 de Maio de 1179 (Herculano, 1983), ocorreram nove séculos de História de Portugal que subsidiaram contributos para a compreensão das práticas assistenciais. Sabendo-se que ainda antes da fundação da nacionalidade já há referências documentais sobre a influência de ordens religiosas nas práticas assistenciais de saúde em Portugal.

Pela sua importância face à atribuição do papel social, mas também para conhecermos as primeiras funções enquanto práticas assistenciais, vamos aprofundar a *etapa vocacional dos cuidados*. Esta, com expressão marcada na Europa, refere-se ao período da sociedade medieval – séculos V a XV – e ocorre sob a influência das ordens religiosas nas práticas assistenciais, emergindo diversos tipos de instituições (albergarias, confrarias, mercearias, gafarias, hospitais, asilos, hospícios, entre outros) cuja diferenciação nem sempre era facilitadora da distinção entre práticas de hospitalidade versus práticas assistenciais de cuidados. Esta última, a prática assistencial de cuidados, maioritariamente relacionada com as mulheres consagradas, virgens e viúvas, caracterizava-se por estas mulheres dedicarem o seu tempo aos pobres e enfermos. A mesma, comprometeu-as a pouco e pouco a consagrarem as suas vidas a obras e a Deus, originando inicialmente um efetivo papel social, que se foi perdendo com a consolidação monástica dirigida para a vida de oração, leitura e clausura, dimensão que impossibilitava cuidados aos doentes nas suas casas. (Sá, 1996; Collière, 1999; Nunes, 2003; Rodrigues, 2013; Ferraz, 2019). Neste período da idade média devido às cruzadas, peregrinações e invasões surgem as grandes ordens hospitalares militares (constituindo-se irmãos-enfermeiros ligados aos exércitos, ou às ordens guerreiras como os Templários ou Cavaleiros de outras ordens), cujas práticas por um lado eram realizadas aos corpos feridos nos campos de batalha, e por outro lado outras Ordens como os cavaleiros da Ordem de S. Lázaro ou os Irmãos de S. João de Deus que assistiam doentes e peregrinos, ou cuidavam dos portadores de males do espírito, que necessitavam de ser afastados das povoações encerrando-os em instituições de cariz hospitalar-hospício, asilos ou nos hospitais integrados nos conventos ou mosteiros. Collière (1999) enfatiza na história das práticas de cuidados a natureza e orientação diferente das práticas asseguradas pelos homens e pelas mulheres. Com a Contra Reforma emergem numerosas congregações e instituições civis de espírito religioso. Rodrigues (2013) identifica através do Regimento do Hospital de todos os Santos - publicação de 1504 - as funções do irmão-enfermeiro à entrada do século XVI “(...) «*deve ser omem caridoso e de boa comdiçam e sem escamdallo*» (...) *que deveria garantir a qualidade e o registo dos cuidados, a visitação dos doentes, a terapêutica e dieta recomendados pelos médicos e boticários, a vigilância da limpeza e organização do hospital, com a ajuda dos enfermeiros menores e outros auxiliares.*” (p. 146). Segundo a anterior autora, nos hospitais as funções realizadas por enfermeiros laicos ou pelos religiosos das ordens hospitalares não diferiam no essencial, ressalvam-se, porém, o exercício de práticas socialmente bem consideradas, assentes num elevado padrão moral e firmes princípios cristãos, proporcionando práticas ao corpo e ao espírito do doente, reveladoras da respeitabilidade e assentes na caridade. Também as religiosas-mulheres estavam instruídas para associarem aos cuidados corporais os cuidados espirituais, possibilitando aos doentes um devir apaziguador. É

em 1645 através de D. João IV que a Ordem de S. João de Deus fica responsável por construir e administrar os hospitais militares portugueses ao nível de todo o território nacional. São também religiosos desta Ordem que fazem movimentos relativamente à formação dos seus enfermeiros. Um primeiro movimento a este nível parte do religioso de S. João de Deus – Padre Frei Diogo de Santiago - que produz o primeiro manual de formação para os noviços, designado “*Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*” com orientações sobre as intervenções de enfermagem e respetivos procedimentos a serem realizados pelos seus enfermeiros. O segundo movimento a este nível surge através do Comissário Geral desta Ordem hospitaleira, quando solicita, em 1793 a Pina Manique, autorização para os seus religiosos poderem frequentar parte do curso de medicina, para melhorar a formação dos enfermeiros da Ordem. Ainda foi fundado em Coimbra o colégio dos enfermeiros desta Ordem, porém, ocorreu vasta resistência a esta iniciativa, tendo a mesma terminado sem êxito (Rodrigues, 2013). À semelhança das práticas assistenciais de cuidados, os membros das Ordens religiosas também assumiam outras funções, nomeadamente ao nível da formação dos seus irmãos, mas também ao nível da educação de crianças e jovens.

2.1.3 - Origem da Escola

Ariès (1986) enquadra a origem da escola a partir de *uma instituição nova: o colégio*, no século XIII. Estes colégios eram casas/asilo para estudantes pobres, fundadas por pessoas beneméritas. Os bolsistas viviam nessas casas em comunidade, segundo estatutos inspirados nas normas monásticas e, neste tempo não se ensinava nos colégios. É a partir do século XV que estas pequenas comunidades se tornam institutos de ensino, a que acorre uma população numerosa em detrimento somente dos bolsistas da fundação (entre os quais se encontravam administradores e professores) tendo sido subordinados a uma hierarquia autoritária, para ser ensinada nesse local. Posteriormente, “*todo o ensino das artes passou a ser ministrado nos colégios, que forneceriam o modelo das grandes instituições escolares do século XV ao XVII, os colégios dos jesuítas, os colégios dos doutrinários, os colégios dos oratorianos (...)*” (p. 169).

Segundo Nóvoa (2005), em Portugal desde meados do século XVIII, por via do trabalho dos jesuítas e de outras congregações religiosas, já se encontrava um *modelo escolar* razoavelmente definido, uma vez que a educação das crianças e jovens se realizava em espaço próprio, separado da família e do trabalho. Esta atividade de ensinar, era assumida por vários mestres, por vezes responsabilidade só de um ou de vários que ensinavam diversas matérias, definidas previamente através de procedimentos didáticos. Em 1759 ocorre a expulsão dos

jesuítas e Marquês de Pombal lança as bases de um sistema estatal de ensino através das reformas de 1759 e 1772, quando é obrigado a substituir a Companhia de Jesus na gestão do ensino. Apesar da grande dependência da estrutura educativa portuguesa na instituição da Companhia de Jesus e do vazio no ensino que caracterizou os primeiros anos após a saída dos jesuítas, as reformas pombalinas garantiram as bases do sistema educativo nacional. Assim, é através destas reformas que ocorre a substituição do sistema de ensino da tutela religiosa pela tutela estatal, criando-se as condições para uma sociedade de base escolar, assumindo-se o Estado-escola. Neste período de ação reformista pombalina por via da visão do mesmo, surgem duas estratégias que aos dias de hoje ainda existem: a primeira, relacionada com a definição de uma rede de escolas onde anteviu um sistema de ensino de três níveis [(primário, secundário e superior, embora já existisse universidade desde 1288, em Lisboa (Universidade de Lisboa, 2021)] numa disposição geográfica que favoreceu o desenvolvimento dos centros urbanos e litoral do país; a segunda, relacionada com a tributação de um novo imposto - *subsídio literário* - que viria a beneficiar as escolas régias e o pagamento de mestres e professores, permitindo desde então organizar um corpo profissional de professores do ensino público e laico (Nóvoa & Bandeira, 2005).

A importância de abordarmos a origem da escola neste subcapítulo deve-se à oportunidade de compreendermos que as bases do sistema de ensino nacional remontam ao exercício de ensino, através de mestres pertencentes às Ordens religiosas, não existindo referência a saúde escolar neste período. Iremos ver que a expulsão dos membros das congregações e ordens religiosas para além de promover as bases do sistema de ensino estatal, teve também expressivo impacto ao nível das instituições assistenciais, surgindo a partir da etapa vocacional dos cuidados, a origem da profissão de enfermagem, também designada por etapa profissional dos cuidados. (Nunes, 2003; Rodrigues, 2013; Ferraz, 2019).

2.1.4 - O Cuidado Profissional

Reconhecido como o período de profissionalização da enfermagem, esta Etapa Profissional do Cuidado coincide historicamente com a (3) *Identificação da prática de cuidados com a mulher [enfermeira – auxiliar do médico]* situando-se desde o início do século XX ao final dos anos 60 (Collière 1999; Ferraz, 2019). Os avanços científicos impunham novos desafios e exigências, e desde o século XVII que em vários países do mundo e da Europa se acentuava a

crítica à influência eclesiástica na política (França, Cuba, Venezuela, e outros), tendo esta oposição vindo a ter expressão mundial e a dar origem às profissões na área da saúde, como iremos perceber. Em Portugal, é no século XIX que os movimentos anticlericais se fizeram sentir com maior expressão. Efetivamente, em território nacional as práticas assistenciais de “cuidados de enfermagem” tinham sido fortemente influenciadas pelas dimensões religiosa, política e social de diversas épocas, foram colocadas em causa e, em consequência da expulsão dos Ordens e Congregações religiosas de Portugal, ganha expressão a profissionalização em Enfermagem a nível nacional. Assim, emerge uma prática de cuidado laica ainda muito influenciada pelo papel moral e papel vocacional anteriores, uma vez que no pensamento destes autores substituíram-se as regras monásticas pelas regras da moral profissional (Collière, 1999; Nunes, 2003; Rodrigues, 2013; Ferraz, 2019).

Collière (1999) refere que a Formação em Enfermagem era dada nas instituições de ensino e Faculdades de forma contrária às outras áreas de saber (Medicina, Química, e outras), uma vez que não se ia para a escola de “Enfermeiras” como se ia para outra Faculdade, mas “*entrava-se*” na Escola para aprender a ser “enfermeira” (em quase similaridade com a entrada para o convento) e, “*a escola e o hospital são lugar único e não diferenciado da aprendizagem do papel da enfermeira (...)*” (Collière, 1999., p. 107). Aliás, não se concebia a aprendizagem do exercício da prática de cuidados sem ser em ligação ao hospital, explicitado como o local que possibilitava a aprendizagem do papel. Conta esta autora que “*a enfermeira é muito naturalmente levada a aliviar o sofrimento. Não é o hospital um agrupamento dos seres que sofrem, podendo assim convir, por excelência para a formação? (...) o hospital constitui o local de eleição onde se pode ensinar a moral profissional (...) é aí desejável que a enfermeira visitadora aprenda, de uma certa maneira, a atitude que deve ter perante os doentes que vai ter no domicílio, as famílias e os médicos. É aí, e aí somente que poderá, como a enfermeira hospitalar, ser totalmente investida do papel social que depois será capaz de transportar para todas as situações.*” (Collière, 1999, p. 108).

É através deste testemunho sobre a aprendizagem da *moral profissional e do papel social* das enfermeiras hospitalares - enquanto *modelo atitudinal desejável aprendido no hospital* - que vamos entrar num subcapítulo de vasta importância no contexto desta tese para compreendermos melhor o papel das enfermeiras na comunidade. Enfatizam-se duas transições: por um lado a evolução do cuidado vocacional para o cuidado profissional, e por outro lado, a mudança do cuidado hospitalar para o cuidado na comunidade. Assim, ocorre a origem da enfermagem comunitária e de saúde pública que mais tarde contribui explicitamente para o cuidado da enfermagem na saúde escolar. Referimo-nos às práticas de cuidados na

comunidade, que foram iniciadas e mantidas de formas diferentes das nacionais, a nível internacional e na Europa, desde meados do século XIX à entrada no século XX.

2.1.5 - Cuidado de Enfermagem na Comunidade – Visitadoras

Collière, situa a primeira referência a uma ordem religiosa, sem voto de clausura, associada às primeiras visitadoras domiciliárias – as *Visitandines*, fundada por Francisco de Sales, em 1610 – que após nove anos da sua fundação, foram também elas submetidas ao regime de clausura. É então em 1633 com Vicente de Paulo e por sua decisão, que surge a Ordem religiosa “*As filhas da Caridade*” que não estando sujeita a clausura, “*inaugura uma vida religiosa muito diferente da que se inspira no modelo monástico (...) livres de se deslocar, irão assegurar à sombra das paróquias, atividades polivalentes de professoras, prestadoras de cuidados e (...) até de animadoras culturais*” (Collière, 1999, p. 62). Rodrigues (2013) refere que Vicente de Paulo contou com Louise de Marillac, viúva da alta sociedade de Paris que optou pelo serviço aos outros, para ajudar o religioso na formação das jovens que ingressavam na Confraria da caridade. Esta nova congregação aprovada eclesiasticamente em 1655 “*(...) tinha, já nessa altura, associados aos cuidados de enfermagem dos doentes pobres nos domicílios, os cuidados nos hospitais, a assistência aos condenados das galés, às crianças abandonadas, aos soldados feridos, aos refugiados e aos idosos*” (p.152). Procuraram estas irmãs enfermeiras desta congregação, alargar a sua área de intervenção. Surgiram como irmãs enfermeiras comunitárias cuja formação era feita pelo fundador, tendo grande enfoque no treino das virtudes e rudimentar aprendizagem em cuidados curativos. Muitas outras ordens religiosas se lhes seguiram de que são exemplo as Filles de La Croix de Puy (1672), as irmãs de S. Paul de Chartres (1695) ou as Filles de La Sagesse (1715), que inauguravam nos bairros de população pobre, dispensários/escola e salas de trabalho, conquistando o meio rural e passando a ser figuras locais de referência e de conselho.

Outro destaque da enfermagem na comunidade a nível internacional, surge no Reino Unido onde se constituiu a primeira associação de *district nurses* a – *Liverpool Queen Victoria District Association* – que atribuiu a grupos de enfermeiras, a cidade dividida por distritos (1859 – 1862) para cuidarem da saúde das pessoas mais pobres, nas suas casas. Esta iniciativa tinha resultado a partir da experiência de cuidado privada da esposa do milionário William Rathbone por uma enfermeira formada no *St. Thomas`Hospital of London*, tendo este observado a

diferença da qualidade dos cuidados realizados por enfermeiras com formação, levando-o a criar um serviço de visitação domiciliária. Sendo amigo de Florence Nithingale, ambos exerceram conjuntamente influência junto do governo para disseminação deste modelo assistencial, tendo o mesmo sido adotado nos Estados Unidos da América (Baly, 1999; Rodrigues, 2013). A premissa subjacente foi o princípio da responsabilidade da enfermeira comunitária pela população, por áreas geográficas definidas. Nos Estados Unidos da América o modelo assistencial de Nithingale, anteriormente referido, foi integrado nos currículos da Formação em Enfermagem. Em 1870 enfermeiras graduadas nas escolas de enfermagem norte-americanas sob auspício deste modelo assistencial, foram contratadas para trabalhar em domicílios e dispensários e, algumas mulheres da alta burguesia e enfermeiras financiaram associações de enfermeiras visitadoras. As suas funções para além dos cuidados curativos, centravam-se no ensino à família sobre cuidados aos doentes e outras práticas de cuidados que incluíam a higiene ambiental, pessoal e alimentar, e por vezes o suporte religioso. Em outras cidades americanas pelos anos de 1886 e 1890 foram constituindo-se associações de enfermeiras comunitárias, como em Boston (*Community Health Association of Boston*) e Chicago (*Visiting Nurse Association*) com a ajuda financeira de instituições ou pessoas beneméritas.

Em Nova Iorque em 1893, destaca-se o serviço prestado pela *Henry Street Settlement House* fundado por Lillian Wald e Mary Brewster, mais tarde designado por *Visiting Nursing Service of New York* (Rothberg, 2020; Dieckmann, 2011; Stanhope & Lancaster, 2011; Rodrigues, 2013). Referem estes autores que Wald sendo feminista e sufragista, lutava pelos direitos humanos das crianças, mulheres, imigrantes e trabalhadores, pautando-se na sua história de vida o contato com estas populações e prática de cuidados aos mesmos, como enfermeira. Sabe-se que escolheu esta área de formação, por influência e admiração por uma jovem enfermeira que tinha conhecido. Matriculou-se na *New York Hospital Training School* e após sua formatura em 1891, foi trabalhar para o *New York Juvenile Asylum*, um orfanato. Além de cuidar das crianças, Wald ajudava na educação de famílias de imigrantes pobres no *Lower East Side* (área diversa com um bairro densamente povoado por imigrantes), dando aulas sobre cuidados domiciliários. Constatou que muitos moradores adoecem por falta de condições de manutenção dos edifícios e pela sobrelotação nos apartamentos, e ajudou a fundar várias instituições de relevo na ajuda a estas populações vulneráveis. Discordava da ligação das associações de enfermeiras visitadoras a instituições religiosas ou ao poder médico, pelo que decide atribuir a designação de *Enfermagem de Saúde Pública* à prática de cuidados realizada pelas enfermeiras visitadoras, que era realizada fora dos hospitais em comunidades pobres e de classe média (Rothberg, 2020; Dieckmann, 2011; Stanhope & Lancaster, 2011; Rodrigues, 2013).

Em Portugal, merece destaque a fundação da Congregação das *Filhas da Caridade* ou de *S. Vicente Paulo* em 1819, tendo sido a única Ordem poupada à expulsão e apreensão de bens, comparativamente com outras ordens religiosas a quem D. Pedro em 1834, encerrou conventos e colégios. Permaneceram em território nacional até 1862 altura em que os poderes masculinos médico, político e administrativo, aparentemente sentindo-se ameaçados, reforçavam nos seus discursos dificuldades relacionadas com a gestão de instituições hospitalares por estas mulheres religiosas enfermeiras e incómodo por auferirem uma compensação remuneratória. O grau de autonomia e experiência destas enfermeiras *Filhas da Caridade*, devido à formação, leitura, reflexão, e vida em comunidade onde contactavam com as populações mas também com outras religiosas, professoras e enfermeiras, conferia-lhes um nível de cultura e conhecimento para o exercício profissional, que não era bem visto pelos homens, fossem a este nível as mulheres religiosas ou não (Rodrigues, 2013; Ferraz, 2019).

Pelo facto de não existirem enfermeiras laicas em número suficiente para assegurar os cuidados, o governo liberal aceitou o regresso das ordens religiosas (Nunes, 2003; Rodrigues, 2013). Em termos de funções no que respeita às práticas de cuidados não hospitalares, as irmãs enfermeiras *Filhas da Caridade* integravam outras religiosas - Congregação das Irmãs Dominicanas de Santa Catarina da Sena - que em Lisboa se dedicaram ao ensino e reintegração de antigas prostitutas, ao cuidado de mulheres invisuais, ao ensino de crianças orfãs, à alfabetização de adultos, e à visitação de doentes pobres. Estas religiosas enfermeiras dominicanas foram responsáveis pela prestação de cuidados de enfermagem nos dispensários infantis fundados pela Rainha D.^a Amélia. Os cuidados prestados às crianças consistiam em vacinações, tratamentos, massagens, banhos e alimentação. Outros cuidados consistiam no apoio em refeições a grávidas e puérperas. Outras Ordens religiosas como as Franciscanas Missionárias de Maria, ocuparam-se de assegurar serviços de apoio social, fundaram asilos e dispensários (Rodrigues, 2013).

A Associação das Enfermeiras de Nossa Senhora da Saúde asseguravam cuidados de enfermagem no domicílio e gestão de dispensário materno-infantil no Porto. Muitas outras Ordens religiosas participaram em diferentes práticas de cuidados na comunidade mantendo-se no país “clandestinamente” apesar das leis anticlericais, assegurando cuidados na comunidade e constituindo muitas instituições como dispensários, asilos, hospícios e escolas, para assegurarem-se as práticas de cuidados não hospitalares às populações sem recursos e vulneráveis (Rodrigues, 2013; Ferraz, 2019). Rodrigues (2013) destaca a particularidade das fundadoras destas congregações, numa grande maioria, terem sido mulheres provenientes da aristocracia e, portanto socialmente influentes e com um nível de educação e cultura acima da

média à época, permitindo-lhes terem influência social para desenvolverem projetos importantes e resistir à vozes opositoras. Compreende-se por via da ampliação da intervenção com vários grupos de populações vulneráveis, que as irmãs enfermeiras encontravam nas práticas de cuidados não hospitalares um sentido missionário de praticar o bem, mas também a sua própria forma de orientação espiritual (Collière, 1999; Rodrigues, 2013).

2.1.6 - Prenúncio do Serviço de Saúde Nacional – Formação das Visitadoras

Apurámos que o nascimento do Sistema de saúde nacional surge no âmbito de condições ideológicas, políticas e socioculturais na transição entre o final da idade média e o iluminismo - movimento europeu baseado na razão e ascensão do conhecimento científico, imperando sobre os conhecimentos tradicionais e religiosos, que manifestava os interesses da classe burguesa em ascensão. Neste período do “século das luzes” permitiu-se ao Homem conhecer o mundo por outras perspetivas e, na égide do progresso, influenciar o conhecimento por via de interesses específicos colocando a valorização da vida, o bem-estar, as questões sociais e económicas no horizonte ou foco do conhecimento. Em particular, a medicina moderna (séculos XVI e XIX) aproveitou o período da revolução científica (XVI-XVIII) para transformar a organização do seu conhecimento e prática clínica - sustentados no discurso racional, conferidor de objetividade, e portanto coerente com o modelo científico - à designação de ciência. Efetivamente, uma vez enfraquecido o poder eclesiástico, a ciência ganha importante desenvolvimento, nomeadamente nas áreas da Matemática, Física, Química, Astronomia e Medicina. Esta, essencialmente a partir do estudo da anatomia humana em cadáveres (até então impossibilitado pelo clero), adquire um saber poderoso e estratégico que ancorou o designio de vasto conhecimento sobre o corpo humano e estudo de doenças. A construção deste saber, foi uma meritosa missão de elevar a saúde a um dos principais valores e bens da humanidade, favorecedora do progresso socioeconómico das sociedades. Legitimou-se o saber médico a condição de intervenção em assuntos de ordem social relacionados com a saúde pública (Eugênio, 2015; Graça, 2015). Curiosamente, refere Graça (2015), que o conceito de saúde pública em Portugal, demorou a ser adotado, sendo inicialmente designado por “higiene social”.

No percurso histórico, o atual sistema de saúde nacional demorou tempo a adquirir esta designação. O seu prenúncio, ainda designado por sistema de saúde nacional, aparenta situar-se no século XVIII pelo ano de 1707, em que surge a criação da Provedoria-Mor de Saúde considerado o primeiro indício de administração sanitária em Portugal (Rocha, Capela, Grilo, Almeida, Valente & Coimbra, 2012 citado em Viegas et al., 2006, p.7). Os mesmos autores

referem que é no ano de 1813 que é criada a Junta de Saúde procurando responder globalmente aos problemas de saúde do país, sendo constituído o Conselho de Saúde Pública e aprovado o Regulamento de Saúde Pública pelo ano de 1837. Competia ao Conselho de Saúde Pública realizar a fiscalização de todos os assuntos relacionados com as várias áreas da saúde: “Educação Física dos habitantes; Prática de Medicina, Cirurgia e Farmácia; Policia Médica” (Rocha, Capela, Grilo, Almeida, Valente & Coimbra, 2012., p.195). É através do Dr. Ricardo Jorge que em 1899, pelo Decreto de 28 de dezembro, e do Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública em 1901, se inicia a organização dos serviços de saúde pública. O seu Livro “Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa” (1885) foi considerado o alicerce do sistema de saúde pública, a partir do qual Ricardo Jorge explicita as suas ideias e conceitos sanitaristas, sob influência do positivismo da época. É por intermédio do Ministro do Interior – António José de Almeida - que surge em 1911 a Direção-Geral de Saúde, após a decisão de separar os serviços de saúde dos serviços de beneficência pública (Graça, 2015; Rodrigues, 2013; Rocha, Capela, Grilo, Almeida, Valente & Coimbra, 2012 citado em Viegas et al., 2006, p.23).

O primeiro curso oficial de visitadoras sanitárias em Portugal foi ministrado em 1929 por via do investimento conjunto da Direção Geral da Saúde e do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, sendo ministrado por esta instituição (Garcia & Amendoeira, 2014; Rodrigues, 2013). Encontram-se enfermeiras visitadoras, já em 1934, a trabalhar nos serviços públicos de saúde. A formação realizada nos cursos era bastante generalista, centrava-se em “noções simples de puericultura, higiene geral, profilaxia das doenças, dietética, desinfeção, cuidados de saúde às grávidas, e assistência social” (Rodrigues, 2013, p. 169), sendo bastante diferente da formação realizada em alguns países da Europa e dos Estados Unidos da América. Contrariamente às normas de admissão aos cursos na maior parte dos países europeus, as orientações do Diretor Geral de Saúde – Dr. José Alberto de Faria – e autor desta proposta, referem que “uma organização de higiene social não devia dispensar os serviços da enfermeira visitadora. Assim, a preparação de visitadoras sanitárias era uma medida aplicada provisoriamente e deveria ser dispensada quando fosse possível a sua substituição por enfermeiras polivalentes, diplomadas por uma escola reconhecida de enfermeiras de higiene num estabelecimento polivalente” (Garcia & Amendoeira, 2014, p. 80, citando Faria, 1934 p.380). Condição que só veio a acontecer na década de 1940, através do Dr. Francisco Gentil e dos seus esforços junto da Fundação Rockfeller, para surgir a Escola Técnica de Enfermeiras do Instituto Português de Oncologia com relevância na formação de profissionais de saúde pública e, no desenvolvimento da enfermagem no geral e em particular, da enfermagem de saúde pública (Ferreira, 2013). Assim, só em 1946 a formação de *Enfermeiras Visitadoras* se equiparou

à europeia, uma vez que esta fundação apoiou técnica e financeiramente a mesma (Ferreira, 2013; Rodrigues, 2013).

Realidades diferentes se encontravam em outros países da Europa – Espanha, Jugoslávia, Hungria – tanto ao nível da formação (cursos com duração de 3 anos com dimensão teórica entre 500 a 765 horas complementada com a realização de estágios hospitalares e em instituições de cuidados de saúde não hospitalares), quanto a nível profissional. Refere Dias (1940) que *“em 1938 existiam na Hungria 217 centros de saúde e em cada um, uma enfermeira visitadora. O centro de saúde era dirigido por um médico especialista em saúde pública (...). A saúde materna, a saúde infantil e a saúde escolar eram áreas de intervenção privilegiada da enfermeira visitadora (...)”* (Rodrigues, 2013, p.171, citando Dias, 1940). Em síntese, em Portugal existiram dois cursos diferentes: (1) os cursos da DGS que formavam visitadoras sanitárias, sendo de curta duração e abordagem generalista; (2) os Cursos de enfermeiras visitadoras, com duração de um ano nas faculdades de Medicina portuguesas, que integravam a disciplina de Enfermagem, e também Puericultura, Higiene doméstica e Profilaxia das Doenças Transmissíveis, incluindo seis meses de estágio em dispensários de puericultura e de antituberculosos ou outros.

Pela abordagem sociohistórica apresentada, até ao final do século XIX identificam-se uma confluência de fatores que foram centrais na atribuição de potencialidade aos cuidados de enfermagem na comunidade: a institucionalização dos cuidados de saúde de proximidade pelas irmãs-enfermeiras, a laicização da enfermagem, o nascimento da saúde pública, o início da formação profissional, a constituição dos cursos nas universidades e institutos técnicos, entre outros (...), que nos permitiram compreender filiações, relação e a origem dos cuidados realizados por enfermeiras na comunidade, e posteriormente nas escolas.

2.2. Etapa do Cuidado Sanitário-Higienista na Escola

Na transição do século XIX para o século XX, existiram vários marcos históricos relevantes que contribuíram para (re)perspetivar a saúde enquanto conceito, as práticas assistenciais e modelos em saúde, influenciando as políticas dos países neste âmbito, e também a saúde escolar. Nesta época inicia-se uma expansão da escolarização, em associação ao desenvolvimento do modo de produção capitalista, mas também pelo acesso à escolaridade obrigatória para todas as crianças e acesso ao direito à educação básica, cujo início foi diferente

em cada país, nomeadamente em Portugal (Antunes, 1995; Ó, 2009). Devido ao aumento do número de crianças nas escolas, na designada *escola de massas*, rapidamente se identifica uma relação entre a dificuldade na capacidade para aprender e condições de subalimentação ou de doenças das crianças, surgindo também as situações de absentismo que necessitavam de uma compreensão de causas subjacentes. Compreendeu-se que a criança aprendia quando estava bem (Loschiavo, 2020; Dieckmann, 2011).

Nos Estados Unidos da América é em Boston em 1894, que se iniciam serviços de saúde escolar, para identificar alunos com doenças transmissíveis graves (escarlatina, sarampo, caxumba, entre outras). Também por volta de 1894 através de Lillian Wald, anteriormente referida, surge a enfermagem de saúde escolar no estado de Nova Iorque. Ao estabelecer a prática de cuidados de enfermagem numa escola pública, Wald designou Lina Rogers como a primeira enfermeira escolar do país, tendo ajudado a pagar o salário das primeiras enfermeiras na escola, neste estado. O principal objetivo seria o de reduzir o absentismo escolar, após a implementação da frequência escolar obrigatória, objetivo que foi alcançado tendo-se reduzido o número de ausentes de 10 567 para 1 101, e condição que implicou a contratação de mais vinte e cinco enfermeiras, a serem pagas pelo Conselho de Educação da cidade de Nova Iorque (Rothberg, 2020; Loschiavo, 2020; Dieckmann, 2011; Rodrigues, 2013; Stanhope & Lancaster, 2011).

Na Europa as práticas de cuidados nas escolas surgem entre 1892 e 1893. No Reino Unido Amy Hughes, foi contratada em Londres em 1892, sendo a primeira enfermeira escolar europeia. Na Bélgica, 1893, em Bruxelas é contratado o primeiro médico escolar para definir inspeções escolares organizadas em toda a cidade (Loschiavo, 2020; Stanhope & Lancaster, 2011).

Neste percurso socio histórico a menção à saúde escolar em Portugal surge nos referenciais da educação na Reforma de 1901, com o primeiro decreto que cria a *Inspecção Sanitária e Escolar* e a *Direção Técnica das Construções Escolares*, onde se atribuiu a responsabilidade pela fiscalização da “*hygiene das aulas públicas e particulares*” aos subdelegados de saúde concelhios (Rodrigues, 2013, p.85). Estava-se perante um período complicado, assinalado por elevadas taxas de mortalidade e morbidade infantil inerente à transmissibilidade das doenças infetocontagiosas, e Portugal foi um dos países da Europa pioneiros a implementar serviços de saúde escolar. Houve necessidade de se realizarem as primeiras inspeções e visitas aos estabelecimentos de ensino e beneficência “*impondo a execução das determinações técnicas relativas à higiene escolar e nosocomial, sob pena de procedimento legal*” (Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida (2011), citado

em Rocha, 1994, p.5; Rodrigues, 2013). Delegou-se como competência dos médicos municipais, vacinar os alunos e fiscalizar a higiene das escolas públicas e privadas. É também, nesta época histórica que surgem as disciplinas médicas com enfoque na infância (puericultura, pediatria e outras) que iam tendo influência nas “políticas” de saúde escolar, de que é exemplo o alerta de Miguel Bombarda, médico do Instituto Central de Higiene, quando refere a necessidade da higiene da infância, da proteção sanitária das crianças e da higiene escolar (Nóvoa, 2005; Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida, 2011).

Em 1902, o Decreto-Lei n.º 4 de 19 de setembro regulamenta a legislação em saúde escolar. Com este decreto, as inspeções sanitárias passam a ser realizadas por inspetores sanitários de Lisboa, coadjuvados por delegados e subdelegados de saúde de várias áreas de abrangência. Eram realizadas as fiscalizações e ensino sanitário, mas também inspeções aos alunos relativamente a doenças contagiosas ou prejudiciais à comunidade que impunham o afastamento temporário destes da escola, sendo os períodos de afastamento variáveis de acordo com as doenças - condição que se mantém na atualidade conhecida como *evicção escolar* - determinando o decreto regulamentar n.º 3/95 a lista de doenças que afastam temporariamente da frequência escolar e outras atividade de ensino os discentes, pessoal docente e não docente (Portugal, 1995). À época, após o término do ano escolar, durante os períodos de férias grandes, todas as escolas eram desinfestadas (Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida, 2011). Após a implantação da República em 1910, para se exercer enfermagem, ocorre o caráter de obrigatoriedade da imprescindibilidade da formação, não só pela necessidade de formar novos enfermeiros para substituírem os enfermeiros religiosos, mas também, porque os avanços científicos impunham novos desafios, obrigando a pensar-se outras formas de organização das políticas de saúde e de gestão das instituições (Rodrigues, 2013).

A saúde escolar ganha expressão europeia e internacional destacando-se como iniciativas de relevo a realização do I Congresso Internacional de Higiene Escolar em 1904 em Nuremberga, seguido de outro congresso em 1907, em Londres, mobilizando os técnicos da área da saúde.

Também em Dezembro em 1907 com a criação do “*Office International d’Hygiène Publique*” onde Ricardo Jorge participava, por via da Convenção Sanitária Internacional assinada em Paris em 21 de Junho de 1926 e ratificada pelo governo português para adequar a organização e prática da saúde pública, ocorreu sob estas influências a alteração da legislação sanitária nacional conduzindo a um novo enquadramento legislativo, que revigorou a saúde pública, e anunciou “a criação de um corpo de enfermeiras de visita” previsto pelo Decreto-Lei nº 12477 de 1926 (Garcia & Amendoeira, 2014; Rodrigues, 2013).

Esta reorganização dos serviços de saúde pública criaram o designado *Parque Sanitário de Lisboa* pelo Decreto-Lei nº 14433 de 1927, e também os dispensários de higiene social e postos de proteção à infância em Lisboa e no Porto (Decreto-Lei n.º 14803 de 1927). Estava-se perante uma época com graves problemas de saúde pública, com elevada mortalidade materna e infantil, partos sem assistência, falta de higiene individual, familiar, ambiental, tuberculose, consumo de álcool, doenças venéreas e doenças infecto-contagiosas. Neste contexto, a Direção Geral de Saúde e o Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge necessitaram responder aos problemas e investiram na criação de um curso visando a formação de visitadoras sanitárias que teve início a partir de 1929 (Garcia & Amendoeira, 2014). Os mesmos autores referem ainda que existia preocupação com a formação das visitadoras sanitárias em exercício, quando necessitavam trabalhar em serviços mais específicos como a saúde escolar ou higiene industrial, ou ainda higiene mental, necessitando para isso de realizarem formação complementar, ou estágios de formação especial e adequada em certos assuntos. (Garcia & Amendoeira, 2014, citando ISHRJ, 1953).

2.3. Etapa do Cuidado Médico-pedagógico, das Visitadoras e Enfermeiras na Escola

Pela importância capital de procurarmos na história da saúde escolar em Portugal o início do cuidado por enfermeiras, vamos aprofundar neste sub-capítulo, as origens da enfermagem comunitária a partir da qual emergem as visitadoras e, posteriormente, as enfermeiras. Regressamos ao percurso sociohistórico das práticas assistenciais e de cuidados de enfermagem, por um lado procurando enfatizar a riqueza que aporta, e por outro lado, distinguir as características base fundadas nestes percursos.

Uma vez que a História da enfermagem em saúde escolar é importante para compreendermos similaridades e diferenças entre diversos países, vamos referir os principais contributos relativos à enfermagem escolar nos Estados Unidos da América, por décadas. Loschiavo (2020) partilha uma síntese da evolução da enfermagem escolar, por décadas: na **década dos anos vinte - 1920** - ocorre o desenvolvimento do papel dos enfermeiros escolares, inicia-se a educação para a saúde e ocorrem exames médicos nas escolas para avaliação do estado de saúde dos alunos; na **década dos anos trinta - 1930** - alguns estados americanos começam a exigir formação específica para a prática da enfermagem escolar; na **década dos anos quarenta – 1940** – em plena 2ª guerra mundial, os líderes dos Estados Unidos percebem a importância do grau máximo de saúde para todos servirem nas forças armadas e apoiam o

país em casa. A saúde como disciplina escolar passa a incluir a ênfase na aptidão física, e os Educadores reconhecem a correlação entre ensino e prática em saúde; **na década dos anos cinquenta – 1950** – é ampliado o papel da enfermeira escolar com enfoque na prevenção. Realizam-se rastreios de saúde oral, visão e audição contribuindo-se para que menos alunos contraíam doenças crónicas.

A nível nacional em 1918 no Decreto n.º 4695 de 23 de julho, é substituída a *Inspeção Sanitária Escolar* pela “*Repartição de Saúde Escolar*” com atribuição de competências de dimensão médico-pedagógica e higiénica na fiscalização do ensino, mas também de elaboração de regulamentos e medidas que visavam o seu cumprimento, assim como as organizações dos *cadastros sanitários do pessoal e edifícios escolares* e a organização de serviços de oftalmologia, otorrinolaringologia e odontologia. Neste mesmo Decreto, passa a atribuir-se o serviço sanitário escolar em todos os estabelecimentos de ensino do país aos médicos escolares. Estes ficam com atribuições similares às dos delegados e subdelegados de saúde, mas acrescem-lhes nas seguintes competências: “*dar parecer sobre os horários do estabelecimento de ensino; proceder ao exame antropométrico e preencher os respetivos boletins; orientar o ensino de educação física perante as informações dos respetivos professores; fiscalizar a alimentação dos alunos no estabelecimento de ensino, requerendo, se necessário, análises higiénicas da água e alimentos; organizar uma consulta medico-pedagógica; organizar os serviços de socorros urgentes com a colaboração do pessoal do estabelecimento; propor à repartição de sanidade escolar as modificações regulamentares que a prática lhe aconselhe, ou medidas especiais que as circunstâncias sugiram*” (Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida (2011), citado em Rocha, 1994, p.6). Segundo Rodrigues (2013) “*a implementação das atividades de saúde escolar não foi fácil, não só pela inexistência de condições físicas nas escolas, mas também pela desconfiança com que ali eram vistos os profissionais de saúde. Afirma Costa Sacadura: «paguei da minha algibeira o aluguer dessas cadeiras. Os candeeiros a petróleo foram de minha casa. (...) não estavam os professores primários e secundários preparados para colaborar com os médicos escolares ou aceitarem a sua colaboração»*” (Rodrigues, 2013., p.86).

Até este período da história, a saúde escolar estava maioritariamente direcionada ao ensino primário e às classes populares, porém a partir da revolução de 28 de maio de 1926 com a queda da primeira república, assinala-se a entrada num novo período político, conhecido como Estado Novo, que vigorou desde 1933 a 1974, ao longo de 41 anos. É extinta a Inspeção de Sanidade Escolar em agosto de 1926 e a saúde escolar é incorporada na Direção Geral de Saúde sob os fundamentos das necessidades de reorganizar todos os serviços de saúde, assim como rentabilizar custos (Rodrigues, 2013; Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida, 2011).

Compreende-se que decorrente de uma das competências dos médico-escolares - *proceder ao exame antropométrico e preencher os respetivos boletins* – obtinham-se dados dos alunos a nível nacional o que levou Costa Sacadura, conhecido como o primeiro médico escolar português, em 1927 a reportar o país num *“estado critico de insalubridade pública, devido a um abaixamento assustador do nível mental das nossas crianças e a um aumento das perturbações demonstrativas do seu depauperamento físico (...)”* (Nóvoa & Bandeira, 2005., p.65).

No início do Estado Novo foi dada extrema atenção à saúde escolar através do médico Serras e Silva, que desempenhou as funções de Diretor-Geral da Saúde Escolar do Ministério da Instrução Pública, defendendo ser impossível cuidar da *“higiene do corpo”* sem tratar da *“higiene da alma”*. Enfatiza que as políticas sanitárias se deveriam exercer *dentro e fora* da escola. *Dentro da escola* através da ação do médico escolar, dos fiscais de higiene e das *“donas de casa”* (que eram alunos e alunas que ajudavam o médico escolar, em cada turma); *Fora da Escola*, através das *visitadoras escolares*, que realizavam vigilância das famílias e dos alunos (Nóvoa & Bandeira, 2005). A referência às visitadoras tem vindo a merecer um destaque particular, uma vez que no âmbito deste estudo importa clarificar a origem das visitadoras escolares e as suas funções. A legislação da saúde escolar vigorou pelo longo período de 1933/34 até 1971 (Rodrigues, 2013).

Em 1933, a partir da publicação do Decreto n.º 22752, foi alargada a ação do médico escolar tendo sido definido que *“(...) ao médico escolar não pode ser estranho nada que interesse à saúde, quer física quer moral. (...) deve atuar junto das famílias e dos próprios estudantes. (...) deve ser educador – aumentar a resistência moral dos alunos e trabalhar no seu aperfeiçoamento. (...)”* (Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida, 2011., p.73). De alguma forma vislumbrava-se o exercício de transmissão dos valores morais e princípios educativos do regime através das atividades da saúde escolar, cuja preocupação era a de manter sã a infância e juventude portuguesas. Nesse sentido, acresciam as funções do médico escolar nas duas ou três horas diárias, que por lei devia dedicar a este serviço, nomeadamente: *“colaborar diretamente com os professores aconselhando-os, tomando parte nas reuniões e fazendo conferências sobre assuntos de higiene e de educação, tudo isto num trabalho que se pretendia de ampla colaboração entre médicos e professores”*. (Rodrigues, 2013., p.87).

No ano letivo 1933/1934 teve início a inspeção mensal das escolas e dos alunos. No ano seguinte, organizaram-se os cadernos de inspeção e os mapas de registo de doenças, uma vez que uma das finalidades da medicina-escolar era epidemiológica, procurando a prevenção das doenças infetocontagiosas, em particular do sarampo. No decurso da história da saúde escolar é perceptível identificarmos a perpetuidade da ideologia estatal através dos serviços das equipas

da saúde escolar, em similaridade e alinhados aos restantes serviços de saúde, onde explicitamente através da legislação o estado procurava influenciar a vida escolar, familiar e social (Nóvoa & Bandeira, 2005; Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida, 2011; Rocha, Capela, Grilo, Almeida, Valente, & Coimbra, 2012; Rodrigues, 2013). Um desses exemplos onde se identificava a ambição estatal de controlo dos alunos é referido pelos historiadores, a partir dos relatórios dos médicos escolares, ao registarem diversas práticas dos alunos, entre as quais as de onanismo e namoro (Nóvoa & Bandeira, 2005; Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida, 2011; Rocha, Capela, Grilo, Almeida, Valente, & Coimbra, 2012).

Para além do ensino primário, existia a pretensão de uma ampla cobertura da saúde escolar, nas escolas de diversos níveis em todo o país, em particular com enfoque nos liceus, na procura de chegar às elites para, através delas, divulgar-se a nova consciência sanitária. Por falta de profissionais esta finalidade nunca foi alcançada.

Refere Rodrigues (2013) que nas décadas de 1930 a 1940 faziam parte da Direção Geral de Saúde Escolar: setenta e quatro médicos escolares e vinte e oito visitadoras escolares nos liceus. Interessou-nos em particular procurar compreender quem eram estas visitadoras escolares e quais as suas funções. As primeiras referências às visitadoras escolares surgem pelos anos de 1935-1937, reportando-se à figura da *visitadora escolar* a designação de auxiliar do médico. Efetivamente, tinha sido reconhecido o reduzido número de médicos para responder às atividades da saúde escolar previstas na legislação, motivo pelo qual emergiu a necessidade de surgirem outras pessoas que colaboravam com os médicos escolares no cumprimento dessas atividades. Competia a estas colaboradoras do médico escolar as funções de visitar os alunos ao domicílio e de vigiar as condições de higiene, de saúde e de moral em que os alunos viviam com as suas famílias (Nóvoa & Bandeira, 2005; Rodrigues, 2013). Outra referência às visitadoras escolares surge no Relatório *“Serviços Médicos do Ensino Primário Oficial de Lisboa”* do inspetor da Saúde Escolar de Lisboa - Daniel Monteiro (1937) - sobre as impróprias condições de luminosidade e mobiliário das salas de aula e importância dos elementos constantes nos Boletins de Saúde dos alunos. Neste relatório salienta a importância das atividades desenvolvidas pelos Médicos e Visitadoras Escolares, que apesar de serem em número reduzido, realizavam um trabalho *como um bem para todos: “As visitadoras, especialmente, podiam contribuir duma maneira eficaz, para multiplicar a ação dos médicos e combater as deficiências apontadas, pois se frequentássemos com necessária assiduidade a Escola e a Família, os alunos doentes e os estudantes suspeitos podiam ser convenientemente tratados e isolados. Diminuiam-se desta forma as possibilidades de contágio escolar e extraescolar (...)”* (Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida, 2011., p.74). Subentendemos que estava

atribuído à visitadora escolar o papel de controlo social dos alunos, exercendo estas “*um elo de ligação entre as famílias e a escola e entre estas e o médico escolar (...). O grupo de visitadoras escolares foi composto por visitadoras sanitárias, por visitadoras sociais, ou por mulheres com formação liceal. Só mais tarde os serviços integraram enfermeiras*” (Rodrigues, 2013., p. 89).

Em 1942 através do Decreto de Lei n.º 32241 a “*Direção Geral de Saúde Escolar*” foi transformada em “*Direção Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar*” surgindo uma alteração relativa aos médicos escolares. Estes deixavam de estar diretamente afetos às escolas para pertencerem a localidades, passando a prestar serviços em várias escolas de cada localidade. Em 1943 o regulamento desta *Direção Geral de Educação Física, Desportos e Saúde Escolar* enfatizava a educação física, por via de considerar-se que a ginástica facilitava a vigilância contínua das condições físicas dos alunos e sua progressão. No Pós 2ª guerra mundial, surge a 7 de abril de 1948 a Organização Mundial da Saúde e em Portugal uma década após (1958) surge o Ministério da Saúde. Pela década de 60, por via da criação do Plano de Fomento, pela primeira vez surge um incentivo económico direcionado a ações de formação na área da saúde escolar. Em 1971, o Ministro da Educação Dr. Veiga Simão emite um despacho para a constituição de uma Comissão para o Estudo da Educação e Sexualidade, que não produziu resultados efetivos face ao objetivo, mas antes contribuiu para a participação na Comissão para o Estudo da Implantação do Regime de Coeducação no ensino primário. A Coeducação foi permitida em Portugal a partir de 1973, passando as turmas na escola a um regime misto (Nóvoa & Bandeira, 2005; Rocha, Marques, Figueiredo, Almeida, Batista & Almeida, 2011).

Pelo Decreto-Lei n.º 408 de 27 de dezembro de 1971, a saúde escolar fica independente da Educação Física e Desporto. No Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro, surge a reorganização dos serviços do Ministério da Saúde e Assistência visando intensificar e desenvolver atividades de saúde pública e de promoção social. Foi criada a Direção Geral de Assistência Social que substituiu a Direção Geral de Assistência e manteve a Direção Geral da Saúde, a qual englobava a Inspeção Superior da Medicina Social na qual se situava a direção de serviços de saúde escolar, que atuava em colaboração com os serviços dependentes do Ministério da Educação Nacional, sendo também referido por alguns autores que a saúde escolar integrou os serviços de ação social escolar (Rocha, Capela, Grilo, Almeida, Valente, & Coimbra, 2012). Neste registo colaborativo, competia à direção da saúde escolar, entre outras funções: “*superintender em tudo o que respeitasse às condições sanitárias, médico-pedagógicas e higiénicas do pessoal discente das escolas oficiais e particulares (...) exercer, orientar, e fiscalizar a ação educativa, profilática e terapêutica, por forma a assegurar as melhores condições de saúde física e mental da população escolar (...)*” (Rocha, Capela, Grilo, Almeida,

Valente, & Coimbra, 2012., p. 197). Ocorre neste ano de 1971 uma Reforma importante liderada por Francisco Gonçalves Ferreira com colaboração de Arnaldo Sampaio, assente na separação dos postos dos serviços médico-sociais das Caixas de Previdência, criando-se centros de saúde de primeira geração, independentes, entendendo-se esta reforma como o primeiro esboço do Serviço Nacional de Saúde (Portugal, 2022). Em 1973, no Decreto-Lei n.º 223 de 11 de maio, art. 13.º - 1, definiram-se as competências dos serviços médico-pedagógicos das quais destacamos: *“a) Contribuir para assegurar as actividades de saúde escolar nos estabelecimentos de ensino e outros organismos dependentes do Ministério da Educação Nacional, em colaboração com a Direcção de Serviços de Saúde Escolar, da Direcção-Geral de Saúde, do Ministério da Saúde e Assistência; b) Definir, em colaboração com os serviços docentes, as condições médico-pedagógicas dos alunos, participando nas actividades de observação e orientação educativa”*. No mesmo artigo art. 13.º - 4, *“(…) é criado o Conselho Coordenador da Saúde Escolar, que será presidido pelo director-geral de Saúde, do Ministério da Saúde e Assistência, e do qual farão parte o director de Serviços Médico-Pedagógicos do Instituto e o director de Serviços de Saúde Escolar daquela Direcção-Geral e por mais dois vogais, cada um deles designado pelos Ministros da Educação Nacional e da Saúde e Assistência”*. (Portugal, 1973).

A nível internacional, Loschiavo (2020) refere que é introduzido o Aconselhamento em saúde nas escolas, na **década dos anos sessenta – 1960** – e alguns estados americanos exigem que os enfermeiros escolares atestem, através de diploma, terem formação graduada. Em 1965 a *National Education Association (NEA)* estabelece um conjunto de leis federais visando o acesso a todas as crianças à educação vindo reforçar a filiação dos enfermeiros escolares a quem se pede a realização de tratamentos e administração de terapêutica às crianças em ambiente escolar, assim como assistência às crianças com necessidades especiais, cujas leis são revistas e melhoradas frequentemente. Em 1968, a NEA constitui o *Department of School Nursing (DSN)* sendo realizado um inquérito nacional de forma a estabelecer-se orientações e credenciais dos enfermeiros escolares para cada estado. O DSN forma comités e define as primeiras políticas e oficiais; **na década dos anos setenta – 1970** – o DSN separa-se da NEA, constituindo-se a *National Association of School Nurses (NASN)* assumindo-se como a entidade central em matéria de enfermagem escolar, para todos os estados. Atualmente refere a autora que a enfermagem escolar continua a ser uma área de saber separada. Para os enfermeiros escolares assume-se de vasta importância a NASN que, tendo um representante em Washinton DC, exerce influência no Congresso em assuntos da enfermagem escolar, mas também é através desta associação que os enfermeiros escolares fazem parceria com organizações nacionais de saúde, publicam em jornais e livros de referência, formulam declarações de posição e realizam

convenções nacionais para disseminar informações e promover a comunicação (NASN, 2022; Loschiavo, 2020).

2.4. Etapa do Cuidado Promotor da Saúde na Escola

Após o término da 2ª guerra mundial, foi constituída em 1945 a Organização das Nações Unidas com a máxima missão de garantir a paz, proteger e promover os direitos humanos, prevenir conflitos e mediar negociações para restaurar Estados de direito (UN 2022). Em 1948, foi redigida a Declaração Universal dos Direitos Humanos e, também constituída a Organização Mundial da Saúde (7 abril, 1948) responsável por liderar questões globais de saúde, por estabelecer orientações, fornecer apoio técnico aos países e monitorizar e avaliar as tendências de saúde global (WHO, 2022). A saúde é eleita como um direito fundamental de todo o ser humano e, nas décadas de 50 e 60 lançaram-se debates sobre os determinantes de saúde sociais e económicos, conduzindo a uma compreensão sobre a necessidade de construir-se uma abordagem não centrada na doença (WHO, 2021; Heidmann, 2006). Na década de 70 dois acontecimentos foram relevantes para a abertura à promoção da saúde: o Relatório Lalonde, do ministro da saúde e bem-estar do Canadá onde identificou a necessidade de mudança da visão tradicional de saúde (centrada na doença), a partir da avaliação do impacto do meio ambiente e dos estilos de vida na saúde dos canadenses, compreendendo que o contexto hospitalar sendo de excelência, não traria melhorias para a saúde global e individual dos seus cidadãos (Lalonde, 1974); e a abertura da China ao mundo, autorizando duas visitas da OMS no seu território (1973/1974), possibilitando aos visitantes identificarem que em meio rural os cidadãos chineses desenvolviam cuidados de saúde não convencionais à abordagem médica, estando saudáveis. Esta constatação foi promotora do debate em torno do estudo da saúde e enfoque nos cuidados primários de saúde, pensamento precursor e orientador da Declaração de Alma-Ata (1978). Nesta Declaração surge a meta de *Saúde para todos no ano 2000*, tendo-se instituído uma nova orientação para a política de saúde, afirmando, de forma geral, que a concretização do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta mundial (WHO, 2022; Fonseca, 2011; Carrondo, 2006; Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny & Monticelli, 2006). Tanto Lalonde como Aaron Antonovsky contribuem significativamente para a mudança operacional e conceptual em saúde. Por um lado, Lalonde através do seu documento de trabalho impulsiona a alteração de políticas no Canadá ao pretender *“a new perspective on the health of Canadians and to thereby stimulate interest and discussion on future health programs for Canada”* (Lalonde, 1974., p.7), sendo seguido por outros países. Esta discussão alargada foi sensibilizando mais países para a necessidade de mudança culminando na Conferência Internacional sobre

Cuidados Primários de Saúde, em **Alma-Ata**, resultando em duas propostas: *Saúde para todos no ano 2000* e a *Estratégia de Atenção Primária de Saúde*. Enfatizou-se os Cuidados Primários de Saúde a serem “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Portal de Saúde Pública, 2013). A década de oitenta estabeleceu as bases da Promoção da Saúde: a região europeia da OMS produz um documento onde afirma a importância dos determinantes sociais na saúde e, em 1985 – *Health City Movement* – vindo a ser um referencial base do movimento das cidades saudáveis (WHO, 2022). A Promoção da Saúde é definida em 1986 na **Carta de Ottawa** como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” defendendo nove condições e recursos fundamentais para a saúde: paz; abrigo; educação; alimentação; recursos económicos; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social e equidade (IAS, 2021). É nesta carta que emerge explicitamente a significação da intervenção em Promoção da Saúde, sendo importante sintetizar ou realçar algumas estratégias em cada um dos itens expressos na mesma: (1) *construir políticas saudáveis* [Inscrive a saúde na agenda dos decisores políticos, em todos os setores e a todos os níveis (...) levando-os a assumirem responsabilidades]; (2) *criar ambientes favoráveis à saúde* [as sociedades são complexas e inter-relacionadas (...) os elos indissolúveis entre a população e o seu meio constituem a base para uma abordagem socio-ecológica da saúde (...) e o princípio orientador a nível mundial, das nações, das regiões e das comunidades é a necessidade de encorajar os cuidados mútuos – cuidar uns dos outros, das comunidades e do ambiente natural]; (3) *reforçar a ação comunitária* [no centro deste processo encontra-se o reforço do poder – *empowerment* – das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos]; (4) *desenvolver competências sociais* [a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável (...) é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades no seu processo de vida. Estas intervenções devem ter lugar na escola, em casa, no trabalho e nas organizações comunitárias]; (5) *reorientar os serviços de saúde* [para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, os serviços de saúde devem orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde (...)]

devem apoiar os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável (...)]; e (6) *em direção ao futuro* “[(...) a saúde resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida”] (WHO, 2022a; PSP, 2013; Buijs, 2009; Carrondo, 2006; Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny & Monticelli, 2006). A partir desta primeira conferência, foram organizadas outras Conferências Internacionais em Promoção da Saúde. Salientaremos a designação destas conferências, pela sua influência ao nível das políticas de saúde, apresentando uma breve síntese dos conteúdos mais relevantes: (1) II Conferência Internacional em Promoção da Saúde, **1988, Declaração de Adelaide** - Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis, reafirma as linhas de ação da Carta de Ottawa e Declaração de Alma-Ata e, enfatiza quatro áreas prioritárias para promover ação urgente em saúde pública: *i) apoio à saúde da mulher; ii) alimentação e nutrição; iii) tabaco e álcool; iv) criação de ambientes favoráveis*; (2) III Conferência Internacional em Promoção da Saúde, **1991, Declaração de Sundsvall** – Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde, identifica quatro ações estratégicas para a criação de ambientes favoráveis à saúde. *i) fortalecer a advocacia através da ação comunitária, recorrendo em particular, a grupos de mulheres; ii) habilitar as comunidades e os indivíduos para controlarem a sua saúde e o ambiente, através da educação e capacitação (empowerment); iii) construir alianças para a saúde e para a criação de ambientes de suporte, por forma a fortalecer a cooperação entre as estratégias e ações promovidas pela saúde e pelo ambiente; iv) mediar os interesses em conflito na sociedade, de modo a assegurar um acesso equitativo a ambientes favoráveis à saúde.* É nesta conferência que se reconhece, que **a educação é um direito humano básico** e o **elemento-chave para a mudança política, económica e social**, tão necessário para tornar a saúde uma possibilidade para todos. A educação deve ser acessível durante toda a vida e assentar em princípios de equidade, especialmente no que respeita à cultura, classe social e género. E neste âmbito, **as Escolas** assumem vasta importância como ambientes favoráveis à saúde, através das possibilidades em equidade em Educação e Capacitação. Foi a partir desta Conferência que se deu início a outra iniciativa da OMS Europa relativa às **Conferências das Escolas Promotoras da Saúde**; (3) IV Conferência Internacional em Promoção da Saúde, 1997, **Declaração de Jacarta** – Promoção da Saúde no Século XXI; (4) V Conferência Internacional em Promoção da Saúde, 2000, **Declaração do México** - Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade; (VI) Conferência Internacional em Promoção da Saúde, 2005, **Carta de Banguetcoque** – Promoção da Saúde num Mundo Globalizado. Compreende-se que desde a carta de Ottawa, o conceito de Promoção da Saúde evoluiu ao longo do tempo revelando interrelações com cuidados primários de saúde, com políticas públicas saudáveis, com ambientes e cidades saudáveis, através de ações intersectoriais a diferentes níveis, procurando garantir acesso,

equidade, direitos, e outros compromissos assumidos pelos ministros da saúde dos países que reiteram as diversas declarações (WHO, 2022a; PSP, 2013; Lopes, Saraiva, Fernandes & Ximenes, 2010; Buijs, 2009; Carrondo, 2006; Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny & Monticelli, 2006).

Outro contributo surge com Aaron Antonovsky ao publicar vários artigos e livros sobre a emergência de um novo conceito – *a salutogénese* – por crítica à sistemática abordagem do enfoque na doença. Efetivamente, Antonovsky não contrapõe o conceito *salutogénese* - do latim “*salus*” (saúde) e do grego “*genesis*” (origens) - ao de *patogénese*. Porém, enfatiza a importância para a promoção dos fatores que influenciam positivamente a saúde, assim como a cultura do desenvolvimento pessoal e organizacional, promovendo e orientando a pessoa a manter-se com saúde, independentemente dos determinantes físicos ou sociais. Procurámos as raízes etimológicas das palavras: (1) promover: *pro-movere* do latim, significando - ir mais além, avançar, dar impulso, apoiar, propor, fazer-por, mas também fazer-com (alguém) e através-de (grupo, ou organização); (2) e prevenir: *prae-venire* do latim, significando, ir à frente de, chegar antes, antecipar-se a, preceder e evitar.

Para podermos apreender as suas similaridades ou diferenças optámos pela clarificação de termos realizada e atualizada pela OMS (2021). Esta organização, relativamente a *prevenir a doença* refere-se à descrição de “*medidas para reduzir a ocorrência de fatores de risco, prevenir a ocorrência de doença, deter a sua evolução e reduzir consequências, uma vez contraída*” (traduzido de WHO, 2021., p.5), explicitando que a prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis deve ocorrer através da prevenção primária, secundária e terciária.

Claramente se identifica uma orientação centrada na identificação de fatores de risco e na prevenção e gestão de doença, cujas medidas, pouco ou nada implicam a participação do cliente no processo. Esta diferença de enfoque é deveras importante ser compreendida neste estudo por via das decisões face ao cuidado de enfermagem no contexto escolar.

Assim, face ao paradigma *patogénico*, inicia-se a construção de um pensamento orientado para a saúde, designado por paradigma *salutogénico*. Tendo por base o conceito de *salutogénese*, anteriormente abordado, concentra a atenção no estudo da origem da saúde e em resultados positivos de saúde. A *salutogénese* enfatiza a importância de um senso de coerência e uma orientação pessoal ou coletiva em relação à vida como algo compreensível, gerível e com significado. Na promoção da saúde, a abordagem *salutogénica* concentra-se no fortalecimento de recursos e ativos que ajudem as pessoas a enfrentar situações adversas da vida, promovendo o bem-estar. (WHO, 2022; WHO, 2021; Fonseca, 2011; Buijs, 2009; Carrondo,

2006; Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny & Monticelli, 2006; Antonovsky, 1996; Lalonde, 1974). Sentimos necessidade de aprofundar os dois conceitos nucleares à salutogénese propostos por Antonovsky: *sentido de coerência e recursos gerais de resistência*. No primeiro, procura-se enfatizar a capacidade das pessoas se empenharem e responderem positivamente a situações stressantes, ou seja enfatiza uma forma pessoal de pensar e estar na vida, com autoconfiança, conduzindo a pessoa a identificar e mobilizar os recursos que tem disponíveis. Defende este autor que o conceito desenvolve-se fundamentalmente durante as primeiras três décadas de vida sendo que, na primeira infância, alicerça-se na interação entre a criança e os diversos atores com que se relaciona (Antonovsky, 1996). Quanto ao segundo conceito, refere-se a *“características genéticas, constitucionais e psicossociais: recursos materiais, conhecimento/inteligência, identidade do eu, estratégias de coping, suporte social, estabilidade cultural, religião e uma orientação para evitar situações que ponham em causa a saúde”* (Carrondo, 2006., p.42; Antonovsky, 1996; Who, 2021). Ambos os conceitos enfatizam a participação da pessoa na construção da sua representação de saúde, tendo como principal requisito o enfoque nas primeiras décadas de vida, em particular na infância e “adolescência”.

2.4.1 - Transição entre Paradigmas

Vamos poder compreender que a saúde escolar acompanha as transições entre estes dois grandes paradigmas e conceções de saúde, promoção da saúde, educação para a saúde, e literacia em saúde. Na década de 70, tal como referimos, (re)perspetivam-se conceções em saúde e também em Portugal. A reforma de 1971 realizada por Francisco Gonçalves Ferreira em colaboração com Arnaldo Sampaio reafirma a garantia do direito à saúde, estabelecendo no Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro, a separação dos serviços de saúde dos de assistência social, criando-se os centros de saúde de primeira geração onde se realizavam atividades de vacinação, vigilância da saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental (Branco & Ramos, 2001). O Decreto-lei n.º 414/71 também de 27 de setembro, estabelece o regime legal da organização do trabalho dos diversos funcionários de carreiras profissionais, surgindo como uma medida que procura efetivar a política de saúde e assistência social. Em 1973, o Ministério da Saúde autonomiza-se da Assistência (Decreto-Lei, n.º 584/73). Em 1976 é aprovada a nova Constituição, cujo artigo 64.º reitera que *todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*, pelo que se concebe a criação de um serviço nacional da saúde universal, geral e gratuito, que vem a ser antecipado em 1978, por Despacho ministerial no Diário da República, 2ª série, de 29 de julho, conhecido como o “Despacho Arnaut”, possibilitando o acesso aos serviços médico-sociais e garantindo a universalidade, gratuidade e generalidade dos cuidados de saúde a todos os cidadãos

portugueses, cumprindo as promissas de Alma-Ata. O Serviço Nacional de Saúde é criado pela Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, diploma que conferiu ao SNS autonomia administrativa e financeira, e uma organização descentralizada estruturada em órgãos centrais, regionais e locais de duas tipologias: (1) os serviços prestadores de cuidados diferenciados (rede hospitalar); e (2) os serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros de saúde). Aos cuidados de saúde primários competia os cuidados preventivos de doença, os cuidados promotores da saúde e os cuidados ambulatoriais que integravam cuidados clínicos, cuidados materno-infantis, planeamento familiar, cuidados à comunidade escolar e geriatria. Em 1981 é aprovada a carreira de enfermagem (Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro. (SNS, 2021; Rocha, Capela, Grilo, Almeida, Valente & Coimbra, 2012). Rocha et al (2012) apresenta os Principios Orientadores de Saúde Escolar de 1989 *“a saúde escolar (...) é entendida como um conjunto de actividades no âmbito dos cuidados de saúde primários; propõe-se melhorar o nível de saúde do grupo específico de crianças e jovens escolarizados – especificidade que lhe advém do ambiente escolar a que estão sujeitos. Deve para tal atuar sobre o conjunto ambiente escolar/população escolar (alunos, professores e empregados) e ter presente as influências que sobre este conjunto exercem a família e o meio”*. Refere a mesma autora que todos os concelhos estavam abrangidos exceto Coimbra, Lisboa e Porto, cuja atribuição pertencia às equipas de medicina pedagógica do ministério da educação. (Rocha, Capela, Grilo, Almeida, Valente & Coimbra, 2012, p.199, cita circular normativa n.º 23/SEO de 14 setembro de 1989). A Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprova a lei de bases da Saúde e pela primeira vez a proteção da saúde surge como uma responsabilidade partilhada entre os cidadãos, sociedade e Estado quanto à Liberdade de procura e prestação de cuidados e não só como um direito. Em 1991 é criada a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS-ENSHP) e Portugal faz a sua adesão em 1994 pelo Setor da Educação através do Programa de Promoção e Educação para a Saúde – PES, e pelo setor da saúde através da Direção-Geral da Saúde. Anteriormente, em 1993 foram extintos os centros de medicina pedagógica. Em 1995 através da Circular Normativa n.º 13/DSE, de 10 de agosto que revê a Circular Normativa n.º 23/SEO de 14 setembro de 1989 respeitando aos Principios Orientadores de Saúde Escolar, origina o Programa Tipo de Saúde Escolar. O mesmo procurou adequar a prestação de cuidados em saúde escolar face às alterações organizacionais dos dois setores: educação e saúde, mas também cooperar em articulação com a educação na procura de respostas mais eficazes para as necessidades e problemas de saúde da população escolar. Em 1997, a Lei orgânica da Direção-Geral da Saúde cria na Direção de Serviços de Promoção e Proteção da Saúde, a divisão de Saúde escolar, Decreto-Lei n.º 122/97 (art.º 16º), atribuindo-lhe competência de *“orientar e coordenar as actividades de prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde dirigidos à população e ambientes escolares; proceder, em colaboração com*

outros serviços competentes, à análise dos factores que afetem o nível de saúde da população escolar e elaborar propostas conducentes à sua melhoria; avaliar as necessidades em matéria de formação específica do pessoal de saúde que exerce a atividade de saúde escolar e colaborar na organização da formação referente a esta atividade; propor medidas de encerramento dos locais escolares nos casos de risco significativo para a saúde dos discentes, docentes e outro pessoal; propor, em colaboração com outros serviços competentes, regras técnicas relativas às condições de segurança, higiene e saúde dos locais escolares e promover a sua difusão; promover a cooperação com os serviços competentes em matéria de desportos, medicina desportiva e aproveitamento de tempos livres; participar em comissões ou grupos de trabalho que tenham por objecto o campo de aplicação.” Rocha, Capela, Grilo, Almeida, Valente & Coimbra, 2012, p.201). Visando alargar e desenvolver a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) determinou-se através dos Despacho Conjunto n.º 271/98 de 15 de abril e Despacho Conjunto 734/2000, de 18 de Julho dos Ministérios da Educação e Saúde, que se mantivesse esta parceria visando o desenvolvimento sustentado deste processo, implicando responsabilidades complementares na promoção da saúde da comunidade educativa, as escolas ou agrupamentos de escolas e os centros de saúde.

Em **2001**, é atribuída a **tutela** da saúde escolar ao **Ministério da Saúde**, Decreto-Lei n.º 201/2001, competindo-lhe a sua implementação através dos centros de saúde, no território nacional. Em **2004** é apresentado o **Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Mais Saúde Para Todos**, que explicita a sua missão através da abordagem dos determinantes de saúde por programas nacionais, em colaboração com outros setores, enfatizando os ambientes onde as pessoas viviam, trabalhavam e estudavam. Destaca *settings prioritários*, pelo facto de parte importante da vida dos jovens ser em espaço escolar, sendo reconhecido à escola o papel fundamental na aquisição de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco, motivo pelo qual se enfatiza privilegiar a colaboração com as instituições do Ministério da Educação e Ensino Superior. Em **2005**, um dos programas nacionais que integra o PNS – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - foi aprovado pelo Despacho n.º 153/2005 de 5 de Janeiro, fundamentado pela elevada prevalência das doenças orais da população infantil e juvenil, porém, **atribui às equipas de saúde escolar** a promoção da saúde e prevenção da doença, reconhecendo o suporte indispensável destas na intervenção curativa, operacionalizada por contratualização. Em **2006**, através do Despacho n.º 12.045/2006 (2ª série), de 7 de junho publicado no Diário da República, n.º 110, que revogou a Circular Normativa n.º 13/DSE, de 10 de agosto de 1995, **é publicado o primeiro Programa Nacional de Saúde Escolar** para os profissionais do SNS. Este destaca que **Todas as Escolas deverão ser Promotoras da Saúde**

(PNSE, 2006) e estabelece que “o trabalho de saúde escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa, visa contribuir para a promoção e proteção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados (...)” (PNSE, 2006, p.7) Definiu como áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis: a saúde mental, a saúde oral, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva e educação para o consumo. Ainda em **2006** é assinado o **protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde**, em que o primeiro se compromete a dinamizar no sistema educativo os princípios e práticas da promoção da saúde em meio escolar, e o segundo compromete-se a dinamizar, nos serviços de saúde, a execução do PNSE, tendo em vista a promoção da saúde das crianças, dos jovens, da restante comunidade educativa e a obtenção de ganhos em saúde. (Portugal, 2006a). Em **2015**, pelo Despacho (extrato) n.º 8815/2015 é aprovado o **2º Programa Nacional de Saúde Escolar**, publicado no Diário da República, 2ª série – N.º 154 de 10 agosto de 2015, e Circular Normativa da DGS 015/2015 de 12 de agosto de 2015, e revogadas a Circular Normativa da DGS n.º 7/DSE de 29/06/2006 e a Orientação da DGS n.º 014/2013 de 20/10/2013, cuja finalidade visa “Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens” (von Amann, Leal, & Monteiro, 2015) atribuindo enfoque à colaboração dos setores da educação e saúde para o aumento da Literacia para a saúde e Decisões responsáveis, e apresentando 6 eixos estratégicos e respetivas áreas de intervenção: **3 eixos verticais** | (1) Capacitação; (2) Ambiente escolar e saúde; (3) Condições de saúde; **3 eixos horizontais** | (4) Qualidade e Inovação; (5) Formação e Investigação em Saúde Escolar; (6) Parcerias. Salientamos o **eixo (1) Capacitação** uma vez que se pretendeu alinhar o PNSE com os referenciais da Promoção da Saúde, e como tal investir no ganho de competências em literacia para a saúde, mas também salientar a importância do trabalho por projeto de acordo com os referenciais da *School for Health in Europe*. Este, baseia a sua missão nos valores da equidade, sustentabilidade, inclusão, empowerment e democracia, subjacente ao referencial de *Whool School Approach* | Escola como um Todo. Neste eixo salientámos a importância do desenvolvimento de projetos de Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar uma vez que os dados obtidos em DALY destacavam prevalência de perturbações mentais e comportamentais aos 5-14 anos (22%) e aos 15-19 anos (26%), seguidos pelo Daly relativo às doenças respiratórias crónicas com valores aos 5-14 anos (15%) e aos 15-19 anos (7,5%) Estes dados foram consultados a partir do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington, e mobilizaram os responsáveis pelo PNSE (DGS) e PES (DGE) a criarem

grupos de trabalho multidisciplinares, com profissionais de saúde e da educação, para a redação de referenciais interligados ao PNSE. O grupo de trabalho da saúde mental redigiu o documento ***Saúde Mental em Saúde Escolar*** (Carvalho, A., von Amann, G., Almeida, C., Pereira, F., Ladeiras, L., Lima, R., Lopes, I., Leal, P., Marta, F., Monteiro, H. (2016) em articulação com o grupo de trabalho do ***Referencial de Educação para a Saúde*** (Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E.A., Nunes, E., von Amann, G., Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J.P., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, M., Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R., & Lima, R. 2017), mantendo-se até ao momento, os três documentos como núcleo de orientações para a promoção da saúde na escola.

A nível internacional, não existe consenso quanto à prática de cuidados dos enfermeiros na saúde escolar. Identificam-se disparidades no processo de cuidado destes enfermeiros quando não existem ou são muito vagas as directrizes das políticas de saúde em cada país, também quando os sistemas de saúde se organizam em função de políticas públicas ou privadas, e ainda quando a formação profissional não confere grau ou título. Nesta situação, ocorre maior ambiguidade e dificuldade em compreender o seu processo de cuidado. Situação que ocorre em todo o globo à excepção de países como Reino Unido, Canadá, Austrália e Estados Unidos da América (Richardson-Todd, 2002; Junius et al, 2004; Denehey, 2006; Broussard, 2007; Sendall, 2009; Lagerström & Reuterswärd, 2009).

A História da Enfermagem em saúde escolar nos Estados Unidos, pode ser interpretada como uma estratégia de sucesso de saúde pública. A sua prática é monitorizada pela *National Association of School Nurses* (NASN) e, em grande maioria, são enfermeiros especialistas em saúde escolar, independentes, empregados pelas escolas, entendendo-se estarem numa posição perfeita para influenciarem a saúde das crianças e adolescentes na escola.

Constata-se diferenciação entre modelos da enfermagem em saúde escolar europeus e americanos. Esta realidade decorre de ideologias e de modelos de cuidados diferentes. Nos Estados Unidos da América o Modelo é de enfermagem escolar. Os enfermeiros são contratados pelo sistema educativo, tendo na maioria dos estados, uma enfermeira escolar em quase todas as escolas. Todos têm uma abordagem de ensino individual com os alunos e atuam como especialistas em saúde nas respectivas escolas. Muitas enfermeiras escolares também são professoras certificadas de saúde e têm horários formais de ensino. Na Europa e outros países do mundo, os enfermeiros que têm prática de cuidados nas escolas, são contratados pelo sistema de saúde, realizando uma prática de cuidados colaborativa com o sistema educativo, em torno da premissa de construção de um ambiente saudável, inerente ao conceito de Escola Promotora da Saúde. Existe concordância com o paradigma salutogénico na procura de um

sentido de coerência em todo este processo, de forma a capacitar-se cada pessoa para aprender a gerir a saúde, e efetivamente, enaltecermos o conceito de promoção da saúde. Outras questões colocam-se-nos em horizonte: será que o processo de cuidados dos enfermeiros nas escolas revela a mais recente orientação paradigmática? Que referenciais utilizarão os enfermeiros na saúde escolar para orientar o seu processo de cuidados?

Adiante, em outro capítulo, abordaremos o Decreto-Lei que cria os Agrupamentos de Centros de Saúde do SNS (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 fevereiro), assim como o Despacho n.º 10.143/2009, de 16 de abril que estabelece o regulamento, organização e funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) uma vez que faz parte das suas competências intervir em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção de doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar.

Síntese do capítulo | Procurar conhecer a origem do processo de cuidados de enfermagem na saúde escolar, convocou percorrer um intrincado percurso sociohistórico. Encontram-se as primeiras referências à Saúde Escolar a nível mundial entre o final do século XIX e início do século XX (entre 1892 e 1902) como *área* da saúde pública. Na Etapa das raízes do Cuidado de Enfermagem na SE necessitámos revisitar a história da origem dos cuidados, a história da profissão de enfermagem, a história breve do nascimento do ensino e do sistema de saúde nacional, para ancorarmos a história da Saúde Escolar e o momento em que surgiu a enfermagem na saúde escolar.

Percorremos a origem das práticas de cuidados atribuídas à mulher desde a origem da vida humana até à idade média pela importância de compreendermos que cuidar de si e dos outros impulsionou a sobrevivência e subsistência do ser humano. Porém, identificamos nestas primeiras práticas fundacionais de cuidar de si mais do que rituais diários assistenciais, uma vez que estando o ser humano no Mundo acede a possibilidades de conhecer e transformar-se e, experienciando a vida, ter consciência de si. Esta emergência da consciência de si imbricada através do cuidado de si no Mundo, pela ligação à construção da identidade e subjetividade, será um dos fios condutores do nosso pensamento nesta tese.

Posteriormente, conhecemos a origem da profissão de enfermagem ancorada na etapa vocacional dos cuidados, podendo identificar-se características das funções dos enfermeiros ao longo do tempo, em diferentes tipologias de instituições. Não só os membros das Ordens e Congregações religiosas do território nacional realizavam práticas assistenciais de cuidados, como práticas sociais de apoio às populações vulneráveis, como também tiveram forte

influência no ensino, sendo este ministrado, maioritariamente, por jesuítas da Companhia de Jesus que vinham mantendo a atividade educativa desde o convite do rei D. João III (1540) até 1759, ano em que foram expulsos por Marquês de Pombal, por terem sido implicados no atentado do rei D. José pelos opositores ao poder jesuíta.

Ao nível das práticas assistenciais de cuidados, esta forte influência de membros das Ordens e Congregações religiosas, permitiu-nos conhecer práticas de cuidados distintas realizadas pelos eclesiásticos: irmãos-homens e irmãs-mulheres, assim como as funções similares e diferentes que assumiam. É a partir das práticas de cuidados realizadas pelas religiosas, que decorre posteriormente a prática de cuidados das enfermeiras. Inicialmente sujeitas a regimes de clausura a prática assistencial de cuidados realizada pelas irmãs-enfermeiras, estava circunscrita aos Mosteiros e conventos e à ala hospitalar dos mesmos. É em 1633 com Vicente de Paulo que surge a primeira Ordem "*As Filhas da Caridade*" sem regime de Clausura, que impulsionou as práticas assistenciais na comunidade, junto das populações pobres, excluídas, orfãs ou condenadas. A formação destas irmãs em cuidados curativos era muito rudimentar, mas excelente no âmbito das virtudes, o que lhes permitiu serem muito bem aceites pela população que as tinha como figuras de referência e conselho. Decorreu das suas funções, em particular, das visitas a casa das famílias, a referência a Visitadoras. Neste período de cuidados realizados pelas mulheres consagradas, é indissociada da pessoa da irmã-enfermeira a função da enfermagem. Identificámos com Collière esta característica da homogeneidade como contributo para a construção de um papel social de enfermagem que se imiscuiu na pessoa da enfermeira, despojando-a do seu papel individual, por inerência de um sentido missionário de fazer o bem.

A força dos movimentos anticlericais no mundo e europa fazia-se sentir e, em meados do século XIX em Portugal os membros das Ordens religiosas foram expulsos do território nacional, esvaziando-se estes recursos a nível educacional e assistencial. Este vazio no âmbito assistencial em matéria de cuidados, permite que ganhe expressão a profissionalização em enfermagem.

Simultaneamente, a ascensão da ciência (séculos XVI a XIX) adquire gradualmente preponderância e saberes estratégicos, particularmente na medicina, que lhe permite transformar a organização dos seus conhecimentos e práticas clínicas em torno de um discurso racional, objetivo e coerente com o modelo científico. Legitima-se o saber médico à condição de intervenção na sociedade, particularmente no domínio da saúde pública. Parece assistir-se a uma substituição do poder eclesiástico pelo poder médico na influência política e social, no estado. Prioriza-se a formação de nível técnico e superior na área da saúde.

A origem do sistema de saúde nacional, aparenta situar-se no século XVIII por volta de 1707, ano em que surge a criação da Provedoria-Mor de Saúde considerada o primeiro indício

de administração sanitária em Portugal, mas é em 1813 que é criada a Junta de Saúde, procurando responder aos problemas de saúde do país. Em 1837 é constituído o Conselho de Saúde Pública. Em 1899 inicia-se a organização dos serviços de saúde pública, através do Dr. Ricardo Jorge. E é em 1911 que surge a Direção-Geral de Saúde, por intermédio do Ministro do Interior – António José de Almeida. Até ao final do século XIX identificam-se vários fatores que foram centrais na atribuição de potencialidade aos cuidados de enfermagem na comunidade, nomeadamente os cuidados de saúde de proximidade pelas “irmãs-enfermeiras”, a laicização da enfermagem, o nascimento da saúde pública, o início da formação profissional, a constituição dos cursos nas universidades e institutos técnicos, entre outros (...), que permitiram compreender filiações, relação e a origem dos futuros cuidados realizados por enfermeiras na comunidade, e posteriormente nas escolas. Na Etapa do Cuidado Sanitário-Higienista na Escola, surge a nível internacional a referência à saúde escolar nos Estados Unidos da América em Boston e em Nova Iorque, por volta de 1894, decorrente dos cuidados definidos pelas associações de enfermeiras comunitárias. Lillian Wald cria a designação de *Enfermagem de Saúde Pública* à prática de cuidados realizada por enfermeiras visitadoras, na comunidade, em particular junto de população pobre. Inicialmente, os serviços de saúde escolar surgem por via da necessidade de se identificarem alunos com doenças transmissíveis graves, mas também com o objetivo de se reduzir o absentismo escolar. Foi também através de Wald que surge a primeira enfermeira escolar nos EUA – Lina Rogers. Na Europa, a referência à saúde escolar surge entre os anos de 1892 e 1893, sendo Amy Hughes considerada a primeira enfermeira contratada para avaliar o estado nutricional das crianças em ambiente escolar. Na Bélgica em 1893 é contratado o primeiro médico escolar em Bruxelas para estabelecer uma organizada inspeção escolar, em toda a cidade. Em Portugal é em 1901 que se faz a primeira referência à saúde escolar. Delega-se competência aos médicos municipais fiscalizar a higiene das escolas públicas e privadas e vacinar os alunos. Em 1902, através do Decreto-Lei n.º 4 de 19 setembro, regulamenta-se a legislação em saúde escolar, sendo atribuídas funções de inspeção sanitária nas escolas a delegados e sub-delegados de saúde, que também realizavam inspeções aos alunos relativamente à avaliação de existência das doenças transmissíveis. Os primeiros Congressos de saúde escolar situam-se pelos anos de 1904 em Nuremberga e, 1907 em Londres. Também em 1907, em Portugal, o Dr. Ricardo Jorge ao ter assento no “*Office International d’Hygiène Publique*” por via dos problemas de saúde que assolavam a Europa e Portugal, e por influência da Convenção Sanitária Internacional realizada em Paris (1926) ratificada pelo governo português, sugere uma reorganização das políticas e práticas da saúde pública. A nova legislação sanitária permitiu enquadrar a criação de um “corpo de enfermeiras de visita” através da criação do Curso de visitadoras sanitárias que teve início em 1929, assim como criar um

Parque Sanitário de Lisboa, com dispensários de higiene social e postos de proteção à infância em Lisboa e no Porto. Neste primeiro curso de visitadoras sanitárias, o currículo era muito generalista comparativamente com os currículos desta formação a nível internacional e europeu. A nível nacional, equipara-se esta formação nas décadas de 30 e 40, ainda que o Diretor Geral de Saúde, reconhecesse mas não permitisse o desempenho de funções das enfermeiras visitadoras diplomadas, nos serviços sanitários sem ser o equivalente ao das visitadoras de higiene. Na Etapa do Cuidado Médico-pedagógico, das Visitadoras e Enfermeiras na Escola, a nível internacional, nos EUA em 1920, realizam-se exames médicos para a avaliação do estado de saúde dos alunos e, inicia-se a Educação para a Saúde. Em Portugal, em 1918 o decreto de lei n.º 4695 de 23 de Julho, define duas orientações: é substituída a Inspeção Sanitária Escolar pela Repartição de Saúde Escolar e atribui-se o serviço sanitário escolar em todos os estabelecimentos de ensino do país aos médicos escolares que ficam com atribuições similares às dos delegados de saúde. Nas escolas, surgia um sentimento de desconfiança pela presença dos profissionais de saúde. Em 1926, com a queda da 1ª República, surge o período político do Estado Novo. Os dados da avaliação do estado de saúde dos alunos, possibilitaram a Costa Sacadura, primeiro médico escolar português (1927), referir que o país se encontrava num estado *critico de insalubridade pública*. No período do Estado Novo foi dada extrema atenção à saúde escolar, enfatizando-se a necessidade das políticas sanitárias serem realizadas dentro e fora da escola. Fora da escola competia às visitadoras escolares realizarem a vigilância das famílias e alunos. Em 1933 através do Decreto n.º 22752 é alargada a ação do médico escolar *a quem nada podia ser estranho*, por via da sua atuação junto dos alunos e famílias. Vislumbrava-se o exercício do regime do estado de poder influenciar a vida escolar, familiar e social, enfatizando os princípios educativos e valores morais do regime político, pelas atividades na saúde escolar.

As primeiras referências às visitadoras escolares em Portugal, situam-se pelos anos 1935-1937, como auxiliares do médico escolar. Essencialmente estavam atribuídas a estas as funções de controlo social dos alunos, através de estabelecerem elos de ligação entre a escola e as famílias, e entre estas e o médico escolar. Estas visitadoras escolares provinham de grupos de visitadoras sanitárias e de grupos de visitadoras sociais ou mulheres de formação liceal. Só mais tarde, os serviços integram enfermeiras na saúde escolar. Pensamos que as enfermeiras visitadoras-escolares, terão surgido no final da década de 30 e início da década de 40. Recordamos que os cursos de visitadoras sanitárias decorreram entre 1929-1952, os cursos de enfermeiras tiveram início em 1940 pela Escola Técnica de Enfermeiras do Instituto Português de Oncologia. Na Etapa do Cuidado Promotor da Saúde Na Escola, constatámos que o percurso

da saúde escolar desde 1978 (com *Alma Ata*) – procurou fidelizar a transição dos paradigmas em saúde e cumprir as políticas reiteradas nas diversas conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, ainda que tenha alternado a tutela de diversos ministérios por via das reformas realizadas nos setores da educação e da saúde. Até à atualidade e, desde 1998 ficou veiculada a parceria entre os dois ministérios por via do início do desenvolvimento da Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde. O Plano Nacional de Saúde de 2004 foi um marco importante para a definição de programas em saúde a nível nacional. Em 2006 nasce o 1º Programa Nacional de Saúde Escolar enquanto orientação para a prática dos profissionais de saúde. No mesmo ano, o protocolo assinado entre os dois ministérios - educação e saúde - formalizou a parceria de trabalho para garantir a promoção da saúde na escola, elegendo esta como a grande promotora da saúde das crianças e das suas famílias, reforçando a necessidade de trabalho na rede nacional de Escolas Promotoras da Saúde.

3. PRENÚNCIO DO CUIDADO DE SI: NA “ADOLESCÊNCIA”

“Aprender a Ser e a Estar em cuidados de enfermagem é uma tarefa de todos os dias” (Costa, A., p. 79)

O nosso interesse pela adolescência está relacionado com edificação deste construto, que temos vindo a aprofundar desde a tese de mestrado (2005). O título deste capítulo procura estabelecer a ponte entre as práticas de cuidado do capítulo anterior, com questões sobre a relevância do *Cuidado de Si* na “adolescência”, com o Processo de Cuidado de Enfermagem na Saúde Escolar.

Considerámos de extrema importância, como iremos ver, obter o olhar dos adolescentes para a perspectiva do cuidado de enfermagem na escola, procurando também a partir dos seus relatos caracterizar este processo de cuidados, e procurando desvendar a práxis de enfermagem na saúde escolar com os adolescentes. Antes de nos referirmos ao construto de “adolescência” que perfilhamos, vamos apresentar uma breve caracterização sobre o que sabemos da saúde dos adolescentes no mundo e a nível nacional (ainda que sejam dados que “enformem uma realidade adolescente” generalizada) assim como duas perspectivas da literatura e evidência científica de forma a facilitar o nosso posicionamento relativamente à proximidade da conceção que defendemos, com a conceção de cuidados de enfermagem que elegemos. As duas perspectivas: uma de cariz contemporânea e outra de cariz sociohistórica, apresentam-se seguidamente a partir desta ordem inversa.

Sobre a saúde dos Adolescentes recorreremos aos dados da OMS relativos ao ano 2020. Sabe-se que mais de 1,5 milhão de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos morreram em 2020, quase 5.000 por dia. Os adolescentes jovens de 10 a 14 anos têm o menor risco de morte de todas as faixas etárias. As principais causas de morte estão relacionadas com Lesões (incluindo acidentes de trânsito e afogamento), violência, automutilação e condições maternas. Metade de todos os distúrbios de saúde mental na idade adulta começa aos 14 anos, mas a maioria das situações não é diagnosticada nem encaminhada. O início precoce do uso de substâncias está associado a maiores riscos de desenvolver problemas de adição, assim como outros problemas durante a vida adulta. Também através dos dados do Health Behaviour School Age Children (Matos et al, 2022) identificamos em Portugal que 27,7% dos adolescentes refere sentir-se infeliz numa avaliação global sobre a qualidade de vida. Relativamente ao índice de bem estar ocorre variabilidade de respostas,

mas é perceptível que pelo menos entre 15% a 20% dos adolescentes refere que nunca ou quase nunca avalia o seu bem-estar como bom. Agravam-se estas percentagens quando se avaliam os sentimentos de tristeza e solidão porque cerca de 45% dos adolescentes refere que quase todos os dias, ou quase todas as semanas se sentem tristes e sozinhos. Os principais sintomas que referem sentir são a tristeza (60%), irritação ou mau humor (70%) e nervosismo (75%) quase todos os dias ou pelo menos uma a duas vezes por semana. Dados que nos parecem muito relevantes e orientadores de possibilidades de intervenção nas escolas pelos profissionais de saúde.

Vamos agora apresentar as perspetivas contemporânea e socio-histórica conforme referimos.

3.1 - Perspetiva contemporânea

A referência à adolescência convoca um breve olhar sobre as Teorias do Desenvolvimento Humano clássicas e contemporâneas. Clarificamos que faremos a abordagem em concordância com um vasto consenso entre autores e, não nos deteremos em particularidades de modelos específicos. De acordo com vários autores, o percurso científico, tendo como foco de estudo o desenvolvimento humano, e em particular, a adolescência conheceu incremento e evolução a partir de vasta investigação científica empírica, realizada sobre adolescentes. Nos últimos 50 anos emergiram abordagens a partir do contributo de disciplinas das áreas da educação, psicologia, sociologia, e neurociência, que revolucionaram a compreensão sobre a “adolescência” (Lansford & Banati, 2018; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012; Sampaio, 2002; Fleming, 1993).

Em particular, evidência produzida a partir de estudos demográficos longitudinais realizados com crianças expostas a eventos de vida, familiar, educacionais, e sociais, trouxeram resultados com características comuns, independentemente da psicologia do desenvolvimento ter introduzido a abordagem por estádios de desenvolvimento e a sociologia ter acrescentado conceitos de evolução histórica, adaptação e condições sociais (Lansford & Banati, 2018; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012).

Neste percurso, as teorias do desenvolvimento relativamente à adolescência enfatizaram dois temas: a adolescência enquanto fase ou etapa distinta no desenvolvimento humano e ser um período considerado pela sua particular inquietação ou instabilidade comportamental. Temas que permitiram organizar as teorias e modelos explicativos da adolescência em ligação a dois grandes princípios: (1) *organísmicos* e (2) *contextuais*, tendo as diversas perspetivas teóricas sido posteriormente enquadradas, enfatizando-se pressupostos diferentes relativamente ao desenvolvimento (Lansford & Banati, 2018; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen,

2012). A este respeito, desencadeou-se um forte debate científico, por via das diferentes perspectivas teóricas referidas, em torno da questão do desenvolvimento humano ocorrer por etapas, ou ser um processo contínuo.

(1) Por um lado as *teorias organísmicas* preconizam o desenvolvimento humano em torno de uma sequência de etapas, nas quais a pessoa defronta diversas situações e tarefas a serem resolvidas, adquirindo ou não capacidades para lhes dar resposta. Integram este grupo as designadas Teorias Clássicas como as de origem Psicanalítica, Comportamentalista, Cognitiva e Etológicas (Lansford & Banati, 2018; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012). As teorias mais importantes em cada uma das diferentes abordagens são, na *perspetiva Psicanalítica*: a Teoria psicosssexual de Sigmund Freud e a Teoria Psicossocial de Erikson; na *perspetiva Comportamentalista*: a Teoria do Behaviorismo e a Teoria da Aprendizagem Tradicional (Pavlov, Skinner e Watson); na *perspetiva Cognitiva*: a Teoria dos Estágios Cognitivos de Piaget; na *perspetiva Etológica*: a Teoria do Apego de Bowlby e Ainsworth. Todas deram contributos importantes para a compreensão da adolescência, mas foram criticadas por via de não considerarem os fatores contextuais. Entendiam as influências ambientais como aspetos que podiam acelerar ou retardar o desenvolvimento, mas não originá-lo.

Posteriormente, pela década de setenta ocorreu um grande incremento na investigação sobre a infância e adolescência, e a nova evidência empírica permitiu a emergência de outros modelos desenvolvimentais, nomeadamente por reconhecerem o carácter fundacional da influência de fatores contextuais no desenvolvimento humano (Lansford & Banati, 2018; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012; Dessen & Junior 2008).

(2) Assim, relativamente às *Teorias Contextuais*, estas preconizam a pessoa numa dinâmica interacional, considerando também os papéis do tempo e espaço, no desenvolvimento humano (Lansford & Banati, 2018; Senna & Dessen, 2012). Segundo estes autores as “interações pessoa-contexto passam a ser vistas como um fenómeno do desenvolvimento psicológico que implica considerar: (a) a pessoa em constante desenvolvimento, devido ao fluxo de contínuas mudanças nas relações que ela estabelece com o ambiente; (b) o desenvolvimento humano caracterizado pelo grande potencial para mudança sistemática (*plasticidade* no sentido de modificabilidade do desempenho por *modelação* do cérebro através da experiência), em qualquer ponto no curso de vida; e (c) o significado do desenvolvimento humano inserido no contexto socio-histórico em que ele acontece” (Senna & Dessen, 2012, p.103; Goosens, 2006).

Neste âmbito, enquadradas na *perspetiva Contextual* surgem: as *Teorias Humanistas*: Teoria de Campo (Lewin), a teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas (Maslow); a Teoria Gestalt (Perls); a Teoria bioecológica de Bronfenbrenner; e a Teoria Sociocultural de Vygotsky (Lansford

& Banati, 2018; Branco & Silva, 2017; Santos, 2017; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012; Dessen & Junior 2008).

Abordaremos primeiro os maiores contributos para a evolução do pensamento sobre o desenvolvimento humano provenientes da perspectiva sistémica das áreas da psicologia social, no que respeita às interações entre sistemas e intra dimensões de um sistema, com a evolução temporal e posteriormente a abordagem humanista dentro da perspectiva sistémica. Destacam-se duas teorias da psicologia social: (a) a Teoria do Curso de Vida e a (b) Teoria bioecológica de Bronfenbrenner. Relativamente à Teoria do Curso de Vida foi proposta por Elder (1996) ao considerar uma alteração na forma de se pensar o estudo do desenvolvimento humano. Baseia-se em considerar a interdependência entre trajetórias de vida das pessoas e as condições e mudanças presentes nas micro e macroestruturas dos sistemas sociais (Elder, 1996; Dessen & Júnior, 2008) é uma perspectiva teórica que propõe a identificação de estádios de vida nos aspetos temporais, contextuais e processuais como uma das formas de compreender as mudanças no desenvolvimento humano e a noção de transição como *janelas* entre os estádios, cujos períodos permitem adquirir novas competências para lidar com mudanças e incertezas no curso do desenvolvimento. É a partir da interação entre a pessoa com as situações do contexto social que a sua história pessoal vai sendo construída (Oliveira, Silva Marinho & Souza, 2019). Os autores definem trajetória como “a sequência de eventos que compõem o curso de vida” de cada pessoa (Dessen & Junior, 2008, p.23). Nesta perspectiva teórica, estes estádios exigem a realização de tarefas em similaridade às teorias clássicas já referidas. Um dos conceitos sobre Adolescência que valida esta perspectiva teórica refere que esta é “uma etapa do desenvolvimento, ocorrendo desde a puberdade à idade adulta, ou seja, desde a altura em que alterações psicobiológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida” (Sampaio, 2002, p.57). Este conceito converge com as concepções de outros autores que veem a adolescência como um período de desenvolvimento físico, social e psicológico em que ocorre a consolidação da representação de si próprio, enquanto pessoa (Lansford & Banati, 2018; Branco, 2013; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012; Braconnier, 2003; Strech, 2002; Sampaio, 2002; Braconnier & Marcelli, 2000; Laufer, 2000; Blos, 1998; Fleming, 1993).

Sobre as Tarefas Desenvolvidas da Adolescência, consideradas como “ações reorganizativas internas e externas que o adolescente deve levar a cabo se quiser atingir a idade adulta” (Sampaio, 2003, p.100), o principal objetivo dos autores é tentar clarificar que domínios são respeitantes aos processos normais desta etapa de desenvolvimento e que outros domínios podem constituir dificuldade à realização deste trabalho psicológico. A existência de um determinado problema na idade adulta integrará uma das seguintes áreas não realizada

plenamente na adolescência: *a sua relação com os pais, a sua relação com os pares e a visão que tem de si próprio como uma pessoa fisicamente madura*. O adolescente defronta-se com um grupo de tarefas que tem de realizar, que inevitavelmente lhe causarão desafios que ele deve conseguir resolver (Senna & Dessen, 2012; Braconnier, 2003; Strech, 2002; Sampaio, 2002; Braconnier & Marcelli, 2000; Laufer, 2000; Blos, 1998; Fleming, 1993).

Na **Relação com os pais** a tarefa do adolescente consiste em procurar tornar-se emocionalmente independente dos pais. “Apesar da notável variabilidade intercultural do comportamento adolescente (...) e da larga disparidade que existe na conceptualização da adolescência, as várias abordagens convergem num ponto comum: a **autonomia**, ou noutros termos, a separação de pais e adolescentes, é a tarefa desenvolvimental mais importante da adolescência” (Fleming, 1993, p.14). Existe consenso, entre autores, na referência ao principal objetivo desta tarefa: permitir ao adolescente tornar-se emocionalmente mais independente e autónomo dos pais ou procurar a sua individuação/autonomia emocional. O processo de autonomia pressupõe um “ataque” à autoridade parental, mas não ao vínculo emocional aos pais. Pelo contrário, para se separar é preciso que o adolescente se sinta ligado aos pais através de um vínculo seguro (Senna & Dessen, 2012; Braconnier, 2003; Strech, 2002; Sampaio, 2002, 2003; Braconnier & Marcelli, 2000; Laufer, 2000; Blos, 1998; Fleming, 1993). Fleming é uma das autoras que maior destaque faz à questão da autonomia adolescente. Refere três tipos de autonomia: *autonomia emocional* (referindo-se ao abandono dos laços infantis aos pais), *autonomia comportamental* (quando o adolescente demonstra “capacidade de realizar tarefas por si próprio, de tomar decisões evidenciando um sentido de auto-orientação” (Fleming, 1993, p.24) e *autonomia de valores* (quando o adolescente adquire a capacidade de determinar o seu conjunto de valores, aceitando-os após reflexão sobre as várias alternativas).

Alguns autores referem que os adolescentes que sentiram dificuldades importantes em fases anteriores do seu desenvolvimento, maioritariamente relacionadas com dificuldades afetivo/relacionais com os pais ou figuras substitutivas parentais, poderão nesta etapa de vida produzir repetições ou distorções anteriores (Oliveira, Silva Marinho & Souza, 2019; Sampaio, 2003, 2002; Strech, 2002). Na **Relação com os pares** os autores consideram que o adolescente deverá ter a capacidade de encontrar e escolher como amigos outros adolescentes, cujas exigências e expectativas deles próprios sejam tais que aumentem o seu esforço e desejo de se tornar um adulto. O adolescente sente necessidade de sentir-se pertença de um grupo na procura de modelos de identificação e idealização: “o relacionamento com os amigos e companheiros está estreitamente relacionado com a progressiva independência face à família” (Sampaio, 2003, p. 105), bem como na facilidade de integração social. No início, a construção da identidade individual está muito dependente do grupo, mas é em virtude da existência dos

outros que cada um se conhece melhor. Com os outros, revê-se, é compreendido, aceita, sente-se mais forte, apoiado e capaz de avançar na vida (Lansford & Banati, 2018; Branco, 2013; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012; Braconnier, 2003; Strech, 2002; Sampaio, 2002; Braconnier & Marcelli, 2000; Laufer, 2000; Blos, 1998; Fleming, 1993).

Na terceira e última grande tarefa, referente à **Visão que tem de si próprio como uma pessoa fisicamente madura**. Deve existir a capacidade de começar a mudar a imagem de um *Eu infantil* que esteve ao cuidado dos pais, para um *Eu pessoa adulta*. Nesta tarefa desenvolvimental o adolescente deverá conseguir lidar e integrar as transformações do seu corpo como um processo natural de crescimento, e ver-se como uma pessoa fisicamente madura. Todos estes autores são unânimes em dizer que o despoletar da puberdade gera uma grande tensão no adolescente, maioritariamente relacionada à emergência da pulsão sexual e das necessidades que estas provocam. Num curto espaço de tempo percebe uma transformação profunda da sua imagem, podendo viver este processo com natural ansiedade pela comparação de si próprio com os pares (Lansford & Banati, 2018; Branco, 2013; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012; Braconnier, 2003; Strech, 2002; Sampaio, 2002; Braconnier & Marcelli, 2000; Laufer, 2000; Blos, 1998; Fleming, 1993) Perante a transformação pubertária o adolescente é confrontado com dois desafios: (1) a necessidade de manter um sentimento de continuidade da sua existência num corpo em mudança, e (2) a necessidade de integrar essa transformação pubertária no funcionamento psíquico, ambos essenciais na formação da identidade pessoal. O adolescente procura gradualmente apropriar-se do corpo, e a forma como cuidará dele, sendo objecto de extremo cuidado ou descurando-o e abandonando-o, revelará fielmente o tipo de relação que o adolescente estabeleceu com os pais ou figuras substitutas parentais (Oliveira, Silva Marinho & Souza, 2019; Sampaio, 2003, 2002; Strech, 2002).

Consideramos que, à medida da evolução e ritmo do estudo sobre o desenvolvimento humano, vai sendo importante criar consensos quanto à relevância de cada referencial, uma vez que cada perspectiva teórica enfatiza diferentes dimensões deste desenvolvimento (genética, neurodesenvolvimental, cognitiva, comportamental, social) tendo efetiva expressão na produção de importante conhecimento. Mesmo que algumas questões continuem sem resposta específica, nomeadamente sobre se o desenvolvimento será passivo ou ativo, ou se ocorrerá por etapas, ou se será contínuo, acreditamos que será necessário que ocorra cada vez mais integração de perspectivas, visando respostas aos desafios emergentes (Lansford & Banati, 2018; Branco, 2013; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012; Brown, 2005). Um dos autores que procurou produzir um modelo de maior abrangência, que permitisse compreender o desenvolvimento humano, foi Bronfenbrenner.

A Teoria bioecológica de Bronfenbrenner postula que para compreendermos o desenvolvimento humano, é necessário considerar, para além das capacidades cognitivas, motoras, afetivas e perceptivas de cada ser humano, também as interações e os padrões relacionais que se desenvolvem ao longo do tempo, em diversos contextos. Existem quatro elementos básicos dinâmicos e inter-relacionados que são necessários identificar, para se compreender o desenvolvimento humano através deste modelo: a pessoa (P), o processo (P), o contexto (C) e o tempo (T). Neste modelo, o adolescente é entendido como uma pessoa ativa, com características próprias, produto e produtor do seu desenvolvimento, com a sua forma de lidar com as suas experiências de vida. O Contexto é apresentado por uma hierarquia de sistemas interdependentes: microsistema (ambiente em que uma pessoa interage bidireccionalmente com os outros, de forma direta e quotidiana), mesossistema (é um sistema de ligações entre dois ou mais ambientes dos quais uma pessoa faz parte), exossistema (é um sistema de ligações entre dois ou mais ambientes, um dos quais não tem a pessoa em desenvolvimento) e macrosistema (é o sistema de padrões culturais, gerais que envolve todos os microsistemas, meso e exossistemas da sociedade) e, por fim o cronossistema (referente aos efeitos do tempo em todos os sistemas referidos) (Lansford & Banati, 2018; Branco, 2013; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012). Na adolescência, a família é considerada o principal microsistema do desenvolvimento, porque nesta ocorrem as interações mais diretas e as experiências significativas para a pessoa, tendo como responsabilidades educar os adolescentes para a compreensão de valores e conceitos básicos, de forma a estes conseguirem adquirir papéis e realizarem tarefas progressivamente mais complexas e diversificadas, assim como desenvolverem competências sociais. O autor enfatiza a importância da família nos processos interacionais, comunicacionais e práticas educativas. Destaca-se o caráter dinâmico do funcionamento interno do microsistema, que recebe constantemente influências de outros contextos, face ao seu desenvolvimento, clima emocional, bem-estar. As influências bidirecionais entre a pessoa e os contextos são consideradas ao longo do tempo, perspetivando-se a pessoa em constante desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1999; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Senna & Dessen, 2012).

Consideramos que as duas abordagens anteriores apresentadas sobre o desenvolvimento humano, não colocam em causa a abordagem socio-histórica e antropológica que temos vindo a apresentar. Esta, é entendida igualmente, como uma abordagem global, que vê o ser humano inserido no seu meio, procurando compreendê-lo em relação aos seus valores, crenças, costumes, hábitos de vida, num processo não linear, nem unidirecional, mas que coloca a dimensão singular e temporal como importantes para a compreensão do desenvolvimento

humano na atualidade (Collière, 1999). Ainda que aceitemos um referencial eclético, elegemos as abordagens sociohistórica e humanista-existencial para conceptualizar a “adolescência” que se desvincula da(s) formas da naturalização da adolescência generalizáveis e abstratas, imputadas ao tema por outros referenciais. Consideramos que ao elencarem características comuns, retiram a singularidade ao ser que vivencia esta *forma de estar* no mundo. Neste sentido, e procurando estabelecer uma relação com a conceptualização em Enfermagem para abordarmos o tema da pessoa do adolescente, baseamo-nos no referencial gestáltico, regressando também a Collière e Foucault, como anteriormente referido (Branco & Silva, 2017; Baroncelli, 2012; Müller-Granzoto & Müller-Granzoto, 2007; Perls, 1947).

3.2 Perspetiva sociohistórica e humanista-existencial

Vários autores que vêm estudando a “adolescência” referem que este conceito é relativamente recente na história da humanidade (Braconnier & Marcelli, 2000; Sampaio, 2002; Braconnier, 2003; Facci & Tomio, 2009; Barocelli, 2012;). Entendem a “adolescência”, como grupo social autónomo, com uma especificidade própria, caracterizando vários anos de existência, que terá surgido pela altura dos séculos XVIII e XIX. Etimologicamente, a palavra adolescência deriva do latim do termo *adolescere* que significa crescer. No entanto, a primeira referência ao termo adolescência surge na Idade Média, época em que *“as idades eram uma forma de conceber a biologia humana (...) e correspondiam ao número dos planetas, sete, em que a segunda idade pueritia ocorre entre os sete anos e os catorze anos, depois segue-se a terceira idade que é chamada de adolescência que termina segundo Constantino em seu viático no vigésimo primeiro ano, mas segundo Isidoro dura até aos 28 anos e pode estender-se até 30 ou 35 anos. É chamada de adolescência porque a pessoa é bastante grande para procriar”*, identifica-se nesta citação, já uma tentativa de organização do desenvolvimento humano, por estádios (Ariès, 1986, p. 36). Após a Idade média perde-se o termo até cerca do ano 1900, sendo substituído pelas designações de jovem ou juventude, não numa tentativa de definição cronológica desta etapa de vida ou de destaque particular por ser um período que merecesse atenção, mas antes no sentido moralizador conotado sob a forma de apelo às virtudes de força e coragem, e feitos heróicos realizados pelos jovens tendo em vista exercícios militares ou defesa do grupo social (Braconnier & Marcelli, 2000; Sampaio, 2002).

Segundo Wall (1975) o aparecimento da “adolescência” no desenvolvimento humano, foi determinado por fatores socioeconómicos que condicionaram o prolongamento da dependência dos jovens. Outros autores (Philippe, 1973; Braconnier & Marcelli, 2000; Sampaio, 2002)

atribuem o aparecimento da “adolescência” como consequência da alteração da sociedade de organização doméstica, pela sociedade industrial e da substituição dos papéis de uma face à outra. Antes da era industrial, a família detinha o controlo das atividades das crianças e jovens que funcionavam como unidades produtivas, e era responsável pela sua educação e ensino do trabalho. Com o início da industrialização ocorre o fenómeno migratório e muitas famílias deslocam-se do meio rural para o meio urbano, substituiu-se o trabalho agrícola pelo trabalho operário industrializado, obrigando à permanência de muitas horas de trabalho fora de casa. Passa-se da “oficina doméstica” para a “oficina dos patrões” e as crianças e jovens aprendem um trabalho fora da família (Guerra, 1977; Ariès, 1986). Referem estes autores que “(...) de criança passava imediatamente a pequeno adulto, vestido como os homens ou como as mulheres, no meio deles, sem outra distinção a não ser o tamanho” (Ariès, 1986; Braconnier & Marcelli, 2000, p.39).

Sampaio (2002) destaca os fatores mais significativos que contribuíram para a explicação da situação atual do adolescente na família contemporânea: (i) a dependência do jovem na família devida à imposição de crescentes necessidades de educação; (ii) a era industrial e o trabalho pago que permitiram que os jovens trabalhassem fora de casa o que levou a auferir maior rendimento económico à família; (iii) e o aumento da escolaridade que ampliou o tempo de permanência do jovem em casa dos pais, tornando possível prestar mais atenção aos seus problemas ou necessidades. (Aguiar, Bock & Ozella, 2001; Sampaio, 2002)

A permanência do adolescente na escola e na família criou novos desafios que levaram ambas as instituições a adaptarem-se a outros papéis, inexistentes até à relativamente pouco tempo na história (Braconnier & Marcelli, 2000; Sampaio, 2002)

Paralelamente a todas estas transformações económicas, sociais e culturais que permitiram ir explicando o aparecimento da “adolescência” num determinado período histórico, atualmente está considerada limitada ou desadequada ter-se uma visão de “adolescência” única, dado que estudos sobre a adolescência entre culturas, revelam que esta fase da vida não é inevitável, nem é necessariamente vivida pelos adolescentes de determinada cultura da mesma forma, considerando-se um conceito socialmente construído (Larson et al., 2002; Facci & Tomio, 2009). Assim, abordar a “adolescência” como etapa de desenvolvimento natural por via de maturação biológica, ou um período de mudança e transitoriedade no desenvolvimento, não condiz com os avanços nas perspetivas teóricas socio-históricas (Brown, 2005; Facci & Tomio, 2009). A partir do trabalho de Margaret Mead (1930), houve um incremento da discussão sobre as questões do desenvolvimento humano relacionadas com a influência da cultura. Um outro contributo importante da psicologia histórico-cultural surge com o trabalho de Vygotsky (1896-1934), que assume a constituição do psiquismo humano através da mediação das relações

sociais, importando uma diferente abordagem à compreensão do desenvolvimento humano e, também da “adolescência” como criada pela sociedade moderna, uma vez que os autores referem existir indicação clara da sua constituição histórica dado que não surgia nos discursos de todas as sociedades a alusão à “adolescência”, passando de criança a adulto diretamente desde há cerca de 100 anos (Vygostky, 2000; Facci & Tomio, 2009; Baroncelli, 2012).

Neste sentido, no que se refere à “adolescência”, os princípios da universalidade e homogeneidade são postos em causa uma vez que esta se vive de forma distinta conforme o país, o processo de socialização, a família, os contextos sociais, económicos e culturais. O construto “adolescência” não considera o ser humano-adolescente, diferenciado e singular com a sua forma de estar no mundo, com condições de desenvolvimento intelectual e potencialidades que o abrem para a consciência social, conhecimento da ciência e da arte, passando a compreender a realidade e a si mesmo ..., pelo que *“a nossa visão é sempre parcelar e só por abstracção e comodidade poderemos falar do “adolescente”* (Sampaio, 2003, p.100; Facci & Tomio, 2009; Baroncelli, 2012).

Concordamos com Barocelli (2012) quando afirma que a “concretude da existência do ser-no-mundo se manifesta em cada adolescente” (p.191) por via da sua singularidade. A partir do trabalho de Kurt Lewin (1950) sobre a adolescência, este autor identificou a dinâmica do comportamento das vivências de adolescentes não o generalizando, e enfatizando que a “adolescência” seja vista como um fenómeno diferenciado para cada pessoa. É neste período que o adolescente se questiona e sente necessidade de esclarecer muitas questões existenciais com que se depara, que implicam tomadas de decisão íntimas e, que só podem ser compreendidas no âmago das suas relações únicas e complexas com o(s) mundo(s) com que se relaciona. Na sua teoria, considera que o *Self “is experienced as a region within the whole field”* (p.167), conceito que veio contribuir para o conceito de *Self* em gestalt.

O *self* na abordagem gestáltica, não se refere a uma entidade fixa ou instância, mas antes a um “processo especificamente pessoal e caraterístico da sua maneira própria de reagir, num dado momento, num dado campo, em função do seu estilo pessoal” (Ginger & Ginger, 1995, p. 126). Significa que o *self* não é somente o seu ser, mas é antes o seu *ser-no-mundo*. Goodman, estabeleceu o *self* como um processo permanente de adaptação criativa do ser humano ao seu meio interior e exterior e, portanto, que existe em interação consigo, com os outros e com o meio, e que se expressa através do *processo humano de contato* (Perls, 1947; Perls, Hefferline, & Goodman, 1979; Ginger & Ginger, 1995, p. 126; Baroncelli, 2012; Raffagnino, 2019).

Nesta perspectiva, a pessoa e, neste caso a pessoa-adolescente é entendida como um ser de relação em processo *de tornar-se* através de trocas constantes e criativas com o meio, que por intermédio da interação se expressa através do processo de contato (Perls, 1947; Müller-Granzoto & Müller-Granzoto, 2007; Baroncelli, 2012; Raffagnino, 2019). A forma como qualquer pessoa *entra em relação* é particularmente significativa para o sucesso ou dificuldades sentidas ao longo das interações que estabelece, uma vez que é reveladora da sua forma de *estar e ser-no-mundo*, e, portanto, da originalidade do seu ser. Porém, este tema surge neste momento neste referencial, em ligação ao processo de contato e à sua referência nos referenciais de enfermagem.

Alguns teóricos de enfermagem basearam as suas fontes teóricas a partir de referenciais de outras disciplinas: antropologia, biologia, física, psicologia, sociologia, pedagogia. Em particular, pelas décadas de 60 e 70, as Teóricas da Escola da Interação e dos Seres Unitários foram fortemente influenciadas por toda a inerência deste conhecimento. King (2004) apresenta o seu conceito de *self* como “o individuo como é conhecido pelo individuo. É ao que nos referimos quando dizemos Eu” (King, 2004, p. 382) não o estabelecendo em total interação com o ambiente, embora considerasse que “o ser humano já via o mundo como uma pessoa total na realização de transações com indivíduos e coisas no ambiente” (King, 2004, p. 383). Salientamos que uma das Teóricas de enfermagem que se baseou na psicologia Gestalt foi Betty Neuman, que alterou a designação do termo *holistic* para *wholistic*, enfatizando a dimensão totalidade, na medida em que considerou os seres humanos “como um todo cujas partes estão em interação dinâmica” (Neuman, 2004, p.337).

Denotamos esta influência em particular, na transição do paradigma da integração para o paradigma da transformação, ao revermos o metaparadigma nas Escolas de Pensamento da Interação, do Ser Unitário e do Cuidar. Identificámos a sua tendência nos quatro conceitos que o formam: em particular, no Paradigma da Transformação cuja **abertura ao mundo** permite considerar a **Pessoa** “*um ser aberto, tendo a capacidade de agir em sinergia com o universo (...)*” (Kérouak, 1994; Lopes, 1999, p.44-68), a **Saúde** como um valor e um processo contínuo de procura de bem-estar e harmonia com o seu ser, tal como vivido por cada pessoa. Também o **Ambiente** na perspectiva das escolas de pensamento do Ser Unitário e Cuidar é interpretado “*como o campo formado por todos os contextos (sociais, culturais, políticos, ...) onde cada pessoa, grupo ou comunidade interage*” e, os **Cuidados de Enfermagem** aceitam a pessoa como *co-participante* nas suas experiências de saúde, promovendo-a no sentido da procura do equilíbrio harmonioso e bem-estar de cada pessoa, tal como é sentido por esta, sendo

igualmente reveladores das pessoas e profissionais que as enfermeiras são, nesta interação. (Kéroouak, 1994; Lopes, 1999, p.44-68; Alligood & Tomey, 2004).

A evolução de pensamento em enfermagem ao longo dos três paradigmas, é notória, chegando-a uma dimensão dialógica e de coparticipação. Uma das teóricas que deu um importante contributo foi Hildegard Peplau. Esta teórica (1909-1999) apresenta na sua teoria das Relações Interpessoais o conceito de enfermagem psicodinâmica como “(...) ser capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, e a aplicar os princípios das relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência” (Peplau, 2004, p.426). Também Joyce Travelbee (1926-1973) através do seu Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa, rompe com o conceito de doente considerando-o um estereotipo útil à economia comunicativa, afirmando que existem seres humanos com necessidades de ajuda. Na sua teoria explicita que o conceito de interação se “refere a qualquer **contato** durante o qual dois indivíduos exercem influencia recíproca, um sobre o outro e, comunicam verbal ou não-verbalmente”. Na perspetiva da **interação enfermeira-pessoa**(doente) defende que se “...refere a qualquer **contato** entre uma enfermeira e uma pessoa doente e, caracteriza-se pelo facto de ambos ... verem o outro de forma estereotipada” (Travelbee, 2004, p. 470). Sendo um conceito que trás alguma ambiguidade na sua interpretação, levando-nos desde há algum tempo a questionar qual o sentido de contato a que esta teórica se referiria?!

É também através da teoria de Travelbee (que tendo falecido muito nova, lamentavelmente, não pode aprofundar os conceitos da sua teoria) que identificamos a comunicação como uma estratégia basilar para estabelecermos uma relação com os outros, em particular com o ser do adolescente, uma vez que neste conceito “**a comunicação** é um processo que pode permitir à enfermeira estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa e, conseqüentemente, satisfazer o propósito da enfermagem, nomeadamente, assistir pessoas (indivíduos) e as famílias na prevenção e lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se **necessário ajudá-los a encontrar sentido nessas experiências**”. A forma como Travelbee sugere que os enfermeiros o façam, surge através do conceito de **Uso Terapêutico do Self** entendido como a “... capacidade de usar a sua personalidade conscientemente e com total conhecimento, numa tentativa de estabelecer uma relação e de estruturar a intervenção de enfermagem. (...) Requer auto-perspicácia, auto-conhecimento, uma compreensão das dinâmicas do comportamento humano, capacidade para interpretar o seu próprio comportamento bem como o comportamento dos outros, e a capacidade para intervir eficazmente em situações de enfermagem” (Travelbee, 2004, p. 469). Por via da necessidade de

se compreender esta capacidade de usar a sua personalidade conscientemente (...) e pelo facto desta teórica não clarificar o que entende por *contato*, recorreremos a este conceito por via da gestalt pela importância e centralidade do mesmo. Não se pode definir Contato em gestalt sem estar em ligação ao conceito de *Self* (já referido), mas simplificado por Raffagnino (2019): o *Self* existe em interação com os outros e expressa-se através de processos de contato humano: “um processo psicológico em que é possível conhecermos o nosso *Self*, o dos outros e o meio” (Raffagnino, 2019, p.70), deixando antever que ao longo das interações humanas-meio, existem diferentes tipos de contato alguns dos quais funcionais, criativos, adaptativos, mas outros disfuncionais, estando este processo inevitavelmente relacionado com a tomada de consciência.

3.3 O ser-adolescente e o Cuidado de Si

É a partir deste momento, em que viemos explicitando conceitos de vasta importância em enfermagem com alguma clarificação em outros referenciais, que vamos estabelecer a relação com o *prelúdio do cuidado de si pela pessoa: ser-adolescente*. Anteriormente, já explicitámos que consideramos qualquer ser humano um ser de relação em processo de *tornar-se*. Tomámos a decisão de ancorar este pensamento na Teoria de Parse - Tornar-se Humano - por todo o pensamento que temos vindo a construir se integrar no Paradigma da Simultaneidade, que entende a inseparabilidade e irredutibilidade entre o ser humano, o universo e a saúde (Lins et al, 2013; Parse, 2004). Este *tornar-se* adquire sentido na Teoria de Parse (2004) por via do conceito **cotranscender** que integra a dimensão de *possibilidade(s) de vir a ser* de Heidegger e, cotranscender significa “prover de energia formas únicas de gerar no processo de transformação (...) as pessoas estão sempre a comprometer-se e a escolherem uma de infinitas possibilidades (Hickman, 2000; Souza, Rosseto, & Sodré, 2000; Parse, 2000, 2004, 2018). “As escolhas refletem o modo como a pessoa se desloca e muda no processo de tornar-se. Os três conceitos deste princípio, são: (1) prover de energia, (2) originar e (3) transformar” (Parse, 2004, p.599). Entende a autora que os enfermeiros na forma como estão com os outros, podem ajudar ou dificultar os esforços das pessoas nessa transforma o e, as/os enfermeiros que valorizam este sistema de crença tornar-se humano, agem com o seu ser em verdadeira presença com os outros, enquanto estes lhes revelam o significado da situa o. O ser-adolescente enfatiza algumas qualidades dos enfermeiros nas escolas, quando precisam de dialogar com eles, que podem ser coincidentes com a presença verdadeira dos enfermeiros. Enaltecem a autenticidade, respeito, aten o a si, sinceridade e acessibilidade (Johansson & Ehnfors, 2006), levando-nos a sentir curiosidade quanto às práticas de cuidados que o ser-adolescente poderá ter nas escolas, que o levem a relacionar-se com um enfermeiro neste espaço.

O ser-adolescente é um ser em emergência de tornar-se humano e, precisa atender ao cuidado de si para viver enquanto existente e, para manter saúde e bem-estar. Referimos anteriormente que Foucault enfatiza o **cuidado de si enquanto prática para toda a vida** (uma vez que o ser humano aparece como o ser a quem foi confiado o cuidado de si, marcando uma diferença em relação aos outros seres vivos (...) o ser humano deve velar por si mesmo), e enquanto **possibilidade de conhecimento e transformação**, através da prática de cuidados a si. Distingue *epiméleia heautoû* (cuidado de si) de *gnôthi seautón* (conhece-te a ti mesmo) referindo que *epiméleia heautoû* “é uma atitude para consigo, para com os outros e para com o mundo (...) é uma certa forma de atenção, de olhar (...). Cuidar de si implica converter o olhar do exterior (...) «para si mesmo»” (Foucault, 2006, p.14) podendo surgir como preocupação de si ou surgir através de outras fórmulas. E só a partir deste (re)torno a si ocorre o *gnôthi seautón: ou seja, o cuidado de si é “o terreno”* a partir do qual cada ser se pode conhecer a si mesmo. Também Collière (1999) refere que “cuidar é um ato individual que cada pessoa presta a si própria desde que adquire autonomia” (p. 235). Apresenta no seu esquema da curva de evolução do recurso aos cuidados em função da idade, a curva dos cuidados inversamente proporcional à curva de idades. No entanto, compreende-se que a curva respeitante à “adolescência” ainda não atingiu o seu máximo expoente, despertando a atenção para a necessidade do ser-adolescente criar possibilidades de cuidado de si, e através destas poder conhecer-se a si próprio, e não só entender o cuidado de si como conjunto de práticas ou rituais ao corpo físico. É nesta perspetiva que Foucault se refere à emergência de uma subjetividade, e Collière se refere às práticas que conferem bem-estar e equilíbrio (Collière, 1999; Foucault, 2006).

Este tema parece poder ter fortes possibilidade para a práxis de enfermagem com o ser-adolescente na escola, uma vez que neste processo humano de *ser com o outro*, os enfermeiros podem disponibilizar-se para ajudar o ser-adolescente no cuidado de si, da forma como ele o entende ou necessita. E ajudando o ser-adolescente a cuidar-se, potencia-se a consciencialização de dimensões ou aspetos, não cingidos somente à introspeção ou insight, mas antes no aprofundamento da atribuição de sentido ou significado às suas experiências na relação de si para si, de si para os outros e de si para o mundo.

Síntese do capítulo | Neste capítulo pretendemos apresentar a problematização teórica sobre a “adolescência”. Apresentámos duas perspetivas contemporâneas da psicologia do desenvolvimento, dentro do referencial contextual: Teoria do Curso de Vida e Teoria

Bioecológica de Bronfenbrenner, tendo referido as teorias clássicas da psicologia do desenvolvimento humano. Clarificámos os nossos referenciais sobre o adolescer a partir das perspetivas teóricas sociohistóricas e humanista-existencial. Revisitámos Teorias e Modelos de Enfermagem na transição dos paradigmas da integração e transformação, em particular conceitos-chave da Escola da Interação, do Ser Unitário e do Cuidar. Martha Rogers, Hildegard Peplau, Joyce Travelbee, Rosemarie Parse, entre outros teóricos de enfermagem, que deixam clara a perspectiva ontológica em enfermagem, em particular no sentido do uso de si enquanto Self terapêutico, mas também de cuidar enquanto ser em presença verdadeira.

Optámos pelo referencial de Rosemarie Parse, por via do paradigma da simultaneidade que vê o ser-adolescente como um ser em emergência de tornar-se humano, inseparável de si, do universo e da saúde. Neste âmbito, precisa atender ao cuidado de si para viver enquanto existente, pelo que retornámos ao Cuidado de Si e às práticas de cuidado com Collière e Foucault. Por um lado, os cuidados ao corpo do ser-adolescente sob forma de rituais e práticas, mas por outro lado, a partir destes dar-se conta do que faz a si, aos outros e ao mundo e, dessa forma, (re)refletindo sobre o que faz, pensa, e é, transformando-se e, emergindo uma subjetividade a partir do cuidado de si.

4. CONTRIBUTOS PARA A CIÊNCIA DE ENFERMAGEM

Referimos anteriormente que o Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar carece de caracterização a nível nacional. Sabemos que ele existe, porém, esta prática de enfermagem sem estar devidamente desocultada, é como que inexistente ou invisível.

Concordamos com Watson (1999) quando afirma que a Enfermagem, na globalidade, permanecerá *invisível* até termos conseguido definir a nossa identidade. Para continuar com o progresso fenomenal que foi feito no avanço do conhecimento de enfermagem, discussões e diálogos devem incluir uma tensão saudável entre vários desafios e paradoxos, porque estando abertos e atentos a estes, tomar-se-ão decisões quanto aos melhores caminhos que a disciplina de enfermagem poderá trilhar. Por isso, o percurso passará pela continuidade do diálogo, debate, e produção do conhecimento (Watson, 1999; Fawcett, 2012; Meleis, 2016).

Regressando à particularidade da enfermagem na saúde escolar, de alguma forma pensamos que pelo facto deste processo de cuidados de enfermagem ter sobrevivido ao longo de muitos anos em Portugal (cerca de 90 anos de existência, uma vez que identificámos que as referências às primeiras visitadoras escolares, a nível nacional, surgiram no período entre 1934-37), surge como prova irrefutável e manifesta de sobrevivência e subsistência ao longo do tempo. Acreditamos que a mesma, dirá algo - imerso nas suas características – referente à justificação de um cuidado indispensável à população que serve, que não é realizado ou realizável por outros profissionais.

Alguns autores, também referem que é da maior importância atestar provas de que a enfermagem realiza um “serviço” significativo a pessoas, grupos e comunidades. Os autores Northrup & Purkis (2001) referem que a enfermagem tem um papel a desempenhar na promoção da saúde e a revelarem os resultados da sua intervenção.

4.1 Problemática

Internamente dentro da profissão existe evidência de que a enfermagem tem legitimidade para contribuir com atividades destinadas a promover a saúde das pessoas (Caraher, 1994; Clarke & Cody, 1994; Gottlieb, 1992; Jenny, 1993; Morgan & Marsh, 1998), mas esta realidade não é similar ao nível de todos os países. Os autores Wainwrigth, Thomas, & Jones (2001) realizaram uma revisão sistemática, visando identificar a eficácia das intervenções dos enfermeiros escolares na promoção da saúde e, os resultados desta revisão foram

decepcionantes. Não conseguiram revelar tipologias da sua intervenção nem resultados alocados ao impacto da sua intervenção. Também outros autores corroboram dificuldades em revelar a intervenção dos enfermeiros escolares, que embora se tenha alterado de forma ímpar nos últimos 30 anos, por consequência do aumento da complexidade das necessidades em saúde das crianças e adolescentes nas escolas, continua a não ser clara esta intervenção (Broussard, 2007). Também outras exigências do sistema educativo exigem mais dos enfermeiros levando a identificar na literatura, achados que sugerem que os enfermeiros escolares experimentam níveis de frustração cada vez mais elevados (Junius et al, 2004). Nakia, Opewall & Travers (2018) realizaram uma revisão integrativa para descreverem as intervenções que os enfermeiros escolares tinham como eficazes na obtenção de resultados com os alunos e identificaram que a maioria dos estudos (80%) utilizou uma abordagem descritiva mas sem revelação de resultados expressivos, associados em termos de cuidados aos alunos. Sugerem os autores que a ciência de enfermagem escolar para ter maior expressão na comunidade científica, deverá adotar métodos de pesquisa mais rigorosos que consigam avaliar o impacto das intervenções dos enfermeiros escolares na saúde dos alunos e nos resultados em educação.

Alguns estudos têm investigado o papel e responsabilidades das enfermeiras escolares, mas poucos têm revelado interesse em caracterizar o processo de cuidado destas enfermeiras nas escolas, na tentativa de conhecer-se *o que fazem, como fazem e porque o fazem*.

A nível nacional, a Saúde Escolar, surge como o referencial do sistema de saúde para a promoção da saúde na escola (von Amann, Leal, & Monteiro, 2015) pretendendo aumentar “*o processo de promoção da saúde na escola, (...) desenvolver competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida*” (p.35). O enfermeiro na saúde escolar está numa posição privilegiada para influenciar a saúde dos jovens, sendo percebido como um profissional merecedor de confiança, cuidador e elemento externo ao staff da mesma (Sendal, 2009). Em vários países do mundo de que são exemplo o Canadá, Austrália, Reino Unido, Dinamarca, Estados Unidos entre outros, a enfermagem escolar é apontada como uma estratégia de sucesso de saúde pública (NASH, 2011; Sendal, 2009).

Em Portugal, como referimos, não existe evidência sobre este assunto. Por um lado, encontra-se um vazio literário sobre saúde escolar portuguesa e ainda mais agravado sobre enfermagem na saúde escolar portuguesa. Por outro lado, estudos de investigação realizados não incidem sobre os ganhos em saúde resultantes do processo de cuidado da enfermagem escolar. Vários estudos revelam intervenções de enfermagem relacionadas com a

implementação de projetos ou programas desenvolvidos nas escolas para os alunos, porém sem continuidade no tempo, uma vez que estão intimamente relacionados com a realização dos processos de formação avançada destes enfermeiros por via da aquisição do grau de mestre, ou títulos de enfermeiros especialistas, em torno de três áreas de especialidade: saúde infantil e pediátrica, saúde comunitária e saúde mental.

Evidência de um estudo português realizado com enfermeiros dos cuidados de saúde primários, sugere que *“há muito trabalho da enfermeira que não está identificado (...) e, portanto não é visível”* (Basto, 2005) apontando como prioridade, estudar o cuidar de enfermagem na prática, pressuposto que esteve na génese da origem deste estudo.

Recolocamos a este nível, diversas questões sobre o Processo de Cuidado de Enfermagem na saúde escolar com adolescentes: sofrerá este influência de paradigmas de outros ramos de saber? Existirá efetivamente uma prática de enfermagem na saúde escolar? se sim, como se revelará ? O que nos poderá desvendar esta prática do processo de cuidados de enfermagem, ocorrendo num contexto educativo?

4.2 Contribuindo para a Ciência de Enfermagem

Collière (1999) refere que reconhecer cuidados de enfermagem é interrogarmo-nos sobre o que os caracteriza. Acrescenta esta autora que **“identificar os cuidados de enfermagem é tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração: os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e valores em que se fundam”** (Collière, 1999., p.234). Pareceu-nos deveras importante reter o enfoque sobre esta premissa da autora: *dar atenção ao corpo de elementos que se evidenciarão* como referências do processo de cuidados de enfermagem na saúde escolar. A mesma autora defende ainda que este *“(…) processo é uma tentativa de análise de uma situação que visa identificar a natureza das necessidades ou problemas de saúde, vividos por uma ou mais pessoas, num dado meio, e que requerem: cuidados de enfermagem.”* (Collière, 1999., p.293).

Parece-nos então possível afirmar que esta autora sugere dois propósitos para legitimar a profissão de enfermagem. Por um lado, afirma ser fundamental demonstrar-se que cuidados de enfermagem devem revelar mais valias em termos da indispensabilidade de um “serviço” em determinadas circunstâncias da vida das pessoas; e por outro lado, enfatiza que este serviço possa ser exclusivo dos enfermeiros, ou pelo menos que não seja “ocupado” por funções de outros grupos profissionais. cremos que está implícito no seu pensamento, o valor de oferecer um “serviço” imprescindível à sociedade.

Partindo desta premissa, que nos parece ter atualidade em qualquer época, concordamos com o facto de que profissão e disciplina devem construir pontes de diálogo e criar consubstancialidade entre si. A enfermagem possui uma base de conhecimentos rica para desenvolver teorias ou modelos de cuidado, que podem transformar as formas como a saúde é promovida e valorizada na prática de cuidados, na educação em enfermagem e na administração (Collière, 1999; Bender & Feldman, 2015).

A reflexão sobre estas questões acompanham-nos há vários anos. Neste sentido pudemos ir refletindo e questionando-nos sobre estes assuntos, conduzindo-nos neste estudo, a contribuir com a produção de humilde conhecimento para a disciplina de enfermagem. Percebemos com Collière que poderia ser interessante caracterizar uma prática de cuidados e, nesse sentido, a partir da compreensão desta autora, entendemos que implicava: (1) contribuir para identificar elementos (conhecimentos, instrumentos, crenças e valores) implícitos na natureza dos cuidados de enfermagem dessa prática; mas também que a realização de tal pesquisa deveria (2) partir da análise de situações sobre a natureza das necessidades das pessoas ou de problemas de saúde destas, num determinado contexto.

Indiscutivelmente, o valioso património teórico de enfermagem tem sido fundamental para registar a evolução do corpo de conhecimento da Disciplina de Enfermagem, assim como difundir discussão e promoção do pensamento teórico para o progresso e afirmação da mesma. Tal como disciplinas de outras áreas de conhecimento, que clarificam, aprofundam e defendem os domínios específicos das suas disciplinas, também esta tem que continuar a ser uma finalidade da disciplina de enfermagem.

Atualmente, considera-se o conhecimento como processo e produto e, todas as três formas de raciocínio – indutivo, dedutivo ou abdução - desempenham papéis importantes no desenvolvimento do conhecimento. Cremos em acreditar e concordar que o mérito de uma teoria encontra-se na sua aplicabilidade prática e útil para a resolução de problemas da disciplina, ou potenciar possibilidades de desenvolvimento desta. E, quer a ciência utilize métodos modernistas, históricos, ou hermenêuticos, estará sempre incompleta sem uma abordagem crítica ao trabalho.

As teorias procuram apresentar interligação de conceitos abstratos provenientes de dados empíricos ou fenómenos concretos sobre algum aspeto do mundo. Reed (2018) associa mudanças na estrutura da ciência pelo reflexo de três grandes perspetivas (1) sintática, (2) Semântica e (3) Pragmática. A estrutura da teoria sintática baseia-se no raciocínio lógico-dedutivo. A Estrutura semântica trouxe contributos uma vez que reconheceu a teoria como uma

estrutura parcial do mundo que possibilitou ligar teorias, modelos e dados “naturais” para construir o conhecimento científico. Relativamente à **estrutura da teoria pragmática**, a que tem maior coerência com o intermodernismo, esta reconhece a multiplicidade de abordagens ao desenvolvimento teórico, e imensa variedade de objetivos. É uma abordagem que acolhe a estratégia criativa na produção e desenvolvimento do conhecimento científico. O foco desta estrutura direciona-se para situações mais circunscritas, quer no mundo real, quer em sistemas hipotéticos. Pelo seu âmbito mais restrito, que reflete a filosofia subjacente, revela verdades parciais e locais, da utilidade do conhecimento e da diversidade de visões teóricas na representação e explicação da realidade. A perspectiva intermoderna, considera o desenvolvimento do conhecimento como profundamente desafiador, em particular pela teoria pragmática que acomoda diversidade de estratégias, incluindo modelos e abordagens para enfrentar os reptos sobre a complexidade dos fenómenos dinâmicos.

A perspectiva do intermodernismo quanto à relação entre teorias e modelos, adota a posição dos modelos poderem parecer funcionalmente autónomos, porém derivam da teoria e nunca se poderão desvincular desta. Podem funcionar como mediadores entre a teoria e o mundo para permitir, ou contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico. Na ótica do intermodernismo, os modelos funcionam para representar o que o utilizador identifica como as ideias teóricas centrais, conjuntos de dados ou fenómenos particulares.

Como Filosofia de Enfermagem da Ciência, o Intermodernismo insere na ciência, e no desenvolvimento do conhecimento científico, outro tipo de prática social – o da prática profissional de enfermagem. A nossa escolha pelo Intermodernismo e movimento pragmático (que alicerçou a teoria e a dimensão metodológica da investigação neste estudo) baseou-se em algumas condições que tais como: a igualdade de autoridade intelectual, que exige a inclusão intencional de enfermeiros praticantes no desenvolvimento do conhecimento; abordagens mais criativa e inclusivas na ciência; e as práticas de enfermagem e as interações com os clientes são componentes constitutivas e não contextuais do desenvolvimento do conhecimento. (Reed, 2019).

Concordamos com vários autores sobre a necessidade da ciência de enfermagem necessitar de posicionar-se face ao paradigma dominante (positivista) e neste tempo pós-moderno, tanto a ciência como o conhecimento e o metaparadigma pessoa, ambiente, saúde e cuidado de enfermagem precisam reafirmar-se aos pressupostos da era pós-modernista. Concordamos com (Rorty, 1980) quando explicita que a preocupação pela verdade no pós-modernismo é substituída por uma preocupação pelo significado e utilidade. A pós-

modernidade possibilita-nos procurar a significação das experiências por múltiplos processos sem reduzir os significados a características empiricamente verificáveis. E a utilidade de um pensamento é o seu mérito prático, acompanhado pelo significado dessa praticidade para os seres humanos na sua busca de saúde e bem-estar. Não se aceitando abordagem únicas, mas antes múltiplas visões na procura do conhecimento visando uma libertação do pensamento, identificamo-nos com a era pós-modernista no sentido da temporalidade das ideias, os dados da investigação situam-se num contexto e o significado da realidade é transcendente.

Embora a teoria seja fundamental para o progresso geral de disciplinas científicas, como a disciplina de enfermagem, a contribuição mais significativa reporta ao facto dos teóricos/cientistas de enfermagem efectivarem-no em pensamento teórico (Meleis, 2016). Cientistas de enfermagem têm demonstrado pensamento teórico e estão entre os enfermeiros que não só desafiaram o modelo biomédico, como também conceptualizaram proativamente conceitos específicos de domínio da enfermagem, fornecendo bases para identificar perspectivas de enfermagem e para definir domínios desta disciplina (Meleis, 2016).

Com Rogers surge uma importante alteração do pensamento de enfermagem que permite alavancar *o Ser dos enfermeiros no Cuidado a outros seres humanos*, cada um com a sua singularidade, sofrendo influência dos ambientes em que interagem. Este enfoque no *Ser dos enfermeiros* é também estudado com Hildegard Peplau, Betty Neuman e Travelbee. Para acontecer o Cuidado de Enfermagem, efetivamente - o **Cuidado** - assente na perspectiva humanista, constitui-se como o foco central da Enfermagem. Segundo Chinn & Krammer (2018) a partir do estudo de Carper (1978), onde esta autora identifica os quatro padrões de conhecimento: empírico, estético, pessoal e ético, acrescem o padrão de conhecimento emancipatório conceptualizando-o como o conhecimento reflexivo que os enfermeiros devem realizar relativamente a cuidados que possam ser melhorados, visando ganhos para a sociedade em geral no futuro. Ou seja, é um tipo de conhecimento que está relacionado com o cuidado em termos de justiça social. O que nos leva a questionar: de que formas se revestirão estes processos de cuidado? Como cuidam os enfermeiros das pessoas nos processos de saúde e doença, tendo relevância social?

De acordo com esta autora (Meleis, 2016) existem duas maneiras de considerar a relação entre a teoria de enfermagem e o diagnóstico de enfermagem: primeiro, pode-se considerar como a teoria de enfermagem influenciou o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem; e em segundo lugar, pode-se considerar como o diagnóstico de enfermagem tem contribuído para o desenvolvimento de teoria de enfermagem. Diagnósticos de enfermagem ou

intervenções de enfermagem, no entanto, não emergiram de uma abordagem ou corrente filosófica coerente ou de um domínio teoricamente definido. Embora representem realidades da intervenção dos enfermeiros, que participaram do desenvolvimento das taxonomias e das classificações, elas não representam a maioria do processo de cuidados de enfermeiros que cuidam de clientes e comunidades desde há muitos anos (Meleis, 2016). Têm surgido críticas sucessivas a esta redutora visão da enfermagem – inerente às classificações e taxonomias – no sentido de que não revelam as assunções filosóficas inerentes ao processo de cuidados dos enfermeiros e, portanto, não prestigiam a ontologia da disciplina de Enfermagem (Reed, 1997; Fawcett, 2005, 2012; Parse, 2018). Porém, Meleis (2016) coloca interrogações sobre até que ponto o desenvolvimento das taxonomias informarão ou restringirão o desenvolvimento das teorias interpretativas em enfermagem? Referindo que esta deve ser uma das questões que deve ser abordada no contínuo desenvolvimento e progresso da teoria.

O século XXI será conhecido como o século da hibridização disciplinar. Será o século em que a compreensão de questões de saúde, doença, intervenção e recuperação não poderão ser abordadas a partir das “lentes” de uma só disciplina ou ciência. Será conhecido como o século da parceria, colaboração e interdisciplinaridade (Meleis, 2016). Acreditamos que existirão fenómenos da disciplina de enfermagem que podem coexistir com intervenção de outros ramos de saberes, o que nos incutirá responsabilidade para, juntamente com outros autores, criarmos espaços dialogantes sobre a interdisciplinaridade (Meleis, 2016).

PARTE II – CLARIFICANDO O PERCURSO DO ESTUDO EMPÍRICO

“Qualitative research is many things at the same time.
It is Multiparadigmatic in focus.
Its practioners are sensitive to the value of the multimethod approach.
They are committed to the naturalistic perspective and
to the interpretative understanding of human experience”

Dezin & Lincoln (2005, p.7)

5. METODOLOGIA

Assistimos durante um largo período ao facto de a investigação qualitativa ter de se enquadrar nos princípios epistemológicos do paradigma positivista dominante, seguindo as premissas dos protocolos da investigação quantitativa para se poder afirmar e prevalecer. Uma das principais consequências resultante da predominância desta prática pela realização de estudos de investigação de abordagem quantitativa em ciências humanas e sociais, foi confirmar que efetivamente a investigação quantitativa permite verificação rigorosa de hipóteses nos estudos, medição de resultados e predição, mas dificilmente possibilita compreender em profundidade a dinâmica dos fenómenos humanos e sociais. Ou seja, ao longo do tempo os resultados de estudos quantitativos, face a fenómenos em que a subjetividade e interpretação humanas - que consideram o acesso ao simbólico tendo como objetos de estudo valores, crenças, atitudes, emoções, sentimentos, interações e relação - foram sentindo-se como insuficientes ou precários (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Liamputtong, 2019; Dezin & Lincoln, 2005).

Esta dificuldade resultou em oportunidade para a afirmação de diferente tipologia de métodos de investigação nas ciências sociais e humanas. Atualmente, ambas as abordagens vêm sendo aceites e, entendidas como complementares na produção do conhecimento (Goméz, 2021; Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021).

Reportando-nos em específico ao paradigma de pesquisa qualitativo, situamo-nos no pensamento dos autores anteriores quanto à premissa de que os métodos de indagação implicam a apreensão de significados que nunca são neutros, na medida em que se situam

temporalmente numa dimensão histórico-sociocultural, exigindo compreensão aprofundada de contextos, culturas, processos ou representações dos participantes, sendo alcançados quando se estabelecem relações entre fenómenos, inevitavelmente sujeitos a um exercício hermenêutico.

Neste sentido, importa ressaltar que no paradigma qualitativo subsistem interessantes discussões sendo uma delas a perspectiva da intervenção dos investigadores face a posicionamentos de neutralidade ou envolvimento nos fenómenos em estudo. Neste âmbito concordamos com a posição de Gómez (2021) quando refere que a capacidade do investigador para compreender o fenómeno acarreta participação na investigação. Por um lado, adotando uma atitude de constante abertura implicando a tomada de consciência dos próprios preconceitos como parte constitutiva deste processo compreensivo; e por outro lado, estando imerso no mundo social, apreende a realidade tal como se lhe apresenta, também no decurso da investigação (Gómez, 2021). A maioria dos autores defende que existem diversas abordagens metodológicas a poderem ser adotadas, relacionadas com a forma como cada investigador entende a verdade e a realidade e, que o desenho da investigação obtém consistência quando existe coerência entre as convicções do investigador e a forma como este se posiciona face a estes critérios (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Liamputtong, 2019; Dezin & Lincoln, 2005).

Neste âmbito assumimos uma posição socioconstrutivista na medida em que, propondo-nos conhecer uma prática de Cuidado de Enfermagem realizada em contexto educativo, assumimos uma perspectiva integrativa sobre o desenvolvimento do conhecimento científico - *socialmente construído* - através dos contributos dos participantes de enfermagem e dos outros atores sociais, assim como dos investigadores (nas dimensões anteriormente referidas, quanto à consciencialização dos seus preconceitos e apreensão da realidade do fenómeno em estudo). Neste âmbito, um dos primeiros passos que realizámos visou clarificar os nossos preconceitos face ao fenómeno em estudo.

“Ao nos aproximarmos deste campo substancial de intervenção acreditamos que a saúde escolar é uma área carente de referenciais teóricos e legislativos, refletindo-se na prática dos enfermeiros, aparentemente pouco sistematizada resultando em respostas diárias a várias solicitações das escolas. No contexto escolar são abordados por diferentes atores, que os solicitam para diferentes necessidades, não tendo constatado o registo dos mesmos pelos enfermeiros. O rácio enfermeiros/escola parece-nos perfeitamente desadequado, uma vez que 1 Enf.SE têm em média 3 agrupamentos de escola à sua responsabilidade e não tem muitos recursos internos (ACeS) para poder intervir. A título de exemplo, só recentemente os Enfermeiros na SE adquiriram computadores e um espaço para trabalharem. Passam muito do

seu tempo nas escolas. Temos dúvidas quanto à utilização dos instrumentos básicos de enfermagem. Não sabemos se têm espaço para a intervenção autónoma. Interrogamo-nos sobre diversas questões: efetivamente o que fazem os enfermeiros nas escolas? Como fazem e com que meios? Que referenciais usam? Que decisões tomam? Como planeiam os cuidados? Estas e muitas outras questões nos incentivaram a procurar respostas, motivo pelo qual nos decidimos pela metodologia da teoria fundamentada.” (Memo 1-investigadores | 11 abril, 2017)

Este posicionamento, situa-nos no paradigma de investigação entre a modernidade e a pós-modernidade, que defende a ciência como o meio preferido de construção do conhecimento, declinando o positivismo e o relativismo. Deste modo adotámos a perspetiva filosófica em ciência de Enfermagem do *Intermodernismo* que assenta numa ontologia sobre os processos de enfermagem inerentes ao bem-estar, assim como enfatiza o papel da prática no desenvolvimento e descoberta do conhecimento. Foi designado por *Intermodernismo* uma vez que a própria autora situa a sua perspetiva filosófica entre os paradigmas da modernidade e pós-modernidade sobre a ciência (Reed & Shearer, 2018; Reed, 2019). Queremos assim afirmar que este paradigma suplanta três objetivos científicos tradicionais: de que o conhecimento é objetivo, universal e permanente, por um outro núcleo de objetivos científicos que assumem uma perspetiva: plural, parcial e provisória da construção do conhecimento (Watson, 2002; Reed, 2019). Ainda assim, adota parcialmente o realismo científico cujo principal fundamento assenta na busca da realidade tal como esta existe. Vê as teorias científicas não como instrumentos, mas como descrições do mundo, ou de certas partes deste, aceitando não ser possível apreender sempre a totalidade da realidade de um fenómeno. Os realistas aceitam como Verdade teorias que fazem uso de elementos não observáveis, contrapondo-se ao pensamento anti-realista (Popper, 1980).

É nesta perspetiva - de permitir conceptualização teórica relacionada com dimensões não totalmente objetivas - que o *Intermodernismo* aceita subscrever parte da escola deste pensamento filosófico, existindo total relevância em posicionar aqui a ciência de Enfermagem. Sabemos que a Enfermagem enquanto ciência humana, contata com dimensões intangíveis da existência de cada ser humano, como o sofrimento, a ausência de Si, a inquietude, a resiliência, ou mesmo o Cuidado, entre muitas outras dimensões (...), constituindo-se fenómenos de vasta importância para a disciplina e profissão.

Assim, assumiu-se interesse neste referencial por ser coerente com a finalidade deste estudo de pretendermos caracterizar o *Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar com adolescentes* aceitando-se partir da realidade tal como é apreendida, provindo de uma pluralidade de fontes de saber e considerando-se sempre a possibilidade de contatar com

dimensões intangíveis na caracterização deste processo, para construir este conhecimento, sentido como parcial e provisório.

Por outro lado, fazemos igualmente justiça à eleição do paradigma do *Intermodernismo* enquanto referencial neste estudo, por contribuirmos com a produção deste conhecimento através do saber construído na prática pelos enfermeiros na SE em interação com outros atores, ou seja, enaltece-se a dimensão praxica deste cuidado na construção do conhecimento. E ainda, reforçamos a ontologia sobre os processos de enfermagem intrínsecos ao bem-estar por via deste cuidado acontecer num *setting* educativo onde este processo de cuidado de enfermagem se inscreve na visão salutogénica procurando ser recurso capitalizador na melhoria do potencial de saúde e bem-estar, habilitando pessoas, grupos ou comunidades a identificar e satisfazer as suas necessidades, realizarem as suas aspirações e a adaptarem-se às condições ou circunstâncias do(s) meio(s) envolvente(s) através da mobilização dos seus fatores protetores.

Clarificados os referenciais epistémico-ontológicos que alicerçam a opção pelo paradigma de investigação qualitativo, vamos seguidamente explicitar as decisões referentes à escolha do método adotado em coerência com o anterior referencial e com o objetivo do estudo sobre a produção de teoria substantiva.

Neste âmbito, consubstanciam-se os princípios do movimento pragmático na construção de teoria, uma vez que abriram possibilidades mais criativas e inclusivas na ciência. Em particular, iremos enfatizar o interacionismo simbólico como corrente do pragmatismo, onde se alicerçaram os fundamentos dos estudos de teoria fundamentada (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Liamputtong, 2019; Reed, 2019; Streubert & Carpenter, 2002; Watson, 2002; Dezin & Lincoln, 2000;).

5.1 Escolha do Método e Desenho do Estudo

Em qualquer paradigma de investigação o desenho do estudo e método(s) a eleger são maioritariamente orientados pela questão e objetivos da investigação. No paradigma de investigação qualitativo os métodos adotados pelos investigadores, para além de visarem responder à questão orientadora da pesquisa, acrescem em serem sensíveis a contextos e participantes, requerendo adequação quanto às decisões relativas aos diversos elementos constituintes de cada fase da etapa metodológica (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Liamputtong, 2019; Streubert & Carpenter, 2002; Dezin & Lincoln, 2000).

Recentrando a atenção na nossa questão de investigação “*Qual a natureza do processo de cuidados dos Enfermeiros na Saúde Escolar com adolescentes?*” compreende-se a nossa escolha pelo método da *Teoria Fundamentada*, uma vez que é utilizado em estudos

introdutórios, exploratórios ou descritivos para fenómenos dos quais existe muito pouco ou nenhum conhecimento: situação do nosso fenómeno em estudo (Glaser & Strauss 1967). É um método que permite “*analisar aprofundadamente* práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos tal como funcionam na vida real” (Carpenter & Streubert, 2002, p. 111). Implica o raciocínio indutivo - que parte do particular para o geral – produzindo a teoria fundamentada nos dados relacionada com os padrões de ação e interação dos participantes em estudo.

Este método é particularmente relevante em enfermagem, uma vez que permite apreender a partir do contexto natural o processo de cuidados entre enfermeiros e outros atores, sendo uma abordagem interessante na medida em que espelha a realidade social em que estes interagem (Lopes, 2006). Será então através do reflexo da dinâmica das atividades deste processo de cuidados (que acontecem nas diversas interações entre os enfermeiros e os adolescentes e/ou com outros atores sociais), que se poderá vir a compreender a sua natureza. Concordamos com McCann & Clark (2003) quando afirmam que a “interação social está no cerne do processo de cuidar em enfermagem” (McCann & Clark, 2003, p. 16) aspeto que é central neste estudo. Ou seja, ao estudarmos a interação dos enfermeiros, consigo mesmos e, com os outros no(s) ambiente(s) onde cuidam, procuraremos descobrir como essas interações contribuem para desocultar o seu processo de cuidados no contexto escolar (Strauss & Corbin, 2008). Aceitámos, assumir este método no que às etapas metodológicas e técnicas respeita, a partir dos critérios da teoria fundamentada na perspetiva de Strauss e Corbin (2008). De acordo com Gómez (2021) a teoria fundamentada é um dos métodos mais influentes em investigação qualitativa das últimas décadas, sendo utilizado de forma singular ou combinado com outros métodos como a fenomenologia. Mantendo presente a nossa conceção socioconstrutivista na qual entendemos que a realidade social é construída pelos seres humanos e, nesta perspetiva cada pessoa participa e co-cria o seu mundo social, consideramos a pessoa como um ator que age e que interpreta, estando estes princípios subjacentes na corrente do interacionismo simbólico cuja origem e importância apresentamos seguidamente (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Liamputtong, 2019; Dezin & Lincoln, 2000, 2005).

5.1.1 Pragmatismo e Interacionismo simbólico

A perspetiva do Interacionismo simbólico reporta à forma como a sociedade é construída e renovada através das interações face a face, significativas e reiteradas entre os seres humanos. É simultaneamente um referencial filosófico e metodológico que procura compreender os processos intra e interpessoais no decurso das interações (Carter & Montes

Alvarado, 2019). O interacionismo simbólico, deriva teoricamente do Pragmatismo americano, também designado por Filosofia da ação que se opôs à filosofia tradicional, uma vez que enfatiza “a maneira como o conhecimento, o saber racional, está relacionado com a ação humana, com a conduta humana, atribuindo-lhe uma finalidade racionalmente prática” (Nascimento, 2011., p43).

Numa breve sùmula històrica atribui-se a George Mead a origem do interacionismo simbólico da corrente da Escola de Chicago, sendo o seu principal fundador. É considerado filósofo e cientista da psicologia social (Mead, 1934). Ainda que existam duas escolas de pensamento sobre o interacionismo simbólico (a Escola de Chicago e a de Iowa), neste estudo seguimos o pensamento de Mead, uma vez que a escola de Iowa através de Khun vinculou-se ao positivismo lógico não sendo uma perspectiva de pensamento que pretendamos seguir.

Assim, Mead, foi influenciado pela Filosofia do Pragmatismo de Jonh Dewey, Charles Peirce, William James, e pelo Behaviorismo. Reconheceu limitações a ambas as perspectivas, nomeadamente pelo facto do pragmatismo não explicar as origens do ser humano como ser social, e pela dimensão redutora do behaviorismo face à explicação do comportamento humano através do binómio estímulo-resposta. A sua terceira influência reporta à Teoria da Evolução de Darwin – naturalista – de onde os pressupostos relacionados com *processo*, emergiram. Para os interacionistas simbólicos tudo o que se relaciona com o ser humano é um processo. A pessoa é um ator dinâmico em constante mudança, que está sempre em processo de *tornar-se*, e é através da experiência social que esse processo acontece. (Carvalho, 2011; Charon, 1989; Mead, 1934). Herbert Blumer, deu continuidade aos estudos de Mead a partir de uma perspectiva sociológica, potenciando a emergência de um lugar teórico para o ser humano - sujeito social - como intérprete do mundo, procurando privilegiar as suas visões do mundo. Nesse âmbito, compreender as significações que cada pessoa põe em prática para construir o seu mundo social, requer opções metodológicas e escolhas de métodos de pesquisa coerentes com a investigação qualitativa (Carvalho, 2011).

Partindo da premissa de que pessoa e mundo não podem ser compreendidos de forma isolada ou dissociada, compreende-se a partir da perspectiva de Charon (1989) que o interacionismo simbólico foca-se na natureza das interações através da dinâmica das atividades sociais que acontecem entre as pessoas (este pensamento assenta no facto das pessoas estarem em constante mudança através das interações entre si, e as sociedades alteram-se por via da evolutiva transformação que ocorre a partir das continuas interações entre os seres humanos). O mesmo autor enfatiza que a interação não é somente o que acontece entre as pessoas, mas também o que está a acontecer no interior de cada pessoa. Neste âmbito, Mead assume que o

Self está em constante evolução por intermédio da interação com outros seres humanos, revelando esta característica dinâmica e afirma que o *Self* tem uma dupla vertente: o “eu e o mim”. O “eu”, sujeito humano que se permite pensar e interagir consigo mesmo na forma de conversação ou comunicação interna, sendo esta *interação interna* a base a partir da qual o ser humano age em relação aos outros, mas também em relação a si próprio; e o “eu/mim”: sujeito social, como *objeto humano* que surge por meio das interações com os outros. Entende o “Eu” como o conjunto organizado de atitudes, definições, entendimentos e expectativas dos outros (Aldiabat & le Navenec, 2011).

Blumer a partir dos pressupostos de Mead reafirma a noção de que o significado é um produto social, ou seja é algo que emerge a partir das atividades de interação entre as pessoas e, consubstancia a natureza do interacionismo simbólico a partir de três premissas: “a primeira é que o ser humano orienta seus atos em direção às coisas, em função do que estas significam para ele (...); a segunda é que o significado destas coisas surge como consequência da interação social que cada qual mantém com o seu próximo; e a terceira é que os significados se manipulam e se modificam mediante um processo interpretativo desenvolvido pela pessoa ao defrontar-se com as coisas que vai encontrando no seu caminho” (Carvalho, 2011., p.589). A questão da interpretação dos significados é um aspeto central nesta corrente de pensamento, que em muito diz respeito a um contexto de vivência escolar, pleno de interações sociais entre atores (i.e., pleno de multiplicidade de significados) uma vez que o mundo singular vivencial de cada pessoa é construído pelas suas experiências, aprendizagens e, ativado na interação com os outros.

No âmbito do nosso estudo, o contexto escolar em particular o cuidado de enfermagem com os adolescentes, constitui-se um palco profícuo em interações sociais que contribuem inevitavelmente para o seu processo de desenvolvimento e construção de identidade. Também a este nível consideramos estar alinhados face ao contexto e participantes, com os pressupostos teóricos do método de investigação escolhido, que seguidamente aprofundamos.

5.1.2 Teoria Fundamentada nos dados – Grounded Theory

Um dos métodos de investigação alicerçado na escola de pensamento do interacionismo simbólico, é a teoria fundamentada nos dados ou grounded theory. Este método de investigação que teve a sua origem em 1960 na sociologia, fundado por Barney Glaser e Anselm Strauss a partir de um trabalho inaugural (*Awareness of Dying*, de Glaser & Strauss, 1965) e de outros três estudos com recurso a distintos métodos (Bryant & Charmaz, 2008) consiste num “conjunto de

procedimentos sistemáticos e rigorosos de análise de dados, organizados numa sequência que tende para uma maior complexidade e integração” (Fernandes & Maia, 2001., p. 55).

Vindo de tradições filosóficas distintas, Strauss com uma robusta tradição em pesquisa qualitativa pela Universidade de Chicago foi fortemente influenciado pelo pensamento pragmático e interacionista, e Glaser formado na Universidade de Columbia, igualmente em sociologia, porém com ideias de pesquisa oriundas do pensamento de Paul Lazarsfeld (inovador em métodos quantitativos), realizava análises qualitativas com o objetivo de proceder a comparação entre dados para identificar e desenvolver conceitos (Strauss & Corbin, 2008). Independentemente das suas divergências sobre a perspectiva da grounded theory por influência de escolas de pensamento diferentes, a ambos é reconhecida a sua relevância no desenvolvimento deste método em investigação social. Por um lado, pela mais-valia de terem contribuído com a descoberta de um valioso método de pesquisa. Por outro lado, por terem aberto uma significativa via para a pesquisa qualitativa, inspirando gerações de novos investigadores de diversas áreas do conhecimento a utilizá-la (Bryant & Charmaz, 2008; Strauss & Corbin, 2008).

Como referimos anteriormente, decidimos eleger a perspectiva da grounded theory de Strauss e Corbin uma vez que os pressupostos do Interacionismo e os pressupostos deste método se complementam e podem ser qualificados como epistemológicos, metodológicos e de alguma forma ontológicos. Os pressupostos epistemológicos referem-se à natureza da relação entre *o que quer conhecer* e *o que pode ser conhecido* implicando a participação do investigador e dos participantes no estudo, como interativamente implicados num relacionamento mútuo no campo natural (Guba & Lincoln, 2011). Relativamente a este aspeto a relação entre colheita de dados, análise de dados e produção da teoria é recíproca. Presume-se assim, que o investigador precisa permanecer no campo natural para colher e analisar dados dos participantes por meio de um ou mais métodos diferentes de colheita de dados até que a teoria seja gerada. (Strauss & Corbin, 1998). Os pressupostos metodológicos referem-se a forma como o investigador pode descobrir a experiência social (Guba & Lincoln, 2011). A designação deste processo entre Glaser e Strauss surge como - Processo Social Básico - e foi um aspeto metodológico que permaneceu comum entre ambos, apesar das já referidas divergências entre estes autores. Relativamente aos pressupostos ontológicos, referem-se à natureza da realidade e ao que os seres humanos podem saber sobre ela, e nesta perspectiva as realidades são consideradas como existindo para os seres humanos num mundo de significados simbólicos compartilhados.

Segundo Glaser (1978) o objetivo principal do método da Teoria Fundamentada nos Dados é descobrir o processo social básico ou seja "as reflexões teóricas e resumos dos fluxos

de uniformidade padronizados e sistemáticos da vida social pelos quais as pessoas passam, que podem ser conceptualmente “capturados”, e posteriormente compreendidos por meio da construção de teorias básicas do processo social" (Glaser, 1978., p.100). Nesta fase inicial Glaser e Strauss defenderam que os resultados descobertos eram independentes do investigador, sendo conotados pela comunidade científica da altura como uma perspectiva positivista. Posteriormente estes autores divergem no âmbito da perspectiva epistemológica do método mantendo Glaser esta visão, mas Strauss equaciona alguma flexibilidade quanto ao papel do investigador. Strauss e Corbin (2008) consideram na década de 90 que a teorização pela *Grounded Theory* é um ato de construção que considera a subjetividade dos investigadores perante os resultados, deixando antever uma evolução de pensamento para a perspectiva construtivista. Bryant & Charmaz (2008) empreendem outro entendimento e estabelecem uma crítica à designação construtivista do método de GT de Strauss e Corbin. Estes autores, entendem este método como bastante interactivo em que as situações em estudo resultam das construções e das estruturas sociais que as envolvem, defendendo que a compreensão empírica do fenómeno está dependente das circunstâncias de cada momento no processo de investigação e, que a realidade existe não podendo ser separada de quem a olha existindo vários olhares sobre essa mesma realidade.

Efetivamente subentende-se que Charmaz importa pressupostos do realismo científico que o *intermodernismo* aceita. Porém, tal como referimos no início deste capítulo, ainda que nos posicionemos teoricamente numa perspectiva socioconstrutivista relativamente ao desenvolvimento do conhecimento científico pela ciência humana - como socialmente construído - aceitando também a utilização de elementos intangíveis, discordamos de alguma forma destes autores quando referem que o investigador constrói os dados a partir da sua própria visão sobre a situação, integrando a investigação, de forma a que as suas perspectivas e interações afetem a investigação (Bryant & Charmaz, 2008). Ou seja, ainda que se aceite a dimensão subjetiva do investigador na interpretação e abstracção dos dados, estes devem cumprir os pressupostos éticos de uma investigação, constituindo-se como um requisito essencial para a legitimidade da pesquisa científica. Assumimos que realizar um estudo de investigação, comporta desde o início um compromisso de rigor, não só respeitante aos critérios para assegurar a validade que consiste na “verificação da correspondência entre a investigação e a realidade (...) procurando-se perceber se os métodos utilizados na pesquisa conduziram a resultados que reflectem a realidade estudada” (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021, p.45) e à fiabilidade respeitando “à garantia de que outro investigador poderá realizar uma investigação semelhante e obterá resultados idênticos” (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021, p.49) aspetos que nos conduziram a optar pelo processo metodológico de Strauss e Corbin

sobre teoria fundamentada, em detrimento do de Charmaz (Nunes, 2020; Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021).

Ou seja, perfilhamos a subjetividade dos investigadores na interpretação dos resultados e na definição dos preconceitos sobre o fenómeno em estudo, porém procurámos gerar teoria a partir dos dados dos participantes, tendo como preocupação obter representatividade deste processo de cuidados, sendo rigorosos na análise em todo o processo metodológico de forma a garantirmos a validade dos mesmos. E, neste âmbito, tal como já assumimos, sentimos auferir vantagem em seguir todo o processo metodológico que Strauss e Corbin apresentam, uma vez que pretendemos desocultar o processo de cuidados tal como foi contado pelos diversos atores através das narrativas de interação, e da observação destes nas interações com adolescentes, garantindo a lógica indutiva do método e o desenvolvimento de teoria a partir da análise sistemática dos dados e método de comparação constante.

Neste método, segundo Strauss e Corbin (2008), a primeira etapa consiste na definição do problema através da questão de investigação que deve ser suficientemente aberta para permitir um processo de análise flexível e em profundidade do fenómeno em estudo. Uma importante característica do método é a sua dimensão evolutiva na análise, implicando que as questões de investigação acompanhem esta dimensão e, compreender que a questão de investigação inicial corresponde a uma atitude de compromisso com o principal requisito da análise: o método de comparação constante.

O método de comparação constante é central em todo o processo de análise e realiza-se num movimento contínuo entre a construção do investigador e o retorno aos dados, até este processo ficar “saturado” sendo o responsável pela designação *Grounded* do método. Ainda que seja um método bem sistematizado, permite a sensibilidade teórica do investigador, possibilitando que novas questões sejam colocadas a partir dos dados, evoluindo de questões abertas para progressivamente mais focadas e orientadas.

A codificação representa um processo de análise e de síntese implicando uma abordagem indutiva e abductiva.

5.2 Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

Temos vindo a referir que a pesquisa qualitativa considera o processo de construção do conhecimento em si, como uma dimensão importante da investigação e, em particular, no estudo de fenómenos humanos e sociais que necessitam ser melhor compreendidos por via da sua complexidade, esta construção integra todo o processo. No âmbito do estudo que nos propomos realizar que procura desocultar um processo que ainda não foi alvo de investigação,

mas que pela sua riqueza e importância merece ser revelado, ao procurarmos conhecer as características do mesmo, decidimos recorrer a várias técnicas de colheita de dados. Strauss & Corbin (2008) defendem que a combinação de várias técnicas para a obtenção dos dados vence desvantagens individuais de cada uma destas, robustecendo o processo de pesquisa, sendo esta diversidade de fontes de dados uma das características de um estudo de teoria fundamentada. Outro motivo que nos levou a considerar diversidade de fontes de dados visou considerar perspectivas dos diferentes atores sociais com quem os enfermeiros interagem no contexto escolar, ampliando as possibilidades de caracterizar o fenómeno em estudo sob diversos prismas.

Neste tópico, optámos por abordar de forma geral as características dos métodos escolhidos de forma a fundamentarmos e clarificarmos as nossas opções. Posteriormente, no capítulo referente à colheita de dados, explicitaremos todo o processo realizado. Assim, planeámos utilizar três técnicas para procedermos à colheita dos dados: entrevista individual, a observação, e a entrevista em grupo ou focus-grupo.

5.2.1 A Entrevista

A entrevista pessoal em que investigador e participante(s) se encontram face a face, implica uma interação entre ambos os intervenientes e é o método de colheita de dados mais antigo adotado em investigação qualitativa e (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Dezin & Lincoln, 2005). É uma técnica que exige preparação e tomada de decisões quanto ao local onde poderá ser realizada, horário, duração, e preparação do ambiente no próprio espaço em concreto (i.e., em termos de luminosidade, posicionamento dos intervenientes, distâncias adotadas, e representação do espaço para os intervenientes) uma vez que sendo um ato de comunicação, estes fatores podem constituir-se como elementos facilitadores ou dificultadores da entrevista (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Lopes, 2006; Dezin & Lincoln, 2005). Outra decisão que se colocou foi referente à escolha da tipologia de entrevista a realizar. Considerámos vários fatores nesta decisão, tais como: (1) garantir a coerência com o posicionamento metodológico de abordagem indutiva e a necessária preocupação com a dimensão simbólico-significante que pretendíamos apreender da singularidade de cada participante; (2) manter igualmente o alinhamento em termos do pensamento epistémico-ontológico que temos vindo a definir; (3) permitir responder aos objetivos do nosso estudo que aqui relembramos: “compreender a natureza do processo de cuidados dos enfermeiros na saúde escolar com adolescentes”, e “desenvolver uma teoria substantiva”. Seguimos o pensamento de Lopes (2006) e adotámos a “entrevista narrativa” uma vez que esta tipologia de entrevista permite conhecer acontecimentos a partir da perspectiva dos participantes, por via de

estimular os mesmos a contar uma “história” e estando os investigadores na posse de um “guião de entrevista não estruturada” que procura obter profundidade e especificidade dessa situação vivida (Muylant, Jr, Gallo, Neto & Reis, 2014). (Apêndice I – apêndice 1)

Na investigação qualitativa “*comprender*” surge como a principal acção. Tendo clara esta dimensão, os investigadores pretendem apreender as experiências singulares da vivência dos participantes, contextualizando a realidade descrita por estes (Minayo, 2012). Reforçamos o pensamento de que ao pretendermos respostas a questões referentes a um determinado processo realizado num contexto cultural-social e espaço-temporal específicos, assumimos que a pesquisa não é generalizável. Porém, este fator não retira legitimidade científica ao estudo que é realizado com rigor e credibilidade, e que se preocupa em capturar um nível de realidade não mensurável quantitativamente, coerente com a abordagem qualitativa-indutiva que assumimos no estudo deste fenómeno.

Concordamos com Schraiber (1995) quando refere que uma narrativa objetiva o conteúdo do pensamento e que a “externalização” deste conteúdo se apreende através da verbalização de relatos de situações contadas pelos participantes, permitindo captar nessas narrativas não só os significados que cada participante atribui às suas experiências de cuidados, como possibilita apreender o contexto, a partir das condições referidas, acções realizadas, subjacentes à intencionalidade do cuidado realizado num determinado momento, em tempo e espaço específicos.

No âmbito do nosso estudo, pedimos aos enfermeiros que nos contassem uma experiência de cuidado com adolescentes em contexto escolar que tivesse sido particularmente relevante no seu processo de cuidados. O nosso papel enquanto entrevistadores visou explicar o assunto e âmbito do estudo, escutarmos e estarmos atentos a toda a dimensão comunicativa dos participantes, dar voz a estes procurando explorar e aprofundar dimensões da narrativa com particular interesse para os objetivos do estudo, mas procurando que os mesmos clarificassem detalhadamente os mesmos. Acrescem as preocupações éticas dos investigadores na entrevista relativas à explicitação dos objetivos da colheita de dados, da voluntariedade enquanto participantes, também os aspetos da confidencialidade da participação e da informação disponibilizada, tendo sempre como finalidade major proteger os participantes do dano, por via da garantia dos princípios éticos no processo de investigação, abordados em subcapítulo dedicado ao rigor e ética na investigação (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Liamputtong, 2019; Dezin & Lincoln, 2005).

Num estudo destas características os investigadores colaboraram criando a atmosfera possibilitadora da ocorrência da narrativa, criando o clima acolhedor possível nos locais de trabalho destes, desmistificando o recurso à gravação áudio, escutando e compreendendo alguma sensação de nervosismo pela experiência inaugural como participantes num estudo e sensibilizando para a importância das suas experiências, respeitando os participantes como pessoas e profissionais com vasto *know How* na saúde escolar. Procurámos não interferir na forma como os mesmos contaram as suas experiências, dando-nos conta dos próprios pensamentos e preconceitos para com assuntos que emergiram, sendo posteriormente anotados após o término da entrevista com os participantes.

Ainda assim, e pela inevitabilidade da relação profissional entre os investigadores e os participantes-enfermeiros, importa clarificar que a maioria dos enfermeiros participantes conhecia os investigadores, não se constituindo esta dimensão como um fator dificultador. Porém, importa clarificar as representações mútuas entre os participantes e os investigadores. Da nossa parte, expressei que sentimos um profundo respeito e admiração pelo grupo de colegas enfermeiros-participantes no estudo, pelo seu conhecimento, persistência e preocupação com a enfermagem na saúde escolar – área de intervenção multiprofissional – que persiste como prática há 120 anos em Portugal, apesar dos contornos mais ou menos indefinidos da mesma no âmbito específico da enfermagem nacional. Relativamente aos investigadores, também sinto que os colegas os consideram como pessoas e profissionais que investem no seu trabalho (i.e., área da docência em Enfermagem), que se interessam pelas suas experiências nesta área e, que procuram ajudar a tornar visível esta práxis de enfermagem, ainda que com humildade e, com muitas reservas, limitações de vária ordem e dificuldades no longo caminho deste processo.

5.2.2 Entrevistas em grupo: Focus grupos

O Focus grupo de uma forma geral pode ser definido como uma técnica de pesquisa onde a colheita de dados acontece por meio da interação de um grupo de participantes, sobre um tema determinado pelo investigador (Morgan, 1996). É utilizado numa ampla variedade de áreas científicas, e em Enfermagem também. Maioritariamente surge combinado com outros métodos de colheita de dados, como inquéritos ou períodos de observação e, em particular, com as entrevistas individuais. Combinado com estas, procura-se obter maior amplitude e diversificação de perspectivas sobre o assunto, equilibrando de alguma forma a profundidade obtida através das entrevistas individuais (Morgan, 1996; Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021). A importância maior desta técnica atribui-se à comparabilidade dos resultados que produz, mais do que à quantidade de ideias geradas (Morgan, 1996).

O principal objetivo visa garantir que os procedimentos da pesquisa facultem os dados pretendidos, dependendo de vários fatores para garantia de qualidade nos resultados a obter. Os principais fatores referidos na literatura dizem respeito ao facto do investigador identificar grupos de participantes suficientes e garantir uma amostra de participantes relevante para o tema do estudo, eleger questões pertinentes a colocar aos participantes e, utilizar uma estratégia de análise eficaz, fatores a serem planeados ainda na fase do desenho da pesquisa (Morgan, 1996; Olabuénaga, 2012). Especificando melhor estes fatores, identificámos como regra prevalente na maioria das investigações, considerar-se a realização entre quatro a seis focus grupos. Quanto ao número de participantes por cada focus-grupo, a literatura estima um intervalo entre 8 a 10 participantes ou mais, conforme o âmbito da pesquisa, e ponderar-se as questões da homogeneidade/heterogeneidade a prever em função do desenho da investigação. Outro fator que deve estar planeado é um guião de questões (Apêndice I – apêndice 3), orientador para a obtenção das respostas aos objetivos do focus grupo, não existindo consenso entre autores sobre o número e tipologia de questões a serem formuladas (Morgan, 1996). Face ao critério decisor do número de questões a serem definidas, encontrámos uma referência em termos temporais de que o focus-grupo possa acontecer entre 60 a 90 minutos. Neste sentido, o investigador tem o importante papel de moderar a dinâmica entre os participantes do grupo, podendo ao nível do envolvimento colocar questões de uma forma mais ou menos estruturada para fomentar a discussão no âmbito dos interesses do estudo, e procurar estimular todos os participantes do grupo a intervir (Morgan, 1996; Olabuénaga, 2012). A escolha dos participantes para integrarem um focus grupo depende fortemente do tema e objetivos do estudo, podendo pretender-se grupos com participantes mais heterogéneos, ou ao invés, grupos de participantes com maior homogeneidade (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021). Neste sentido, adotámos a posição de Olabuénaga (2012) para a relevância do assunto em estudo, sobre a selecção dos participantes serem desconhecidos (i.e., cumprirem os critérios definidos pelos investigadores, mas não serem estes a contactá-los para integrarem os focus grupos) por via de obtenção de aleatoriedade, espontaneidade e liberdade de expressão face ao tema em discussão.

Efetivamente, como vamos explicar no tópico referente à colheita de dados, deparámo-nos com um conjunto de condicionantes para procedermos à colheita de dados nas escolas, por via de querermos caracterizar o processo de cuidados dos enfermeiros na saúde escolar com adolescentes, nestes contextos. Na questão dos focus grupos, optámos por iniciar os mesmos com os atores da escola (foram realizados 10 focus grupos com heterogeneidade numérica uma vez que os mesmos oscilaram entre os cinco a doze participantes) uma vez que considerámos fundamental obter as perspectivas destes atores sobre o processo de cuidados dos enfermeiros

(i.e., procurámos entrevistar os professores e outros profissionais não docentes, que mais interagem com os enfermeiros na escola, como: os professores na direcção executiva dos agrupamentos de escola, na coordenação PES, coordenadores de ciclos, coordenadores de directores de turma e da educação especial, bem como os psicólogos educacionais, os assistentes operacionais e, em existindo nos AEs, os assistentes sociais). Temos iniciado os focus grupos pelos atores da escola, teve também outras intencionalidades como: desmistificar o tema do estudo, e sensibilizar estes atores para obtermos a sua colaboração para a selecção de outros participantes por via da realização de focus grupos com pais/tutores legais/encarregados de educação e com alunos, uma vez que os investigadores não poderiam, neste contexto, seleccionar por si próprios os mesmos. Explicamos com maior detalhe os condicionalismos relacionados com os requisitos definidos a nível nacional e local para a realização de estudos em meio escolar no capítulo da colheita de dados, onde abordaremos as particularidades da entrevista e focus-grupos com os participantes, assim como apresentaremos os dados de caracterização dos participantes nos mesmos.

5.2.3 A Observação

Conhecida como outra técnica muito relevante para a colheita de dados em estudos de investigação, a observação segundo Brito (1995) é mais do que ver algo: implica “olhar com atenção, examinar para estudo” (Brito, 1995, p.11). Para Olabuénaga (2012) a observação é uma das atividades de vida diárias, mas no âmbito da investigação converte-se numa técnica científica quando: (1) serve um objetivo formulado no âmbito da investigação; (2) é planeada sistematicamente; (3) se relaciona com teorias ou quadros referenciais e não é realizada por “curiosidade”; (4) é controlada ou comprovada com critérios de validade e fiabilidade. Neste âmbito surge o investigador no desempenho do papel de observador (Olabuénaga, 2012). É o método privilegiado na investigação qualitativa para estudar e colher dados relativamente aos comportamentos e às relações entre as pessoas nos seus contextos de vida, privados e/ou públicos (Dezin & Lincoln, 2005; Quivy, 1998).

Enquanto técnica pode ser utilizada de forma independente ou associada a outras técnicas de colheita de dados (Mónico, Alferes, Castro & Parreira, 2017). A observação pode ser de características indireta (com recurso a gravações vídeo, visionamento de fotos, entre outros), ou direta em que a colheita de dados ocorre nos contextos naturais onde se pretende observar os fenómenos, e o investigador está no campo, no momento real a colher essa informação (i.e., independentemente das características da observação, ambas permitem colher dados reais constituindo-se, por isso, indispensáveis para a compreensão dos comportamentos das pessoas

nos seus contextos privilegiados). Alguns autores afirmam que pode constituir-se como dificuldade realizar observações sentidas como não intrusivas nos espaços de vida real dos participantes, podendo os mesmos condicionar a sua espontaneidade devido à presença de elementos estranhos, e alterarem a sua forma de interagir/comportar-se. Relativamente a este aspeto no capítulo da colheita de dados explicitaremos a nossa abordagem e experiência como observadores no meio natural (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Mónico, Alferes, Castro & Parreira, 2017; Olabuénaga, 2012).

Tal como outras técnicas de colheita de dados, a observação também apresenta vantagens e desvantagens. Relativamente às vantagens, pressupõe uma cooperação menos ativa por parte dos participantes a serem observados, permitindo ao investigador não ficar refém de situações que surgem em outras técnicas de colheita de dados, como os participantes não quererem “responder a determinada questão” ou “enviesarem as respostas” para serem socialmente adequados não ocorrendo total sinceridade nestas. Algumas desvantagens lhe são apontadas entre as quais, ser um processo muito moroso, implicando considerável investimento de tempo no processo, e nem sempre todos os fenómenos (de âmbito interacional) podem ser diretamente observáveis, assim como nem sempre as condições do investigador-observador estão criadas no(s) momento(s) em que os fenómenos acontecem, nomeadamente no que à disponibilidade destes respeita. (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021, Olabuénaga, 2012)

Alguns autores referem que uma das primeiras decisões com que os investigadores se confrontam respeita à decisão sobre o tipo de observação a realizar e, apresentam quatro tipologias designando-as por observação: naturalista, participante, sistemática e simples. (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Brito, 1995). Não ficando satisfeitos com a proposta destes autores perante a importância da observação nos estudos desta natureza, em particular quando assumimos a dimensão socioconstrutivista alicerçada na perspetiva epistémico-ontológica e metodológica no papel de investigadores-observadores, sentimos necessidade de aprofundar o nosso conhecimento sobre esta, em ligação às características do estudo.

Efetivamente, retomamos os princípios de Olabuénaga (2012) sobre a observação enquanto técnica científica, quanto a ser um processo direccionado para os objetivos da investigação e sistemático, características igualmente referidas por Dezin & Lincoln (2005). A intencionalidade da observação neste estudo visou apreender o processo de cuidados dos enfermeiros no contexto escolar com adolescentes e, a mesma foi sistematizada implicando preparação dos investigadores quanto à definição de um planeamento que requereu a construção do guião para a observação (Apêndice I – apêndice 2) e suportes de registo das notas de campo da dimensão do processo de cuidados observado. Retomamos de Lopes (2006) a

referência a duas características que situam o investigador-observador na dimensão não participante do método, são elas: não manipular e, não modificar o observado. A justificação por este posicionamento dos investigadores procura ser coerente com as opções metodológicas explicitadas anteriormente, a que se acrescem outros fatores como: procurar apreender o mais fidedigna e espontaneamente possível as interações entre os participantes, procurando adotar uma atitude de menor intrusão possível; garantir o máximo de privacidade aos adolescentes (grupo de população eleito para a observação das interações dos enfermeiros no contexto escolar) uma vez que sabemos que os adolescentes demoram a estabelecer relações de confiança com adultos e são zelosos da sua intimidade, motivos que tivemos em total consideração reflectindo sob o facto de sermos “estranhos” a estes, não obstante de termos informado devidamente os mesmos da nossa presença e pedido o seu consentimento para observar os enfermeiros a conversarem com eles.

Assim, a nossa decisão pela observação “não participante” foi ponderada perante a dinâmica interacional que queríamos observar. Pretendemos essencialmente não perturbar a dinâmica a observar, de forma a apreendermos o mais naturalmente possível as interações realizadas. Refletimos sobre a possibilidade de realizar a observação participante, porém, concluímos que traria maior prejuízo do que ganho no processo, ainda que os adolescentes estejam familiarizados com o facto dos enfermeiros, muitas vezes, chegarem às escolas acompanhados por estudantes de enfermagem em períodos de ensino clínico, mas na situação dos investigadores implicando observar, considerámos constituir-se uma realidade diferente. Pelo que em detrimento de obtenção dos resultados face aos objectivos do período de observação esta decisão – observação não participante - foi pensada como a mais adequada.

No capítulo referente à colheita de dados, explicitaremos detalhadamente, as particularidades referentes à aplicabilidade das três técnicas de colheita de dados com os participantes.

5.3 Consciência Ética e Critérios de Rigor

Decidimos integrar neste capítulo toda a fundamentação relativa à dimensão ética na investigação qualitativa e aos critérios de rigor relativos a todas as etapas do percurso do estudo.

Como temos vindo a referir, a investigação de cariz qualitativo enfatiza o estudo de fenómenos nos ambientes naturais onde estes acontecem, dando-se atenção na situação particular do presente estudo à dimensão interacional imersa no processo de cuidados dos

enfermeiros na saúde escolar com adolescentes, no contexto escolar. Neste sentido, vários aspetos éticos enquanto requisitos essenciais para legitimar o estudo colocaram-se aos investigadores (Flick, 2009; Olabuénaga, 2012; Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021).

Ao longo dos anos o debate sobre situações de “má prática” em investigação elevou a preocupação e a consciência dos investigadores para a adoção e cumprimento dos códigos de ética implementados por diversas instituições, constituindo-se como instrumentos reguladores da relação entre investigadores e participantes. Nestas, a constituição de comités ou comissões de ética para análise e apreciação dos projetos de investigação, prevê antecipadamente a emissão de pareceres sobre o mesmo, podendo os investigadores ter que reestruturar dimensões do projeto se o parecer destas comissões assim o determinar. Flick (2009) refere que as comissões de ética centram a atenção em redor de três grandes dimensões de análise: (1) qualidade científica – relativa à contribuição do estudo com produção de novo conhecimento; (2) bem-estar dos participantes – referindo-se à relação entre os riscos v/s benefícios de pessoas participarem no estudo, e (3) respeito pela dignidade e pelos direitos dos participantes – relativo ao processo de garantir os direitos destas no curso da investigação (Flick, 2009; Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021).

Em Enfermagem, Nunes (2020) enfatiza o enunciado do *International Council of Nurses/Position Statement: Nurse and Human Rights* onde se declara que “os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações” (Nunes, 2020., p.11) garantindo a partir das diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem relevo quanto à integridade na investigação assim como às questões relacionadas com a vulnerabilidade dos direitos humanos e de grupos vulneráveis em específico, como crianças, idosos ou pessoas em estado de coma. Neste âmbito, a mesma autora refere que existem seis princípios éticos a considerar em qualquer estudo de investigação, em concordância com as Diretrizes do ICN: (1) Princípio da Beneficência que prevê “fazer o bem” para com os participantes; (2) Princípio da maleficência relativo à dimensão de “não causar dano”; (3) Princípio da Fidelidade, relativo ao estabelecimento da “confiança” entre investigador e participante no estudo; (4) Princípio de Justiça, prevendo “proceder com equidade” e não privilegiar uns participantes em detrimento de outros; (5) Princípio da veracidade, relacionado com “dizer a verdade” aos participantes sobre a investigação, informando sobre os riscos/benefícios e o carácter de voluntariedade na participação, e (6) Princípio da Confidencialidade, relacionado com o dever de “salvaguardar” a informação de carácter pessoal ou institucional, que se obtêm no decurso de um estudo. (Nunes, 2020). No entanto não sentimos como suficiente enunciar os princípios éticos para demonstrar a consciência ética como investigadores, neste estudo de investigação. Neste sentido, concordamos com Nunes

(2020) quando refere que os investigadores cumprem os princípios éticos anteriormente apresentados, quando garantem os seguintes direitos dos participantes:

- Direito a não sofrer dano, salvaguardando os participantes de eventuais prejuízos por via da participação no estudo;
- Direito de conhecimento pleno ou de informação completa sobre o estudo, apresentando aos participantes informação relativa ao tema, objetivos, métodos e duração da participação da pessoa, explicitando inclusive ter o direito de não querer participar ou poder desistir;
- Direito de autodeterminação, que se refere à autodecisão de querer ou não participar no estudo, inclusive ter o direito de poder desistir de continuar a participar;
- Direito à intimidade, que permite a garantia aos participantes de poderem não responder a questões sentidas como intrusivas em dimensões da vida pessoal destes;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade, por via de garantir-se a não divulgação ou partilha de dados pessoais sem a autorização dos participantes. Assim como a divulgação dos resultados deve proteger a possibilidade de identificação de qualquer participante.

Neste estudo, os investigadores assumiram a sua responsabilidade profissional e consciência ética ao longo de todo o curso da investigação, apresentando seguidamente as diversas atividades relacionadas com a garantia dos princípios éticos ao longo das diferentes fases do estudo, nomeadamente:

Na Fase de Preparação do Estudo: questionámo-nos sobre a relevância e pertinência do estudo no sentido dos seus contributos em termos de utilidade e produção de novo conhecimento em enfermagem; também nos questionámos sobre a salvaguarda dos participantes quanto a eventuais danos, procurando um desenho metodológico que protegesse os mesmos, e garantisse os seus direitos. Nesse sentido, o projeto de investigação foi enviado e alvo de análise pelas seguintes entidades nacionais: Comissão Nacional de Proteção de Dados, Comissão de Ética da ARS relativa à região geográfica onde decidimos realizar o estudo, Direção Geral de Educação, submetido na plataforma de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar. O documento do Projeto de Investigação enviado a todas estas entidades contemplou: informação sobre o resumo do projeto (explicitando dados sobre os investigadores e orientadores do projeto; Informação específica do estudo com referência ao tema, objetivos e questões de investigação, metodologia e pressupostos éticos (com os respetivos apêndices sobre os guiões dos instrumentos de colheita de dados previstos utilizar; e também, os respetivos apêndices relativos aos pedidos de autorização, consentimento informado e garantia de anonimato para os participantes, e esboço das cartas de pedidos de autorização às instituições a convidar para participarem no estudo).

Um segundo momento, ainda nesta fase preparatória, visou contatar as instituições a nível local, referimo-nos aos Agrupamentos de Centros de Saúde e, também aos Agrupamentos de Escolas, convidados. Neste âmbito, foram redigidas cartas a todos os conselhos de administração dos ACeS e Conselhos Diretivos dos AEs/ENAs que se previram convidar, acompanhadas por: i) os pareceres positivos das entidades nacionais referidas; ii) o resumo do projeto de investigação; iii) os apêndices relativos às autorizações do estudo pelos participantes nas suas instituições; iv) os apêndices relativos aos guiões de colheita de dados e v) os apêndices relativos aos consentimentos informados e assentimento de menores.

A selecção dos AEs, contou com a preciosa ajuda dos enfermeiros na SE participantes no estudo, uma vez que pretendendo-se caracterizar o seu processo de cuidados em contexto escolar, precisámos saber em que escolas do 3º CEB e secundárias estes enfermeiros realizavam o seu processo de cuidados com adolescentes. Todos foram excepcionalmente voluntariosos e colaboradores em apresentar os investigadores aos atores da escola, ajudando a conhecer um ator-referência a quem deveríamos entregar as cartas com os convites para participação no estudo, com toda a informação já referida. A decisão por entregar pessoalmente os documentos, esteve relacionada com dois aspetos: o primeiro para conhecermos geograficamente as escolas e nos familiarizarmos com o contexto natural para o processo de observação, e o segundo para procurarmos conhecer os intervenientes nos AEs com quem pudéssemos nos articular procurando saber o estágio de resposta da instituição para a obtenção das autorizações, para podermos iniciar o período de colheita de dados, procurando também garantir eventuais “perdas de tempo”, aspeto que se veio novamente a revelar como muito dificultador.

A este nível, obtivemos igualmente as necessárias autorizações para procedermos à colheita, ainda que os dez AEs/ENAs que aceitaram participar no estudo, tivessem respondido em tempos variados, o que implicou só podermos iniciar a colheita de dados no contexto, no ano letivo seguinte, em períodos definidos pelos próprios participantes dos contextos face à disponibilidade destes, e também inerente às possibilidades temporais dos investigadores.

5.3.1 Fase de desenvolvimento do Estudo

Neste capítulo, referindo-nos à consciência ética e critérios de rigor, vamos referir as atividades realizadas, subjacentes a estes critérios e princípios éticos na fase de desenvolvimento do estudo. Uma vez obtidas as respetivas autorizações das entidades nacionais e locais - que no conjunto contaram com cerca de três anos a serem concedidas - estiveram reunidas as condições para iniciarmos a colheita de dados. Os períodos de colheita de dados

realizados com os diversos participantes, referentes às tipologias de técnicas de colheita de dados, planeadas no desenho do estudo: entrevistas individuais, focus-grupos e períodos de observação, implicaram a explicação do teor do estudo, validação de dúvidas/questões, entrega das declarações de consentimento/assentimento e, ainda o acesso aos guiões orientadores da colheita de dados. Neste sentido, garantimos os quatro direitos dos participantes, anteriormente apresentados, assim como os seis princípios éticos referidos.

Seguiram-se os processos de transcrição para verbatim das entrevistas individuais, e entrega do mesmo com a gravação áudio a cada participante de forma a conferirem a veracidade das informações. As notas de campo e os verbatins dos focus grupos não comportaram em termos temporais e logísticos este procedimento, mas atestamos o rigor do processo em ambos.

Em todo o processo de análise de dados recorreremos ao software NVivo 10 que foi imprescindível no processo de codificação, categorização e ordenação da vastidão de dados obtidos, permitindo rigor quanto ao exame minucioso destes para a descoberta dos conceitos, suas propriedades e dimensões. No capítulo referente ao tratamento e análise dos dados explicitaremos melhor todo este processo metodológico.

Referimos igualmente que cumprimos com adequação o método proposto por Strauss & Corbin (2008) em todo o processo de análise dos dados, respeitando as principais operações como *formular perguntas* (questionar os dados: “o que está a acontecer aqui”? procurar as propriedades a partir das questões: o que? Onde? Quando? Porquê? Como? Quem? ; e realizar perguntas teóricas: “como se relacionam estes conceitos?”); realizar comparação constante incidente/incidente (procurando similaridades e diferenças quanto às propriedades entre estes) e teóricas (pensar comparativamente em termos de conceitos/categorias). Ou seja, asseverarmos a exequibilidade das operações básicas sugeridas no método dos autores, é uma outra forma de garantir o rigor no processo de análise. Ainda que este tenha um carácter provisional no sentido de que tem uma natureza transitória na análise, contribui execionalmente para aumentar a sensibilidade dos investigadores e evoluir para a construção da teoria.

5.3.2 Fase de Conclusão do Estudo

Nesta fase qualquer investigador deve perguntar-se se os resultados do estudo apresentam valor de representatividade dos fenómenos observados. Reportamo-nos ao critério da validade enquanto verificação de correspondência quanto aos resultados reflectirem a realidade estudada, e da fiabilidade, entendida como a garantia de que outro investigador realizando uma investigação semelhante, irá obter resultados similares, referimos que face a toda a explicação do processo de colheita e análise dos dados até à produção da teoria estão

explicitados detalhadamente no capítulo seguinte, sendo facilmente compreensível toda a sequenciabilidade do processo. Salvaguardamos, no entanto, poderem existir diferenças relacionadas com a dimensão estética e ética no processo de cuidados dos enfermeiros na SE nas diferentes administrações regionais de saúde (ARS), cujas políticas, prioridades e projectos poderão ser distintos da prática de cuidados observada com os enfermeiros neste estudo (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Nunes, 2020).

De uma forma em geral a maioria dos autores refere que cada investigador tem que ter em consideração vários fatores-influência num estudo visando assegurar o rigor dos resultados obtidos. Nesse sentido, importa revelar o paradigma ético em que assentaram os pressupostos morais dos investigadores no decurso de todo o processo de investigação. Gonçalves & Gonçalves (2021) consciencializando-se de que a natureza da investigação qualitativa é sistematicamente alvo de críticas por via da sua dimensão subjetiva, ou pelo envolvimento do investigador, ou ainda pela falta de representatividade, interrogam-se sobre a aplicabilidade dos critérios da investigação quantitativa à investigação qualitativa. Sugerem o trabalho de Hartmut Günther como ponto de partida para aprofundar esta reflexão, uma vez que este autor sistematizou um núcleo de questões para análise da qualidade dos estudos qualitativos (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021; Günther, 2006). Integram o referido núcleo, quinze questões: (1) *As perguntas de investigação são claramente formuladas?*; (2) *O desenho da pesquisa é consistente com o objetivo e as perguntas de investigação?*; (3) *Os paradigmas e os construtos analíticos estão bem explicitados?*; (4) *A posição teórica e as expectativas do investigador estão explicitadas?*; (5) *Adotaram-se regras explícitas nos procedimentos metodológicos?*; (6) *Os procedimentos metodológicos são bem documentados?*; (7) *Adotaram-se regras explícitas nos procedimentos analíticos?*; (8) *Os procedimentos analíticos são bem documentados?*; (9) *Os dados foram recolhidos em todos os contextos, tempos e pessoas sugeridos pelo desenho de investigação?*; (10) *A especificação da análise tem em conta resultados não esperados e contrários ao esperado?*; (11) *A discussão dos resultados tem em conta possíveis alternativas de interpretação?*; (12) *Os resultados são ou não congruentes com as expectativas teóricas?*; (13) *Explicitou-se a teoria que pode ser derivada dos dados e utilizadas noutros contextos?*; (14) *Os resultados são acessíveis, tanto para a comunidade académica quanto para os participantes em geral?*; (15) *Os resultados estimulam acções futuras?*

Podemos responder afirmativamente a catorze das questões anteriores, exceptuando-se a questão (10) uma vez que sendo um estudo de teoria fundamentada e, portanto de orientação indutiva, não permite considerar em antevisão, quaisquer possíveis resultados. Reiteramos que a escolha da metodologia, a adopção de todos os procedimentos referentes às diferentes fases do estudo e garantia da salvaguarda de direitos, interesses dos participantes,

tanto a nível individual como organizacional subsidiaram-se nos princípios da responsabilidade ética e integridade dos investigadores.

O rigor é uma condição imprescindível em investigação e, revela-se através da atenção que o investigador atribui e das suas decisões metodológicas, ao longo do processo de investigação Lincoln & Guba (2011) aspetos que os investigadores consideraram e, garantiram em todas as fases do processo de investigação deste estudo.

5.4 Processo de Colheita de Dados

Clarificámos anteriormente as posições epistemológicas, ontológicas e metodológicas que nos levaram a escolher o paradigma de investigação qualitativo e, dentro deste, o método da Grounded Theory. A necessidade de caracterizar e significar este processo de cuidados decorreu do mesmo constituir-se como um fenómeno de invisibilidade da intervenção dos enfermeiros na Saúde Escolar a nível nacional, sendo uma prática de cuidados clarificada em outros países.

Ao pretendermos conhecer *a natureza do processo de cuidado de enfermagem na saúde escolar com adolescentes*, optámos por considerar o método de pesquisa da Grounded Theory possibilitando apreender indutivamente esta prática de cuidados quotidiana dos enfermeiros, no ambiente natural onde esta acontece, implicando a eleição de técnicas de colheita de dados coerentes com a pesquisa qualitativa e com os objetivos do estudo, tendo-se elegido as três técnicas de colheita de dados apresentadas no capítulo anterior.

Optámos por estabelecer dois critérios quanto à escolha dos locais para realização do estudo que recaíram sobre: (1) enfermeiros na saúde escolar que integrassem unidades de cuidados na comunidade (UCC); (2) que as UCCs onde estes enfermeiros exerciam funções, pertencessem a ACeS no distrito onde os investigadores realizam a sua atividade profissional. Esta decisão recaiu não só pela proximidade de acessibilidade aos contextos onde os enfermeiros exerciam a sua prática de cuidados, mas também porque se pretendiam colher dados em distintos concelhos com enfermeiros de ACeS/UCCs diferentes, procurando ampliar a variabilidade de opções para o estudo do fenómeno, assim como constituir uma amostra razoável dentro das limitações referentes ao número de enfermeiros que integram equipas de SE/UCC, sendo habitualmente, na maioria das situações um a dois enfermeiros.

Esta decisão conduziu-nos numa primeira fase a preparar a documentação para a colheita de dados, prevendo entrevistarmos os enfermeiros na SE no seu local de trabalho, nas UCCs. Desta forma, necessitámos preparar um conjunto de documentos a entregar nos ACeS

por via dos pedidos de autorização às Direções executivas e Conselhos Clínicos, para podermos entrevistar os enfermeiros nestes locais. Complementarmente, realizámos o mesmo processo para entregar toda a documentação referente ao protocolo de submissão de estudos de investigação à comissão de ética da ARS do distrito onde realizámos o estudo que emitiu um parecer intermédio, pedindo informação adicional para emitir parecer definitivo. A informação adicional esteve relacionada com o facto de neste grupo documental, referirmos a necessidade de observar estes enfermeiros nos contextos escolares, assim como realizar focus-grupos com os atores da escola, pais/EE`s/representantes legais e alunos, aspeto que levou a comissão de ética a pronunciar-se favoravelmente quanto à realização das entrevistas individuais aos enfermeiros na SE, porém, solicitou documentação referente aos agrupamentos de escolas, em particular as autorizações dos AE`s/ENA`s e os documentos de consentimento informado para os participantes previstos: docentes e não docentes, pais/EE`s/representantes legais, mas também assentimento de menores para os alunos. Iniciámos a preparação do conjunto de documentação solicitado por esta comissão de forma a obtermos o parecer definitivo.

Na segunda fase, visando responder à solicitação da comissão de ética, iniciámos o processo de preparação da documentação para entregar aos Agrupamentos de Escolas. Este visou a redacção de cartas às direcções de cada AE, solicitando as respectivas autorizações para a permissão da observação das interacções dos enfermeiros no contexto escolar, com adolescentes. Fomos confrontados com a necessidade de ter que submeter todo o protocolo do estudo na plataforma da Direção Geral de Educação ao abrigo do Despacho N.º 15847/2007 referente ao cumprimento dos pedidos de autorização para aplicação de inquéritos ou realização de estudos de investigação em meio escolar, através do Sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME). Por sua vez, uma das etapas neste processo de submissão, requeria o parecer da comissão nacional de protecção de dados, conduzindo-nos a uma outra fase de submissão de pedido de parecer.

Conseguimos obter todas as autorizações destas entidades nacionais e locais referidas, num período de dezoito meses, incluindo o parecer definitivo da comissão de ética da ARS referida, permitindo-nos iniciar o processo de colheita de dados no final de 2015.

5.4.1. Período de Colheita de Dados e Caracterização dos Participantes

O primeiro período de colheita de dados aconteceu através da realização de entrevistas individuais aos enfermeiros na SE de quatro UCC`S de 2 ACeS, entre 2015 e 2016, e pela singular oportunidade da situação incaracterística da Pandemia, ainda no ano 2022 realizámos outra

colheita de dados que nos permitisse apreender o seu processo de cuidados nesta circunstância ímpar.

A amostra constituída por estes enfermeiros foi intencional e resultou na participação de oito Enfermeiros na Saúde Escolar. Os Critérios de definição da amostra dos participantes incluíram: a) serem enfermeiros de ambos os sexos; b) serem enfermeiros licenciados; c) terem mais de 3 anos de experiência profissional na intervenção de enfermagem na saúde escolar e, d) terem mais de 10 anos de experiência profissional. Os dados de caracterização destes participantes encontram-se na tabela seguinte.

Tabela 1: Dados de Caracterização dos Participantes Enfermeiros na Saúde Escolar

Caraterização dos Participantes: Enfermeiros na Saúde Escolar							
	Freq.	%	Média Idades	Média Tempo Ex. Profissional	Média Tempo Ex. Prof. na SE	Habilit. Profissionais	
						Enf. Cuid. Gerais	Enf. Especialista
Enfermeiros Participantes	8	100	47 anos	25 anos	14 anos	(8)	(8)
Homens (s.M)	1	12,5	56 anos	28 anos	6 anos	0	1
Mulheres (s.F)	7	87,5	45 anos	25 anos	16 anos	6	1
Instituições Saúde							
ACeS 1 UCC1	2						
ACeS 2 UCC2,1	1						
ACeS 2 UCC2,2	3						
ACeS 2 UCC2,3	2						

Fonte: Dados das Entrevistas

O método da Grounded Theory prevê simultaneidade entre o processo de colheita de dados e a análise, constituindo-se um processo que implica a utilização de diversos procedimentos sistemáticos e explanatórios para produzir a teoria (Strauss & Corbin, 2008). Efetivamente a partir da análise das primeiras entrevistas individuais, foi necessário aprofundar outras sequências deste processo para maior imersão no fenómeno. Seguindo-se a realização do período de observação nos contextos assim como a realização dos focus-grupos. Pela morosidade e complexidade do processo, nem sempre foi possível cumprir no imediato esta dinâmica de análise v/s colheita de dados, mas a transcrição dos verbatins e notas de campo foi realizada e norteadora da sequenciabilidade de novos períodos de colheita de dados.

O segundo e terceiro períodos de colheita de dados foram referentes à observação e realização dos Focus Grupos aos participantes das escolas. Decorreram entre 2016 e 2017 obedecendo ao planeamento possível mediante as disponibilidades dos diversos intervenientes e demais questões logísticas que foram surgindo, ocorrendo reprogramações de datas para alguns períodos de observação e de um ou outro focus-grupo.

Uma vez que um dos nossos objetivos visou caracterizar esta intervenção dos enfermeiros procurámos privilegiar a observação da interacção destes nas escolas, uma vez que

considerámos enriquecedor poder apreender o Processo de Cuidados dos Enfermeiros em Contexto Escolar com Adolescentes, a partir de diferentes perspetivas de vários participantes, que interagem frequentemente com os enfermeiros neste *setting*. Este período de observação decorreu entre abril de 2016 a janeiro de 2017, procurando obter o espectro de interações ao longo do ano letivo. Numa fase inicial observámos os enfermeiros em interações nos AEs em todos os níveis de educação e ensino (pré-escolar-secundário) o que nos permitiu empreender a escolha pela interação com adolescentes. Não só por ser a população que os AEs/ENAs solicitam com maior frequência em termos de interação pelos enfermeiros, mas também porque pretendíamos realizar focus-grupos com alunos, prevendo saber como é visto/sentido este processo de cuidados por esta população e, percebemos que só com adolescentes conseguiríamos colher estes dados não só por serem os alunos que mais tempo já frequentam a Escola e portanto têm mais contato com os enfermeiros, mas também por poderem ser os alunos com maior à vontade para conversarem com os investigadores, podendo ter vindo a formar opinião sobre as suas necessidades em matéria de promoção para a saúde na escola versus as respostas de cuidados obtidas, neste âmbito. Assim, o período de observação resultou em cento e sete horas de observação no contexto dos AE`s/ENAs, enfatizando-se a observação das interações com os adolescentes. Porém, perante a riqueza e tipologia de diversas interações, as mesmas também foram observadas com outros atores da escola igualmente importantes para a caracterização deste processo de cuidados.

Temporalmente, o período de observação foi intercalado com a realização dos focus-grupo com os atores da escola, para maior rentabilização de tempo entre os enfermeiros na SE e os investigadores, como também com os atores da Escola. Este processo de estar nos contextos naturais foi muito facilitador da comunicação com estes atores da escola, uma vez que passámos a conhecer os rostos dos diversos intervenientes no processo de cuidados com os enfermeiros, assim como pudemos clarificar dúvidas referentes ao estudo de investigação, que em alguns dos AE`s/ENAs, ainda surgiram. Esta clarificação da informação, assim como a adaptabilidade da investigadora em flexibilizar-se para se deslocar aos contextos tanto para os períodos de observação como para a realização dos focus-grupos foi de suma importância para podermos averiguar as disponibilidades de todos os participantes visando negociar datas para a realização destes períodos de colheita de dados.

Nesse sentido, numa primeira fase e, na sequência da primeira análise de dados das entrevistas dos enfermeiros, pedimos às escolas, se assim lhes fosse possível, que a participação nos focus grupo pudesse contar com distintos participantes desde professores na direcção, aos coordenadores PES, aos psicólogos, assistentes sociais, coordenadores de ciclos, directores de turma, professores da educação especial e outros professores e assistentes operacionais,

preferencialmente pertencentes ao quadro da instituição uma vez que são estes profissionais que mantêm interações privilegiadas com os Enfermeiros na SE.

Posteriormente, numa segunda fase, pedimos igualmente à escola que pudesse solicitar a participação de pais/encarregados de educação ou representantes legais e, ainda numa terceira fase pedimos a participação de alunos. Todo este sequencial processo de colheita de dados foi acautelado com as necessárias assinaturas dos consentimentos informados pelos participantes e, no caso dos alunos, foi realizado antecipadamente o envio dos pedidos de autorização para os pais/encarregados de educação, assim como acresceu a assinatura do pedido de assentimento para cada aluno, no dia da realização dos focus-grupo.

O resultado de todos estes pedidos configurou a nossa amostra inicial, casuística, dado que foram as escolas que tomaram as decisões de quais profissionais do AE deveriam participar nos focus-grupos. Assim, passamos seguidamente a caracterizar cada grupo de participantes dos diferentes focus-grupos, através da apresentação dos dados de caracterização em tabelas. Relativamente ao: **1) Focus grupos dos profissionais da educação** dos nove AEs que estiveram disponíveis para participar, contámos com um total de quarenta e sete participantes (6 Diretores; 9 Coordenadores PES; 14 Diretores de turma/professores; 6 psicólogos educacionais; 2 coordenadores de Diretores de turma; 2 Coordenadores da Educação Especial; 1 assistente social e 7 assistentes operacionais). Na globalidade a média de idades dos participantes do grande grupo deste focus-grupo foi de 46 anos, com um tempo de exercício profissional de 23,5 anos, sendo 91,5% participantes do sexo feminino e 8,5% participantes do sexo masculino.

Tabela 2: Dados de Caracterização dos Participantes Profissionais da Educação

Caraterização dos Participantes: Profissionais da Educação													
	Freq.	%	Média Idades	Média Tempo Ex.Profissional	Funções na Escola								
Participantes	47	100	46 anos	23,5 anos	Diretores	C.º PES	C.º Ed.Esp.	C.º DTs	DTs	Psicol.	Profs.	Ass. S	AOs
Homens (s.M)	4	8,5	44 anos	25 anos	1	0	0	0	0	0	3	0	0
Mulheres (s.F)	43	91,5	48 anos	22 anos	5	9	2	2	5	6	6	1	7
			Agrupamentos de Escolas (9)		6	9	2	2	5	6	9	1	7

Fonte: Dados dos Focus-grupos realizados com os Profissionais do Setor da Educação

Legenda:

C.º PES	Professor - Coordenador da Educação para a saúde e educação sexual.
C.º Ed.Esp.	Professor - Coordenador da Educação Especial
C.º DTs	Professor - Coordenador dos Diretores de Turma
DTs	Professores - Diretores de Turma
Psicol.	Psicólogos Educacionais
Profs.	Professores de diferentes áreas curriculares e disciplinas
Ass. S	Assistente Social
AOs	Assistentes Operacionais

2) Focus grupos dos pais/encarregados de educação ou representantes legais de alunos adolescentes a frequentar a escola. Contou com 11 participantes, todos do sexo feminino e no desempenho de papéis de mães e encarregadas de educação. As escolas procuraram por diversas vezes contatar mais encarregados de educação, porém, referiram que à semelhança da sua realidade relativamente às reuniões nas escolas, os pais de adolescentes tendem ser o grupo de participantes menos representativo, por comparabilidade com a participação de pais ou encarregados de educação em reuniões na escola, de outros níveis de educação ou ensino. Na tabela seguinte apresentam-se os dados de caracterização deste grupo de participantes.

Tabela 3: Dados de Caracterização dos Participantes Pais/Encarregados de Educação

Caraterização dos Participantes: Pais/EEs					
	Freq.	Média Idades	Habilit. Literárias		Vínculo Familiar ou Legal ao aluno
			Ens. Básico Secundário	Bacharlato Licenciatura	
Pais/EEs	11	44 anos			
Homens (s.M)	0	0	0
Mulheres (s.F)	11	[36-50] anos	5	7	Mães e EE`s

Fonte: Dados dos Focus-grupos realizados com os Pais/EE`s ou Representantes Legais

Legenda: EE`s - Encarregados de Educação

3) o Focus grupo dos alunos contou com 26 participantes, sendo bastante equilibrado na questão de género. Previamente, enviámos os pedidos de consentimento aos pais/EE`s /Representantes legais dos alunos através da escola. No momento dos focus-grupos foi facultado a cada aluno participante o assentimento de menor para participar no estudo, para além das autorizações prévias dos pais/EEs. Por via da caracterização do processo de cuidados dos enfermeiros na SE com adolescentes, as escolas procuraram ter alunos adolescentes presentes de todos os anos de escolaridade, desde o 3º CEB ao Secundário e Cursos de Educação e Formação (CEF).

Tabela 4: Dados de Caracterização dos Participantes Alunos

Caraterização dos Participantes: Alunos										
	Freq.	%	Média Idades	Anos de Escolaridade						
				7º ano	8º ano	9º ano	10º ano	11º ano	12º ano	CEF`s
Participantes	26	100	15 anos							
Homens (s.M)	12	46	14 anos	0	5	3	1	1	1	1
Mulheres (s.F)	14	54	15 anos	3	0	5	0	0	3	3
				3	5	8	1	1	4	4

Fonte: Dados dos Focus-grupos realizados com os Alunos

6. ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

A metodologia da Grounded Theory para além da sua grande complexidade, obriga a um rigoroso processo de organização, tratamento e análise dos dados. A realização da microanálise, que consiste na “análise detalhada linha por linha (...) para gerar categorias iniciais e para sugerir relações entre categorias: uma combinação de codificação aberta e axial” (Strauss & Corbin, 2008 p.64), constituiu-se um enorme desafio por não ser um processo estruturado ou flexível, mas antes por ser um processo que se pretende de fluxo livre e criativo, onde os investigadores se movimentam continuamente de frente para trás e atrás para a frente entre os diferentes tipos de codificação, com recurso às diferentes técnicas e procedimentos analíticos ao nosso dispor. Todo o processo de microanálise implicou muita atenção, dedicação, avaliação pormenorizada, questionamento constante e interpretação dos dados. Estes, originários de diferentes fontes, são isolados, desagregados, sujeitos a rigorosa examinação em três grandes aspetos: (1) análise dos dados em si, enquanto relatos dos participantes de factos e ações reais tal como são vivenciados por estes; (2) análise das interpretações dos atores e observadores dessas vivências, objetos, acontecimentos e ações; (3) análise da interação entre os dados e os investigadores desde a colheita e durante todo o processo de análise.

A interação investigadores-dados ficou clarificada no capítulo anterior, tendo significado que os investigadores trabalharam com os dados e reagiram a estes a partir das suas compreensões e experiência de investigação. Ou seja, a experiência e conhecimento dos investigadores foi considerada e tornada clara no processo analítico ainda que se mantendo a postura de constante abertura que a metodologia sugere. Ao termos consciência dos próprios preconceitos procurámos que estes se constituíssem como base para aumentar a sensibilidade aos dados, procurando significar o processo de análise em correspondência à realidade imersa nos mundos que encontrámos. Neste âmbito, ao reconhecermos este *elemento humano* ao longo da análise, tornámo-lo consciente através de vários processos. O primeiro processo visou termos clarificado no início do estudo os nossos pressupostos pessoais sobre a Enfermagem na Saúde Escolar, através da redacção de um memorando; o segundo processo, passou por irmos continuamente colocando questões nesse memorando, que foi sempre nos acompanhando desde o pensamento inicial dos investigadores, passando pelo desenrolar das etapas do estudo, até à redacção final da tese; o terceiro processo, implicou o recurso à comparação constante entre dados consistindo num dos principais instrumentos de aferição dos mesmos; e o quarto processo implicou a produção de diagramas fidedignos aos conceitos e categorias que emergiram dos dados numa fase mais inicial da análise, acompanhados pela frequente

colocação da auto-questão de: “o que vi, ouvi e analisei está de acordo com a realidade dos dados?”.

Dada a extensibilidade do corpo de dados obtido procurámos apresentar a caracterização do processo de cuidados no contexto escolar com os adolescentes integrando os pressupostos do interacionismo simbólico de *processo de tornar-se* em tudo o que diz respeito ao ser humano através das interações sociais, reforçando-o com as perspectivas construtivistas e da enfermagem, enquanto ciência humana. Porém, neste capítulo, caracterizaremos os contextos físicos e interacionais que a análise de dados desocultou, deixando antever uma multidimensional complexidade de processos que os enfermeiros na SE experienciam no seu processo de cuidados, particularmente quanto aos diversos *elementos* que têm de ser continuamente considerados por estes profissionais, e que continuamente emergem a diferentes níveis, deixando antever grande imprevisibilidade. Assim, de forma a facilitar a compreensão da organização dos dados, explicitamos o formato gráfico da sua apresentação no texto.

De forma a distinguirmos conceitos, categorias, subcategorias e construtos, decidimos adotar um formato de os representar no texto, por via das designações que adotámos de Strauss e Corbin, acompanhado pela existência de diagramas clarificadores ao longo do mesmo. Estes diagramas facilitam a compreensão da integração do vasto corpo de categorias da codificação axial para a codificação seletiva, transformando-se na amostragem teórica. Todo este complexo processo de análise requereu a construção de várias tipologias de suporte de dados que podem ser consultados nos apêndices (II a IV), de forma a se compreenderem as suas relações, evoluindo todo este processo até ao processo social básico na linguagem de Strauss e Corbin, mas que no âmbito deste estudo surge com a designação Processo Saúde-Humano-Ambiente (Reed, 2018).

Assim, no capítulo seguinte, explicitaremos todo este processo, complementando-o com o formato gráfico que adotámos para o texto. Decidimos designar os conceitos unificadores da codificação seletiva por construtos que vão surgir no texto a ***“negrito, itálico e entre aspas”***. As grandes categorias surgem *“entre aspas e a itálico”* e são conceitos com um maior nível de abstração, derivados dos dados, que têm poder analítico (Strauss & Corbin, 2008., p.114). As sub-categorias *“apresentam-se entre aspas”* não surgem em ligação a todas as categorias, diferenciando-se destas porque permitem conhecer melhor fenómenos, porém, ao contribuírem para os aprofundar, não os representam (Strauss & Corbin, 2008., p.114). Por fim, os conceitos surgem sublinhados no texto, são a base da análise e representam os fenómenos

do estudo enquanto ideias centrais dos dados, sejam de índole estrutural ou processual (Strauss & Corbin, 2008., p.103).

Um dos aspetos a realçar nos **construtos**, nas grandes categorias e em outras categorias diz respeito à utilização do tempo verbal gerúndio, procurando transmitir o carácter dinâmico e diacrónico que identificámos na caracterização deste processo de cuidados. Igualmente, sendo o estudo realizado com adolescentes, a utilização deste tempo verbal permite-nos cunhar o desenvolvimento adolescente enquanto forma de estar no Mundo, singular e em processo de construção identitária, procurando neste percurso experiencial integrar os significados de deixar de ser criança e vivenciar o *ser* adolescente. Referimos anteriormente que cada cultura constrói os seus conceitos de adolescência, sendo na literatura científica apontada como um fenómeno universal a partir da perspectiva evolucionista, mas na perspectiva existencial-humanista que perfilhamos, o adolescente é um ser singular que precisa ser compreendido perante as suas relações, sempre complexas e únicas no mundo, adotando uma *forma de estar no mundo* que merece particular atenção quanto à vivência e atribuição de significado das suas experiências, face a repercussões na saúde, no desenvolvimento e na vida.

7. A NATUREZA DO PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA SAÚDE ESCOLAR COM ADOLESCENTES

“O Humanismo consiste em permitir a tomada de consciência da nossa plena humanidade, como condição e obrigação: como situação e projeto” (Furter, P. p.165)

Inevitavelmente, a continuidade de um cuidado pressupõe uma ação humana em persistência ou constância, o que nos fez equacionar e querer conhecer este cuidado dos enfermeiros na saúde escolar com adolescentes. Relembramos o pressuposto dos enfermeiros na SE saírem do Mundo da Saúde enquanto contexto que lhes é conhecido e no qual se sentem confortáveis, para cuidarem na Escola, espelhando nesta sua acção, os seus próprios mundos pessoal e profissional. Nesse sentido, iremos dar a conhecer através da metáfora *Mundo(s)* este processo de cuidados.

Como referimos anteriormente, por via da necessária caracterização deste fenómeno em estudo – Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar com Adolescentes – enfatizaremos o contexto do seu Processo de Cuidados no setor da educação – nos Agrupamentos de Escolas (AEs), em particular em escolas do ensino básico (3ºCEB) e Secundário onde estudam os adolescentes. No entanto, anteciparemos uma breve contextualização aos ACeS e estrutura e funcionamento das UCCs, seguida da caracterização mais pormenorizada da interação dos enfermeiros na SE intra-ACeS. Posteriormente, numa última fase, apresentamos sucintamente a interação dos enfermeiros em outros locais da comunidade, explicitando, e salvaguardando a informação de que nos foi autorizada realizar observação não participante, porém sem recurso a meios audiovisuais, sendo os registos obtidos na análise dos dados, referentes à descrição do que os investigadores observaram e escreveram logo após esse período de observação.

A partir deste momento convidamos a conhecer vários *Mundos* que os enfermeiros que integram a(s) equipa(s) de Saúde Escolar cohabitam no dia-a-dia do seu processo de Cuidados. Mobilizam-se e interagem em espaços físicos respeitantes a uma triplicidade setorial com distintas culturas organizacionais, conhecidos como os: Setor da Saúde, Setor da Educação, e Setor Comunitário. Porém, pela vasta complexidade de cada um destes grandes setores da sociedade, e suportando-nos de um código *in vivo* dos participantes, considerámos por isso

mesmo, cada um deles – *um Mundo* - desafiador em termos de estruturas e processos a apreender e considerar para viabilizar este processo de cuidados na SE. Conceptualizámo-los como os “*Mundo da Saúde*”, “*Mundo da Escola*” e “*Mundo da Comunidade*”, respetivamente.

7.1 O “Mundo da Saúde” – Caraterização do Contexto dos Enfermeiros na Saúde Escolar, nas Instituições de Saúde

O *Mundo da Saúde* rege-se pela designada Lei de Bases da Saúde recentemente atualizada pela Lei n.º 95/2019, onde explicita na base 4, alínea 1 que “a política de saúde tem âmbito nacional e é transversal, dinâmica e evolutiva, adaptando-se ao progresso do conhecimento científico às necessidades, contextos, e recursos da realidade nacional, regional e local, visando a obtenção de ganhos em saúde” (DR n.º 169/2019, Série I, p. 57).

Os enfermeiros na SE realizam parte do seu processo de cuidados nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). A SE atualmente, enquanto referencial orientador da Promoção, Educação e Literacia para a Saúde da Comunidade Educativa (DGS, 2015) tem acompanhado, conhecido e sido sujeita ao longo do tempo, a diversas reformas políticas tanto nos setores da Saúde como na Educação, que vêm predizendo a forma como hoje e, no futuro, será a sua natureza. Perante estas reformas, umas vezes legisladas em decretos-Lei outras vezes constituindo-se como alterações ao nível de orientações técnicas, ou constituição de planos ou programas, ocorrem alterações no desempenho das funções dos profissionais. Por via desta frequente influência e necessária atualização de informação a nível profissional pelos enfermeiros na SE, identificámos uma grande categoria que designámos como “*Obtendo Elementos Caraterizadores para o Cuidado de Enfermagem na SE*” que tem transversalidade aos três mundos e, por isso, irá acompanhar-nos neste capítulo onde caraterizamos estruturalmente os espaços físicos e de interacção em que os enfermeiros na SE cuidam.

Um Marco importante para a SE na atualidade foi a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Dec-Lei 28/2008) por via da constituição dos ACeS e das diferentes unidades funcionais que os constituem. Neste Decreto-Lei reconheceu-se os Cuidados de Saúde Primários como o pilar fundamental do sistema de saúde nacional enfatizando-se esta premissa, previamente estabelecida na Declaração de Alma-Ata em 1974. Nesta Reforma iniciada em 2005, surgiu uma alteração estruturante que consistiu na criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Os ACeS ficaram designados como “serviços de saúde com autonomia

administrativa, constituídos por várias unidades funcionais¹, que integram um ou mais centros de saúde (...) tendo por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Dec-Lei n.º 28/2008, DR 22 fev. 2008., p.1182). No âmbito deste estudo, importa compreender esta alteração nos cuidados de saúde primários e, enfatizar a unidade funcional: Unidade de Cuidados na Comunidade, que seguidamente se caracteriza.

7.1.1 ACeS - Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)

Anteriormente referimos que a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, estabeleceu agrupamentos de Centros de Saúde, integrando nestes, várias unidades funcionais já mencionadas. A unidade funcional que vamos aprofundar, na perspectiva estrutural e de funcionamento é a Unidade de Cuidados na Comunidade. Esta, presta “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Ministério da Saúde, 2008., capítulo II, art.º 11).

Na sequência do decreto-lei referido, surge o Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade regulamentado pelo Despacho que estabelece como atividades da carteira de serviços da UCC a contratualizar com o ACES, as seguintes áreas: a) Contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade; b) Intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar e c) Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência (...)” (Ministério da Saúde, 2009).

Partimos deste enquadramento legal como base criterial para termos eleito Enfermeiros na Saúde Escolar integrados em equipas de unidades de cuidados na comunidade, uma vez que de uma forma geral as outras unidades funcionais dos ACeS, ainda que podendo realizar intervenção na SE, não tomaram essa decisão, inexistindo condições para se terem constituído como amostra de participantes.

¹ Unidades Funcionais dos ACeS: Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada uma das unidades funcionais assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais. Previu-se a possibilidade de existência de outras unidades ou serviços que venham a ser considerados necessários.

Por via de garantirmos o anonimato das instituições que autorizaram a realização do estudo, definimos um processo de codificação. Elegemos dois ACeS a que atribuímos a codificação de ACeS1 e ACeS2, e Enfermeiros na Saúde Escolar de quatro UCCs. Esta decisão foi ponderada no sentido de procurar aumentar a amostra inicial dos Enfermeiros na Saúde Escolar, mas também pela natureza da metodologia escolhida, tendo critérios para estabelecer comparabilidade entre achados dos participantes de diferentes locais de trabalho e interação em contextos geográficos distintos, porém tendo como denominador comum o processo de cuidados de Enfermagem na saúde escolar.

Garantindo o anonimato das instituições, também atribuímos um código às UCCs escolhidas. Em termos gerais, podemos referir que as quatro UCCs formaram-se entre o período de maio de 2010 e março de 2012, sendo constituídas por enfermeiros em número diferente (entre 6 a 10) e um secretário clínico por UCC. Em todas as UCCs, a equipa de enfermeiros subdivide-se em enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCIs) e Enfermeiros na SE, estando integrada neste número referido, a(o) Enfermeira(o) coordenadora. Assim, no ACeS 1 UCC1, a equipa é constituída por 10 enfermeiros, dois dos quais integram a equipa de saúde escolar. No ACeS2 a UCC2,1 a equipa é constituída por 10 enfermeiros, um dos quais integra a equipa de saúde escolar; no ACeS2 a UCC2,2 é constituída por nove enfermeiros, três dos quais integram a equipa de saúde escolar; no ACeS2 a UCC2,3 é constituída por seis enfermeiros, dois dos quais integram a equipa de saúde escolar.

7.1.2 Enfermeiros na SE participantes no estudo

Relembramos que anteriormente apresentámos os dados da amostra constituída pelos oito enfermeiros de quatro UCC`s, sendo sete participantes do sexo feminino e um participante do sexo masculino, com vasta experiência profissional (média de tempo exercício profissional: 25 anos) e, igualmente com bastante tempo de intervenção nesta área de cuidados (média de tempo exercício na SE: 14 anos). Durante o período de colheita de dados deste estudo, realizámos nos ACeS as entrevistas aos enfermeiros na saúde escolar nos seus locais de trabalho nas UCCs, pelo que contactámos com os ambientes físico e relacional destes profissionais, que consideramos importante descrever.

7.1.3 Caracterização do espaço físico na UCC dos enfermeiros na SE participantes no estudo

O espaço físico em que os enfermeiros do ACES1UCC1 trabalham, consiste numa sala no 1º andar do edifício sede do Agrupamento de Centros de Saúde, com cerca de 12 m². A sala está equipada com 2 secretárias que estão unidas entre si (permitindo rentabilização do espaço), uma mesa redonda com cadeiras e um armário. É presenteada com uma grande janela de onde provém luz natural que torna a sala acolhedora. Nesta sala trabalham dois enfermeiros(as) numa disposição, permitida pela junção das secretárias, de frente-a-frente. Cada um deles dispõe de um computador fixo. As salas contíguas a este espaço pertencem, à UCC, mas destinam-se aos outros profissionais.

O espaço físico da sala onde trabalham os enfermeiros(as) do ACES2UCC2,1 é também no Centro de Saúde no 1º andar, destinado aos profissionais da UCC. Sala com cerca de 10 m², contém diversos armários ao redor das paredes, duas secretárias (uma de cada lado da sala: uma secretária fica perto da única janela da sala e a outra secretária fica junto à porta. O espaço é partilhado pela(o) enfermeira(o) e outra profissional do centro de saúde. Existem bastantes cartazes, posters alusivos à promoção da Saúde, e trabalhos realizados pelos profissionais ou por estudantes de enfermagem, expostos nas paredes da sala, tornando-a colorida e atraente.

No ACES2UCC2,2, encontramos outra realidade. Instalada num edifício antigo do centro de saúde com vários andares, encontra-se a UCC no 2º piso. A sala onde os enfermeiros da saúde escolar trabalham, tem uma disposição bastante estreita, é antecedida por uma outra sala muito pequena, que tem uma secretária e um expositor com diversos folhetos e brochuras. A sala estreita, dispõe de 3 secretárias: duas secretárias encontram-se do lado esquerdo da sala seguidas uma à outra e ladeadas por armários anteriores a estas e estantes do lado direito, deixando um estreito corredor de passagem que termina num espaço onde antes tinha sido uma varanda. Esta ex-varanda, está atualmente fechada com marquise (sendo a única fonte de luz natural para toda a sala), fazendo com que esta seja sombria e se utilize quase sempre o recurso à luz artificial. Todas as secretárias têm computador fixo, disponibilizado.

No ACES2UCC3, o espaço físico também pertence a um dos edifícios pelos quais é constituído o centro de saúde. Encontram-se no 1º andar de um edifício muito antigo, mas com obras realizadas e reabilitado para acomodar a equipa da UCC. Os enfermeiros na Saúde Escolar não têm uma sala disponível para todos, mas cada um ocupa um espaço em sala individual, ou em sala partilhada com outros colegas da UCC. São salas amplas (cerca de 20 m²) com muita luminosidade natural, secretárias individuais para cada profissional com computador fixo. A sala/gabinete maior dispõe de mesa redonda com cadeiras e armários.

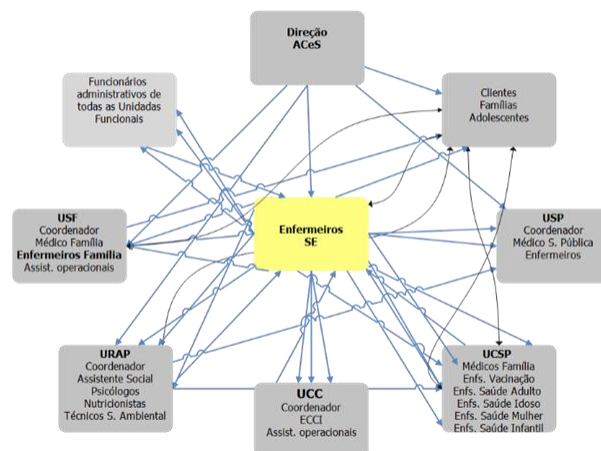
Na generalidade, todos os profissionais nas equipas de SE destes ACeS diariamente, estão pouco tempo nestes espaços da UCC, por se encontrarem a trabalhar nos agrupamentos de escolas com as comunidades educativas, em particular nos períodos respeitantes ao ano letivo.

7.1.4. Caraterização das Interações dos enfermeiros na SE intra ACeS

No âmbito das interações dos Enfermeiros na Saúde Escolar dentro do ACeS são frequentes e acontecem com diversos profissionais das várias unidades funcionais, sempre que precisam de acompanhar a situação de saúde de uma criança/adolescente/família inscrita nestas unidades, tendo sido sinalizada aos enfermeiros por atores da escola via telefónica, mail ou presencial. Nomeadamente nas USFs as interações dos enfermeiros na SE relacionam-se com a articulação com o médico de família e os enfermeiros de família, assim como com os secretários clínicos. Relativamente às UCSPs os enfermeiros na SE aumentam o número de interações por via da filiação dos profissionais a Programas de Saúde e, nesse âmbito articulam com os médicos de família, com os Enfermeiros da Saúde Infantil e Juvenil, com os Enfermeiros da Saúde da Mulher, com os Enfermeiros da saúde do Adulto e do Idoso, com os colegas do Programa de Vacinação, e com os secretários clínicos de cada valência, entre outros. Sobre a interação dos Enfermeiros na SE com a URAP, uns Enfermeiros na SE articulam-se diretamente com as psicólogas, outros encaminham o pedido de consulta para o médico de família e, posteriormente este encaminhará para as psicólogas. Porém, interagem autónoma e diretamente com as técnicas de saúde ambiental, higienista oral, nutricionistas, entre outros. Na própria UCC os enfermeiros interagem com os seus pares: coordenador, colegas dos cuidados continuados e, outros

colegas enfermeiros, assim como assistentes operacionais. Na figura 1 procurámos representar o vasto núcleo de interações dos Enfermeiros na SE com os seus pares intra-ACeS, partindo do critério base das diversas unidades funcionais que integram um ACeS. As interações apresentadas partem do grupo de Enfermeiros na Saúde Escolar para com os seus pares nas diferentes unidades funcionais, existindo parcial reciprocidade(s) de resposta.

Figura 1. Interações Intra-ACeS dos Enfermeiros na Saude Escolar



7.2 “O Mundo da Escola”- Caracterização do Contexto Escolar do Processo de Cuidados dos Enfermeiros na SE

O Contexto Escolar onde os enfermeiros realizam o processo de cuidados necessita, igualmente, de clara caracterização por via da sua complexa organização e cultura, o qual caracterizámos de *Mundo da Escola*. É extremamente importante salientarmos que o mundo da escola é um Mundo Pedagógico e não assistencial em saúde. Nesse sentido, precisamos inicialmente enquadrar as finalidades do setor da educação para compreendermos o cuidado dos enfermeiros na SE num *setting* de cariz educacional. Recorremos ao suporte da legislação vigente a partir da Lei de Bases do Sistema educativo (LBSE)² para apresentar este contexto, subsidiando-nos ainda de outros documentos. A LBSE estabelece o quadro geral deste sistema referindo que o sistema educativo consiste no “conjunto de meios pelo qual se concretiza o direito à educação, que se exprime pela garantia de uma permanente ação formativa orientada para favorecer o desenvolvimento da personalidade, o progresso social e a democratização da sociedade” (art.º 1, *Âmbito e definições*). O primeiro artigo dos *Princípios gerais* ratifica que “todos os portugueses têm direito à educação e à cultura, nos termos da Constituição da República” (art.º 2, alínea 1) e que o “sistema educativo responde às necessidades resultantes da realidade social, contribuindo para o desenvolvimento pleno e harmonioso da personalidade dos indivíduos, incentivando a formação de cidadãos livres, responsáveis, autónomos e solidários e valorizando a dimensão humana do trabalho” (art.º 2, alínea 4). Ainda salientamos o exposto nas alíneas b), c) e d) do art.º 3 (*Princípios organizativos*) pela importância que se reveste no objecto de pesquisa deste estudo. Este artigo refere que o sistema educativo organiza-se de forma a: “(...) contribuir para a realização do educando, através do pleno desenvolvimento da personalidade, da formação do carácter e da cidadania, preparando-o para uma reflexão consciente sobre os valores espirituais, estéticos, morais e cívicos e proporcionando-lhe um equilibrado desenvolvimento físico” (alínea b); “assegurar a formação cívica e moral dos jovens; (alínea c)” e “assegurar o direito à diferença, mercê do respeito pelas personalidades e pelos projectos individuais da existência, bem como da consideração e valorização dos diferentes saberes e culturas” (alínea d).

O Capítulo II define a *organização do sistema educativo*, explicitada no artigo 4.º, alínea 1, referindo que o “sistema educativo compreende a educação pré-escolar, a educação escolar e a educação extra-escolar” (*Organização geral do sistema educativo*). No âmbito deste estudo

² Lei de Bases do Sistema Educativo. Lei n.º 46/86 – Diário da República n.º 237/1986, Série I de 14 de outubro.

explicitamos o conceito de educação escolar que “(...) compreende os ensinos básico, secundário e superior, integra modalidades especiais e inclui atividades de ocupação de tempos livres” (art.º 4, alínea 3).

A lei n.º 85/2009 vem estabelecer o regime da escolaridade obrigatória para as crianças e jovens que se encontram em idade escolar e consagra a universalidade da educação pré-escolar para as crianças a partir dos 5 anos de idade. Clarifica que “consideram-se em idade escolar as crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos” (art.º 2, alínea 1).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 75/2008 que aprovou o regime de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário³ as Escolas são estabelecimentos de ensino aos quais está confiada uma missão de serviço público, que consiste em dotar todos e cada um dos cidadãos das competências e conhecimentos que lhes permitam explorar plenamente as suas capacidades, integrar-se ativamente na sociedade e dar um contributo para a vida económica, social e cultural do País” (Decreto-lei n.º 75/2008 de 22 abril., p. 2341). Nesse sentido, o programa do XVII Governo (à data do Dec-Lei anteriormente mencionado) identificou a necessidade de revisão deste regime jurídico no sentido do reforço da participação das famílias e comunidades na direcção estratégica dos estabelecimentos de ensino visando a constituição de lideranças fortes.

No mesmo decreto-lei consideram-se estabelecimentos públicos os agrupamentos de escolas (AEs) e as Escolas não agrupadas (ENA) (art.º 2, alínea 2) que devem reger-se por um conjunto de princípios gerais dos quais se destacam os princípios da igualdade, da participação e da transparência. Tanto os AEs como as ENAs devem organizar-se no sentido de a) Promover o sucesso e prevenir o abandono escolar dos alunos (...); b) Promover a equidade social, criando condições para a concretização da igualdade de oportunidades para todos; c) assegurar as melhores condições de estudo e de trabalho, de realização e de desenvolvimento pessoal e profissional; (art.º 4º, alíneas a,b,c).

A nível nacional o número de AE`s e ENA`s têm-se mantido constante desde o ano letivo 2012/13 até à actualidade. Existem 713 AE`s a nível nacional e 95 ENA`s⁴.

³ Decreto-Lei n.º 75/2008. Ministério da Educação. Regime da autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário. Diário da República, 1.ª série-N.º79-22 de Abril de 2008. Acedido em 24 fev. 2021. Disponível em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/55047675/201705221315/diploma?LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice

⁴ Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. Educação em Números, Portugal 2021. Lisboa. DGEES. Disponível em [https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=1262&fileName=DGEEC_2021_EducacaoEmNumeros.pdf](https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1262&fileName=DGEEC_2021_EducacaoEmNumeros.pdf)

Entende-se por Agrupamento de Escolas uma “unidade organizacional, dotada de órgãos próprios de administração e gestão, constituída por estabelecimentos de educação pré-escolar e escolas de um ou mais níveis e ciclos de ensino, com vista à realização das finalidades: a) Proporcionar um percurso sequencial e articulado dos alunos abrangidos numa dada área geográfica e favorecer a transição adequada entre níveis e ciclos de ensino; b) superar situações de isolamento de escolas e estabelecimentos de educação pré-escolar e prevenir a exclusão social e escolar; c) Reforçar a capacidade pedagógica das escolas e estabelecimentos de educação pré-escolar que o integram e realizar a gestão racional dos recursos; d) Garantir o funcionamento de um regime de autonomia, administração e gestão” (Seção II – Organização, art.º 6). Importa ressaltar que a constituição dos AEs deve obedecer aos critérios definidos na lei, salvaguardando-se o facto de cada escola ou estabelecimento de educação pré-escolar manter a sua identidade e denominação próprias.

Salientamos também que o Programa do XXI Governo Constitucional estabeleceu como uma das suas prioridades de acção governativa reiterar o compromisso com a educação inclusiva na sequência da ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência adotada na Assembleia Geral da ONU, e aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009 de 30 junho, para a qual estabeleceu o Decreto-Lei n.º 54/2018 que estabelece o regime Jurídico da Educação Inclusiva.

A importância deste Decreto-Lei reside numa mudança de paradigma uma vez que perspetiva a criança de forma holística e, enfatiza as suas capacidades em detrimento das suas dificuldades. Estabelece-se o direito de todas as crianças e alunos acederem e participarem nos mesmos contextos educativos, defendendo-se a *educabilidade universal* “todas as crianças e alunos têm capacidade de aprendizagem e de desenvolvimento educativo” e a *Equidade* na garantia de que todas as crianças e alunos têm acesso aos apoios necessários de modo a concretizar o seu potencial de aprendizagem [art.º 3, alíneas a), b) e c)]. Ainda no âmbito da Educação inclusiva foram também constituídas as Unidades de Apoio Especializado para a Educação de Alunos com Multideficiência e Surdocegueira Congénita⁵ numa rede de âmbito nacional. Procurou-se reunir meios humanos e materiais como oferta de uma resposta educativa de qualidade a estes alunos com um corpo de objetivos que procuram promover a participação integrada nas atividades curriculares com os seus pares, sugerindo-se a adequação curricular e a aplicação de metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares, até à organização do processo de transição para a vida pós-escolar.

⁵<https://www.dge.mec.pt/unidades-de-apoio-especializado-para-educacao-alunos-com-multideficiencia-e-surdocegueira-congenita>

Entre vários desafios que a Escola enfrenta, a educação inclusiva e as problemáticas sociais das crianças e adolescentes constituem-se como dimensões que enformam os pressupostos do sistema educativo de responder às necessidades resultantes da realidade social e não unicamente à dimensão da aprendizagem. Na sequência de responder a esta tipologia de necessidades, outra das respostas que o sistema educativo criou são os designados: Programa Territórios Educativos de Intervenção Prioritários (TEIP), destinado a escolas inseridas geograficamente em “territórios económica e socialmente desfavorecidos, marcados pela pobreza e exclusão social, onde a violência, a indisciplina, o abandono e o insucesso escolar mais se manifestam. Os principais objetivos deste programa visam prevenir e reduzir o abandono escolar precoce e o absentismo; reduzir a indisciplina e promover o sucesso educativo de todos os alunos”⁶.

7.2.1 Caracterização dos Contextos Escolares do Processo de Cuidados dos Enfermeiros na SE: Agrupamentos de Escolas e Escolas Não Agrupadas

Anteriormente, referimos as nossas decisões quanto ao facto de elegermos AEs e ENAs do distrito onde residimos. Em particular dentro do distrito, elegemos AEs e ENAs de concelhos próximos ao local de trabalho dos enfermeiros na SE mas igualmente dos investigadores, procurando facilitar as deslocações e a gestão de tempo para realizarmos a observação das interações dos enfermeiros em contexto natural.

Na medida em que aceitaram participar no estudo nove agrupamentos de escolas e uma escola não agrupada de cinco concelhos do distrito, planeámos os tempos de observação. Reforçamos a informação de que todos os AEs/ENA concederam as respetivas autorizações, após o prolongado período de tempo em que foi necessário realizar os pedidos às entidades nacionais e locais (CNPD, MIM, CES) conforme referimos anteriormente, para depois os AEs/ENAs, poderem autorizar a colheita de dados a nível local, nos seus contextos.

Realizámos anteriormente o enquadramento das unidades orgânicas do sistema educativo relativamente às dimensões da autonomia administrativa, missão e definições.

Neste sentido, passamos a realizar uma breve caracterização geral de cada um destes nove AEs e ENAs, igualmente com recurso a códigos para garantirmos o seu anonimato. Nestes, e face ao objeto de estudo visar o processo de cuidado dos Enfermeiros na Saúde Escolar com adolescentes, centrar-nos-emos sobre as Escolas dos 2º/3º CEBs e Secundárias destes AEs/ENAs.

⁶ DGE. Programa Territórios Educativos de Intervenção Prioritários. <https://www.dge.mec.pt/teip>

Salvaguardamos a informação de que os Enfermeiros na SE intervêm em todos os níveis de educação e ensino, mas não sendo âmbito do estudo este espectro global da sua intervenção, apresentamos a informação referente ao processo de cuidados com adolescentes nas escolas que se constituíram contextos de observação e focus grupos (tabela 3).

7.2.2 Contexto da Interação, os espaços físicos

Considerámos que mais importante do que caracterizar aprofundadamente os espaços físicos dos AE's e ENA participantes, será a caracterização do contexto interacional dos enfermeiros nestes espaços. Assim, decidimos apresentar uma síntese de características similares e distintas dos espaços entre os vários AE's e ENA, pela oportunidade de se compreender onde acontecem as interações dos enfermeiros com os atores da escola, nos mesmos.

As principais similaridades identificadas entre todos os AE's relacionaram-se com a arquitetura por edifícios/monoblocos de r/c e 1º andar, ainda que as escolas distassem entre si cerca de 36 anos relativamente às suas datas de construção (1973 até 2009). Maioritariamente as paredes externas dos edifícios são pintadas de cor branca, enquanto as paredes internas apresentam tonalidades cremes e brancas.

Outra característica identificada entre este grupo de edifícios que se distribuem ao longo do recinto escolar variando em número entre 4 a 5 monoblocos, consiste na existência de um edifício monobloco central que agrega os serviços principais da escola. Referimo-nos aos espaços onde se encontram os órgãos da direcção, a sala de professores, a papelaria, o serviço de acção social e o serviço de psicologia e orientação.

Outras características comuns identificadas consistiram na existência de salão polivalente, campos de jogos, diversas tipologias de salas de aulas adequadas à leccionação de disciplinas de diferentes áreas científicas (salas regulares, salas/laboratórios ou salas/oficinas) assim como o mobiliário e materiais escolares;

Todas as escolas apresentaram vedação do recinto com gradeamentos elevados em cerca de 2 m da altura do muro da escola. Existe o portão principal das escolas assessorado por um espaço onde permanece um assistente operacional a monitorizar a acessibilidade das pessoas ao portão, em particular para garantir a segurança dos alunos à entrada do recinto e, a obstaculização de pessoas estranhas à escola.

Relativamente às diferenças identificadas, a ENA não apresenta esta característica dos edifícios/monobloco. A sua estrutura funciona num edifício único de 3 pisos, onde toda a dimensão organizacional e pedagógica acontece. Alguns espaços exteriores diferem na

perspectiva da acessibilidade e estética. Há escolas com salas de multideficiência e espaços/barreira contornados para permitir a acessibilidade; há espaços ajardinados, cuidados pelos alunos de cursos da via profissionalizante, enquanto outras escolas têm plantas em vasos colocados ao longo dos espaços exteriores e interiores; numas escolas ainda ocorre a existência de sinalização sonora para situar o início das aulas, enquanto noutras escolas esta sinalização sonora já não existe. Também identificámos diferenças relativamente às culturas organizacionais que se distinguem face aos modelos de gestão e missão expressos nos Projetos Educativos de Escola; e outra diferença identificada correspondeu à tipologia da região geográfica onde cada Escola está sediada (rural ou urbana);

Tabela 5. Caracterização das Escolas dos AE's onde foi realizado o período de observação

Distrito	AEs	Escolas do AE
Concelhos		
Concelho 1	AE1	Escola EB 2,3. Construída em 1985/86 numa estrutura de 3 monoblocos de salas de aula, 1 Polivalente onde funcionam os serviços administrativos da escola e 1 campo de jogos. Em 1992, foi construído mais 1 bloco de aulas. Recebe adolescentes de 3 freguesias do concelho 1. Num total de 10 turmas (7º ano), 9 turmas (8º ano) e 7 turmas (9º ano), 100 professores e 27 assistentes operacionais.
Concelho 5	AE5	AE constituído em 2010 integrando 9 escolas. Esta escola foi criada em 1993. Estrutura em monoblocos de salas de aula. Recebe adolescentes de 7 freguesias do concelho.
Concelho 6	AE6	AE constituído em janeiro de 2005 que agrega 10 escolas. A sede do AE já é uma escola antiga tendo entrado em funcionamento em 1978/79. É constituída por 3 Blocos de salas de aula, albergando um dos monoblocos, o serviço de ação social, o SPO, a sala de professores, a reprografia e os serviços administrativos. tem 773 alunos, distribuídos por 34 turmas.
Concelho 8	AE 8,1	AE constituído por 5 escolas com sede na escola secundária. Esta iniciou funções em 1986. Tem uma estrutura de monoblocos de salas de aulas e, outros serviços da escola. Tem alunos desde o 7º ao 12º anos. É um agrupamento muito interessado na EpS e procura candidatar-se ao PAPEs assim como obter selos de certificação de boas práticas.
	AE 8,2	AE criado em 2009. É frequentado por 1400 alunos e agrega 4 escolas. Revela que se verificam assimetrias quanto ao nível socioeconómico e cultural dos alunos, por via das características do território educativo. Tem um currículo integrador e revela a missão de criar uma escola que responda às necessidades de todos os alunos, potencie as suas máximas competências e permita que cresçam e aprendam como indivíduos felizes.
	AE 8,3	AE constituído por 7 escolas com sede na EB 2,3. Tem por missão formar alunos conscientes, guiados por valores ambientais e cívicos. Tem alunos de 4 turmas (nos 5º, 6º e 7º e 8º anos), 5 turmas (9º ano).
Concelho 9	ENA 9,1	ENA em funções desde 1949, embora tenha história de existência desde 1857. Desenvolve a sua atividade num único edifício com 3 pisos onde estão todas as instalações e estruturas. No exterior tem espaços desportivos e de lazer.
	AE 9,2	AE constituído em 2004/2005 integrando 6 escolas, com sede na EB 2,3. Estrutura com 5 monoblocos num total de 31 salas de aula. Tem 1 polivalente, 1 pavilhão desportivo e 2 campos de jogos. O bloco central inclui as estruturas organizativas da escola. Tem como missão preparar os alunos para enfrentar os desafios do século XXI. E na sua visão refere ser um agrupamento inclusivo, aberto ao exterior, evoluindo em harmonia com a humanidade.
	AE 9,3	AE constituído por 8 escolas, cujo edifício sede EB 2,3 remonta a 1973. É constituído por blocos de 2 pisos desde 2007/08. Tem 22 salas de aula divididas por laboratórios(4), salas de Ed. Visual e Tecnológica (4), Ed. Musical (1), sendo as restantes salas de aula normais. As estruturas da escola situam-se nos Blocos (B e C). Tem 1 pavilhão gímnodesportivo e 2 campos de jogos. Tem como Missão promover a qualidade da educação e procurar melhorar sempre, os resultados dos alunos, num ambiente saudável e inclusivo.

7.2.3 Caraterísticas dos Participantes dos Contextos Escolares

Os enfermeiros quando estão no contexto físico dos AEs ou ENAs interagem com diversos atores profissionais da educação docentes e não docentes, alunos e encarregados de educação e, ainda, atores de outras instituições parceiras. Na impossibilidade de caracterizar todos os participantes com quem os enfermeiros interagem em cada um dos nove contextos, tomámos a decisão de partir de elementos da observação da vasta complexidade do contexto relacional entre os enfermeiros e os diversos atores no contexto escolar.

Assim, identificámos que os enfermeiros interagem com professores na direção, com os coordenadores PES, os psicólogos educacionais, os assistentes sociais, os coordenadores de ciclos, com diretores de turma, com professores da educação especial, com outros professores e assistentes operacionais, preferencialmente pertencentes ao quadro da instituição uma vez que são estes profissionais que mantêm interações privilegiadas com os Enfermeiros na SE. Identificámos também que os enfermeiros interagem com os pais/encarregados de educação ou representantes legais e com os alunos. Na generalidade e relativamente ao número médio de alunos por agrupamentos de escolas, este rácio situa-se entre os 1000 e os 1300 alunos, ainda que exista alguma diferença face a AE's situados geograficamente em diferentes regiões demográficas (urbanas ou rurais). Clarificamos que os alunos neste estudo são adolescentes, pelo que sempre que nos referirmos a estes, consideramo-los como pessoa em termos holísticos e não só no desempenho do seu papel de alunos. Enquanto pessoas em processo de desenvolvimento e em relação com os ambientes em que estão e vivem, intuímos que no ambiente escolar os adolescentes comunicam a sua forma de ver o mundo e as suas experiências podendo-se através destas, previsivelmente conhecer o cuidado de enfermagem na SE.

7.2.4 Caraterização das Interações no Mundo da Escola

No âmbito das interações dos Enfermeiros na Saúde Escolar nos contextos escolares apreendemos melhor a sua vasta dinâmica e complexidade neste *Mundo* por via do período de observação realizado. Tal como referido anteriormente realizámos observação em diferentes tipos de escolas (2º/3º CEB e E. Secundárias) em diferentes períodos do dia, e diferentes atividades realizadas pelos enfermeiros nas escolas. Anteriormente referimos as similaridades face à tipologia e estrutura dos edifícios das escolas, e neste período de observação identificámos similaridade dos horários do período letivo (Períodos da manhã: 8:25-12:50h e períodos da tarde: 13:00-16:50h).

No próximo capítulo do estudo, apresentamos detalhadamente as tipologias de interações que os enfermeiros realizam nestes contextos. Este capítulo reporta à dimensão caracterizadora, em que descrevemos as interações que aconteceram a partir do espaço físico e humano nas escolas. Observámos que num dia de trabalho dos enfermeiros na saúde escolar, estes tanto podem deslocar-se às escolas a partir do seu local de trabalho na UCC/ACeS, como podem deslocar-se diretamente para a escola a partir do local onde se encontram.

As interações têm início ainda no espaço peri-escolar no percurso do estacionamento até ao acesso aos portões principais das escolas, motivo pelo qual identificamos diferenças entre chegar à escola e estar na escola uma vez que as interações são similares, mas de diferente natureza. Os enfermeiros foram cumprimentados por várias pessoas, demonstrando a existência de um conhecimento e relação prévios. Procurámos compreender quem eram estas pessoas e contaram-nos que alguns eram professores, outros eram familiares de alunos, outros eram alunos. Curiosamente, observámos repetidas vezes que ainda antes dos enfermeiros na SE entrarem no recinto escolar, já neste espaço exterior alguns professores os cumprimentavam e sinalizavam a necessidade de quererem falar com estes. As formas de cumprimentos variaram (uns acenavam com os braços, outros olhavam, sorriam e realizavam gestos indicativos de necessitarem falar daí a momentos, outros realizaram uma pequena vénia com a cabeça, outros ainda verbalizaram mesmo que precisavam falar com eles). Os enfermeiros devolveram sempre os cumprimentos e foram tomando atenção relativamente às solicitações que estes atores fizeram.

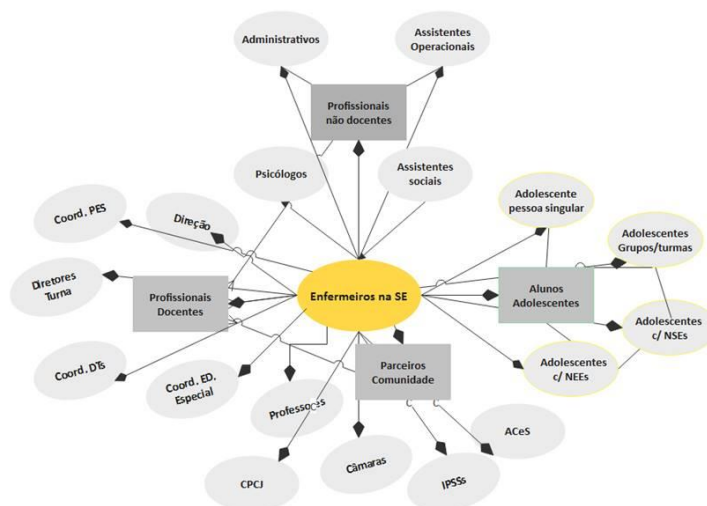
Aos portões principais das escolas, todos os assistentes operacionais identificaram no momento qualquer um dos enfermeiros participantes. Na generalidade cumprimentaram com simpatia, sorrisos e expressões cordiais, facilitando a entrada no recinto escolar. Porém, quando os enfermeiros não explicaram a presença dos investigadores, foi interessante observar que estes assistentes operacionais, ainda que tivessem compreendido estarmos a acompanhar os mesmos, questionaram sobre o motivo da presença e, se tínhamos autorizações da Escola para aceder ao interior do recinto escolar.

Uma vez dentro dos recintos escolares multiplicam-se exponencialmente as interações com diversos atores da escola: adolescentes alunos (em turmas, grupos, pessoa individual. Adolescentes com NSE`s e NEE`s), assistentes operacionais, professores (de várias disciplinas, professores diretores de turma, professor Coordenador PES, professores Coordenadores de Ciclos, Professores da educação especial, professores na Direção), psicólogos, assistentes sociais, encarregados de educação e administrativos) em vasto número e, em diversos espaços

da escola. Os principais espaços onde constatámos toda esta dinâmica relacional entre os atores da escola e os enfermeiros consubstanciaram o conceito Locais da Escola. Estes, vão desde os recintos externos para a entrada nos edifícios, passando pelos corredores, gabinetes de apoio ao aluno, salas de convívio, salas de aula, salas de professores, no gabinete da Direção, nos átrios dos diferentes pisos dos edifícios ou no edifício central, nos gabinetes de reuniões, no gabinete de psicologia e orientação disciplinar. Adiante, no capítulo seguinte, durante a caracterização do Processo de Cuidados clarificamos as diferentes tipologias de interação que acontecem nestes espaços, motivo pelo qual neste capítulo aprez-nos enfatizar a multiplicidade de interações que os enfermeiros na SE realizam sempre que vão às escolas.

Anteriormente vimos que a média de anos de intervenção em saúde escolar dos enfermeiros é de 14 anos, revelando vasta prática de cuidados na SE. Compreende-se que foram construindo redes de contatos com os diversos atores nas escolas. Sempre que estão na Escola observámos que cada distância que percorrem, intercalada por vários momentos de paragem para as interações cumprimento, os enfermeiros são sempre identificados e nomeados como “enfermeiros” seja pelos adolescentes com quem estabelecem fácil relação, passando pelos professores, assistentes operacionais e outros atores com quem se cruzam.

Figura 2. Interações dos Enfermeiros na SE com Atores da Escola



O palco de toda esta complexidade interacional que acontece maioritariamente no contexto escolar, nos diversos Locais da Escola, com múltiplos Atores da Escola, suscitou-nos interesse. Foi apreendida de forma recorrente em todo o período de observação em todos os AE's/ENA's

onde estivemos com os participantes enfermeiros na SE suscitando-nos algumas interrogações. Por que razão ocorre toda esta interacção quando os Enfs. SE chegam e estão na Escola? Sendo o conceito mais simples de fenómeno – *aquilo que se manifesta* – será que emergirá dos dados um conceito revelador desta realidade por nós apreendida?

7.3 “O Mundo da Comunidade” – Caraterização dos Contextos da comunidade do Processo de Cuidados dos Enfermeiros na SE

Apresentamos a caraterização possível da interação dos enfermeiros na comunidade com entidades externas (e.g. comissão crianças e jovens em risco; autarquias; grupos concelhios, entre outros), uma vez que não obtivemos autorizações dos seus atores. Respeitámos os princípios éticos e deontológicos do anonimato e sigilo, prometendo garantir as condições acordadas de não apresentar dados sobre os atores intervenientes nas reuniões, durante o período de observação. No entanto, explicitámos o objetivo de poder caraterizar a interacção destes com os enfermeiros, tendo-nos sido dada autorização. Observámos diversas reuniões com entidades diferentes, tendo sido revelador a importância que os parceiros atribuem aos representantes do setor da saúde – neste caso aos Enfs. SE – nestas interacções que surgirá conceptualizada e caracterizada no capítulo seguinte.

8. A CARACTERIZAÇÃO DOS CONSTRUTOS DO ESTUDO: PROCESSO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM SITUANDO-SE NA SIMULTANEIDADE DE MUNDOS

O Processo referente à natureza do Processo de Cuidados dos Enfermeiros na Saúde Escolar com adolescentes, compreende a amplitude da sua intervenção de enfermagem num contexto educativo e não clínico, vindo a espelhar-se por via de diversas variáveis presentes numa realidade temporal e espacial onde se cruzam diversos profissionais, com múltiplas intervenções e solicitações, numa teia intrincada de acontecimentos e interações.

A transformabilidade que a saúde escolar vem realizando em termos de representação social foi-se alterando desde o “cuidado” sanitário-higienista conferido pela saúde pública, para o cuidado Promotor e Educador em Saúde, mantendo-se estável a condição desta área de saber subsistir no tempo. Nesse sentido, podemos afirmar que desde a sua origem se apreende a existência de uma parceria entre os dois setores (educação e saúde), garantindo a continuidade da saúde escolar como um domínio de intervenção até à atualidade.

Porém, a saúde escolar é uma área onde diversos profissionais de saúde intervêm e, esta particular condição intercolaborativa é central para compreendermos a construção indutiva dos construtos que revelaram o fenómeno central deste estudo: **O Processo de Cuidado de Enfermagem Interconetando a Simultaneidade de Mundos**, para o qual convergem os seguintes construtos: ***“O Processo Conhecendo-Situando-se”*** e o ***“Processo Interconectando o Cuidado Terapêutico”*** ao longo do ***“Estabelecendo a Relação de Confiabilidade”***



Assim, todo o processo indutivo revelador do fenómeno será seguidamente apresentado a partir dos conceitos teóricos construídos e explicitados no *como* emergiram indutivamente a partir das categorias que alcançaram saturação teórica. As três categorias major designam-se por: “*Processo Conhecendo-Situando-se*”, “*Interconectando e Favorecendo o Cuidado*” e “*Estabelecendo a Relação de Confiabilidade*”. Explicitamos que não existe separabilidade entre o estabelecimento da relação de confiabilidade com a simultaneidade de mundos e a interconetividade do cuidado. No entanto, iremos apresentar separadamente as categorias, de forma a permitir uma melhor inteção e compreensão das propriedades das mesmas. Desocultámos a construção da relação através da estrutura cronológica possível, das ações realizadas pelos enfermeiros, ainda que numa realidade plena de imprevisibilidade e de inconstância, que é inerente a um contexto onde a simultaneidade de situações é uma realidade diária. Para darmos a conhecer a prática profissional do processo de cuidados dos enfermeiros na saúde escolar com adolescentes, necessitámos num primeiro momento de caracterizar a natureza da estrutura deste contexto, por forma a empreender um sentido coerente de relação entre categorias e subcategorias que seja coerente e fundamentado nos dados.

8.1 – Construto “Processo Conhecendo e Situando-se”

Para apresentarmos este construto, precisamos explicar que atendendo a que a metodologia da teoria fundamentada estimula os investigadores a utilizar códigos *in vivo*, significando adotar as palavras dos participantes tal como foram referidas no processo de codificação, adotámos os códigos *in vivo* Escola e Mundo uma vez que foram as designações referidas pelos enfermeiros na SE quando se referiam a este contexto. Pelo facto dos enfermeiros se encontrarem numa posição privilegiada, em que contactam e cuidam em vários mundos: da comunidade, da escola, da saúde, dos adolescentes, dos pais/EE’s, e do seu mundo interno: dos enfermeiros (...), procurando situar-se ou adaptar-se aos mesmos, a categoria major foi designada de “*Situando-se na Simultaneidade de Mundos*”. No entanto, ainda que a nossa opção seja a de utilizarmos o código *in vivo* Escola, não podemos deixar de clarificar que o conceito atual desta no setor da educação, é comunidade educativa, respeitando esta designação a “alunos/as, professores/as, educadores/educadoras, pais/mães ou encarregados de educação e pessoal não docente” (Portugal, 2008).

Aprendemos que os enfermeiros na SE a cada ano letivo “*(Re)situam-se no Mundo da Escola*”, dos vários AE’s/ENAs que assumem no papel auto-designado de gestores da escola. Uma vez que identificámos um processo complexo, co-construído, dinâmico e diacrónico, salvaguardamos a designação das categorias utilizando o tempo verbal gerúndio e o prefixo (co).

Optámos por, recorrer à utilização de figuras e diagramas de forma a facilitar a compreensão do processo e a sistematizar a apresentação dos dados.

Pelo facto de no capítulo anterior termos apresentado os contextos e as interações dos Mundo da Escola, Saúde e Comunidade, apreendeu-se que os Enfermeiros SE contactam com diferentes mundos organizacionais cada qual com o seu mundo físico e humano, subjacente à cultura de cada um dos setores (educação, saúde e social).

“(…) Isto é um mundo!” (V.Enf.SE6)

“(…) Mas aqui, há escolas com realidades diferentes.” (V.Enf.SE1)

Nesse sentido, vamos aprofundar na categoria major *“Situando-se na Simultaneidade de Mundos”*, a categoria *“(Re)situando-se no Mundo da Escola”* (ver Fig. 4) por via de ser este o processo que pretendemos caracterizar no estudo. Esta é constituída por duas subcategorias:

- “co-conhecendo e adaptando-se”;
- “Obtendo elementos caracterizadores”.

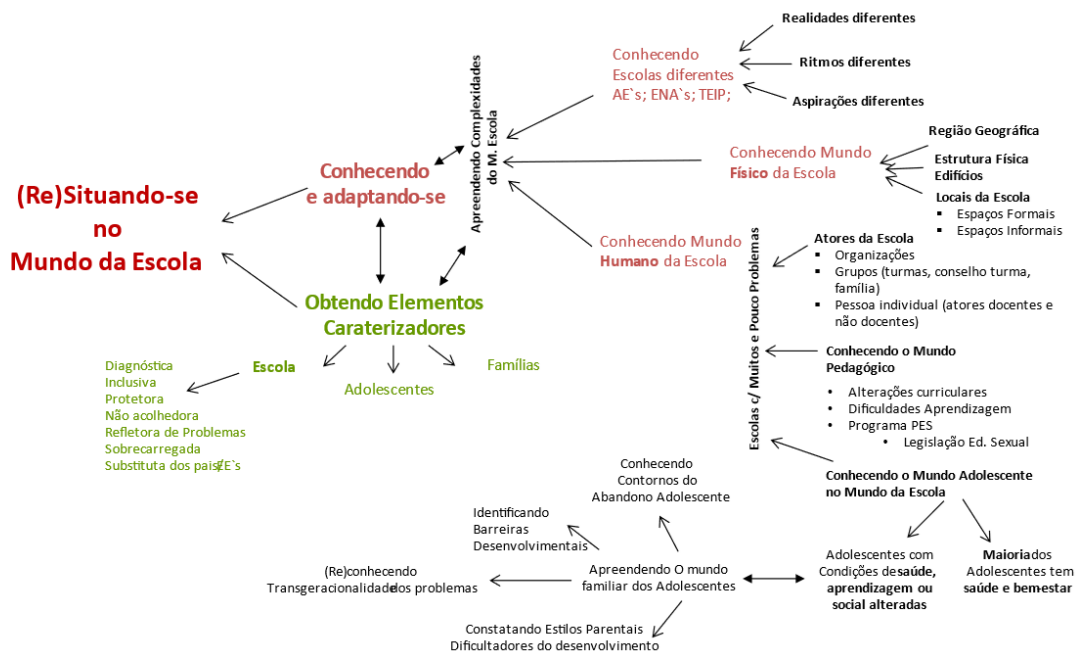
Relativamente à primeira subcategoria (i.e., “co-conhecendo e adaptando-se”) é justificada no sentido dos dados revelarem que os Enfs. SE colaboram com várias Escolas (AE`s/ENAs) pelo que necessitam conhecer e adaptar-se sistematicamente a escolas não agrupadas, ou escolas TEIP, ou escolas em Agrupamento. Identificam-se propriedades que conferem dinâmica ao conceito conhecendo escolas diferentes, na medida em que as realidades de cada *Escola* surgem como contextos distintos tendo realidades, ritmos e aspirações diferentes. As atividades que permitem aos enfermeiros identificar as diferenças nas escolas estão relacionadas com as idas à escola, com a observação, através de conversas informais ou da realização de reuniões. Outro conceito que integra esta subcategoria designa-se por conhecendo o mundo físico da escola, e surge a partir da atividade de estar na escola. Ir e estar nas escolas permite identificar propriedades que se referem a escolas que estão localizadas em regiões geográficas urbanas, outras em regiões rurais.

“(…) É uma escola que é considerada uma escola TEIP, portanto num território educativo de intervenção prioritária.” (V.Enf.SE5);

“(…) Chegamos a um pavilhão da escola e subimos para o 1º andar. Está a terminar o intervalo, os alunos concentram-se às portas das salas de aula existindo um ambiente ruidoso e alegre.” (NC: Obsv1. Enf_SE7_101116)

Estas escolas, ainda que tenham estruturas físicas similares em termos de espaços formais e informais relativamente aos locais da escola, apesar da legislação prever a existência de um gabinete de informação e apoio ao aluno nem todas as escolas têm este gabinete. Segundo a lei 60/2009 que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, integrada no âmbito da educação para a saúde, compete a cada diretor de turma elaborar o projeto de educação sexual de turma (Decreto-Lei n.º 60/2009, artigos 6º e 7º) e, ao AE compete designar um professor coordenador para a educação para a saúde e educação sexual, que entre várias funções deve constituir uma equipa interdisciplinar de EpS para apoiar o gabinete. Os elementos constituintes desta equipa devem ser definidos em cada agrupamento de escolas.

Figura 4. (Re)situando-se no Mundo da Escola



Neste estudo, optámos por designar os elementos constitutivos da comunidade educativa por atores da escola. Do latim *actōre* significa “o que faz, o que representa”, pessoa que desempenha um papel importante num acontecimento, ou protagonista. Uma vez que os cuidados dos Enfs. SE são maioritariamente desencadeados por vários e distintos acontecimentos com intervenientes na escola, conferimos legitimidade para a adoção do termo, enquanto conceito. No setor da saúde, os conceitos habituais para representarem as pessoas que os enfermeiros e outros profissionais de saúde atendem/cuidam são: doente, utente ou cliente, não sendo adequados ao contexto escola. Enfatizamos igualmente que a opção pela designação de adolescente em detrimento de aluno/a é justificada pelo facto dos Enfs. SE não terem uma relação com estes no papel de professores, mas antes como profissionais de saúde.

Assim, adolescente neste estudo assume o conceito de *ser em emergência de tornar-se humano*, assumindo-se este *tornar-se*, a dimensão de possibilidades de *vir a ser* de Heidegger. Outra dimensão que emergiu dos dados ainda referente aos atores da escola foi a de que estes podem constituir-se tanto como pessoas individuais, como grupos de atores da escola: grupos de docentes, grupos de não docentes, grupos de adolescentes, famílias, grupos disciplinares, assim como a organização escola, apreendendo-se possibilidades do cuidado de enfermagem poder acontecer a diferentes níveis. Em termos de Mundo Humano, emerge nos dados que umas escolas têm mais problemas do que outras, derivando de situações que acontecem no seu Mundo Humano. Em particular, estas situações foram apreendidas a partir de propriedades que nos conduziram aos conceitos de mundos pedagógico e adolescente. (Ver Fig. 4).

O Conceito do mundo pedagógico justifica-se devido a problemas com a escola inclusiva e a educação especial, mas também devido a problemas de ordem curricular. Incorporando este conceito, surgem propriedades que revelam problemas relacionados com a escola inclusiva e a educação especial. Nomeadamente um problema cíclico de ocorrência de descontinuidades de frequência dos adolescentes na educação especial, na transição entre ciclos, por falta de transmissão desta informação para a escola do AE de nível seguinte, mas também porque ocorre desinvestimento dos pais/EE's na educação dos filhos. Estes não comparecem na escola às reuniões, nem assinam os documentos que possibilitam a continuidade dos adolescentes na educação especial. Em acontecendo esta circunstância existe obstaculização das aprendizagens e do desenvolvimento integral dos adolescentes, porque ingressam no ensino regular para o qual não estão preparados empreendendo um ciclo de reduzido rendimento escolar, levando a insucessos repetidos. Situação agravada pelo aumento da escolaridade obrigatória até ao 12º ano. Identificam-se poucas respostas do sistema educativo para adolescentes com dificuldades de aprendizagem, existindo o ator professor-tutores para orientação escolar com estes adolescentes, ou ainda para apoio na dimensão pessoal e familiar. Muitas vezes a ajuda educativa a estes adolescentes implica intervenção intersectorial. E, não existem ofertas formativas vocacionais práticas para estes adolescentes. Também a escola inclusiva tendo sido legislada em 2018 é recente e, a integração de adolescentes com necessidades educativas especiais em turmas do ensino regular até ao 12º ano, gerou pensamentos de incompreensão e incómodo e comportamentos estigmatizantes. Estabeleceu-se a Lei do regime jurídico da educação inclusiva (Decreto-Lei n.º54/2018), e a escola inclusiva foi integrada na escola de ensino regular, sem existência de preparação ou sensibilização para a mesma, o que suscitou incompreensibilidade por parte de docentes e de adolescentes do ensino regular.

As propriedades referentes aos problemas de nível curricular identificaram ser frequente acontecerem alterações dos planos de estudos, tendo vindo a reduzir-se as disciplinas das áreas curriculares não disciplinares para a abordagem da EpS, ainda que a educação sexual seja conteúdo legislado. É neste mundo que os Enfs. SE são convidados a participar, porém vão-se confrontando com redução efetiva de tempos letivos específicos para a EpS. Neste sentido, esta surge como mais descontinuada e pontual, ou refém da importância atribuída pelos professores diretores de cada turma. As turmas do percurso alternativo (cursos profissionais), realizam Projeto de Ed. Sexual de turma suscitando, por vezes, a colaboração dos Enfs. SE no processo faseado do projeto.

“(...) E, teve acompanhamento da educação especial. Ela portanto foi ... manteve-se sempre ... neste momento também tem. Só que ... a mãe tem que autorizar que ela ... certas coisas e que não autoriza...,. Portanto, que ela, das duas ... uma: agora passe a ir para o ensino profissional ou não. Portanto, nunca compareceu a uma única reunião, este ano, na escola, desde o momento que eu voltei a acompanhá-la na escola, à miúda” (V. Enf.SE4)

“(...) Nós, agora, temos muita dificuldade, porque é o currículo e, não fica espaço. Portanto não se pode ..., na aula de matemática, não se pode ir e, portanto a nossa intervenção com a turma é muito mais descontinuada e cada vez mais pontual.” (V.Enf.SE7)

Outra subcategoria que integra propriedades para a categoria “*Conhecendo e adaptando-se*” designa-se: “*Conhecendo o Mundo Adolescente no Mundo da Escola*”. Efetivamente os Enfs. SE necessitam *situar-se* perante diversas situações com que se deparam na escola. Maioritariamente, os adolescentes no Mundo da Escola não suscitam preocupações e, aparentemente, têm saúde e bem-estar, aprendem, e estabelecem relações satisfatórias com os outros. Porém, emergem designações referentes à existência de problemas de saúde, de aprendizagem e sociais de adolescentes, quando estão a frequentar a Escola. Há problemas que alguns adolescentes vivem na sua vida, que se refletem em alterações de saúde, rendimento escolar ou em questões sociais, na Escola. Surgem propriedades a partir de designações de sintomas ou nomeação de doenças. Identificaram-se referências a situações de doença crónica que conferem os conceitos de adolescentes com necessidades educativas especiais (NEEs) ou necessidades de saúde especiais (NSEs), ou situações agudas ou transitórias da saúde mental. Também referências à situação escolar relacionadas com dificuldades de aprendizagem, baixa

do rendimento escolar, ou elevada exigência para obter notas elevadas. Surgem também referências a situações sociais, tais como:

“(...) Sim. Ora bem, há algumas, há problemas de imagem. Às vezes começamos a ter grupos de adolescentes com ... comportamentos anoréticos ..., grupos de alguma discriminação às vezes entre uns e outros...,. Uma preocupação excessiva com os exames e com as notas, mesmo dos miúdos ... e às vezes dos pais.” (V. Enf.SE7)

“(...) E a primeira vez que cheguei. O 1º dia que cheguei, deparei-me com a adolescente (omissão do nome da adolescente) ... uma menina com Trissomia 21 que me dizia que estava muito triste, porque na turma, quando ela voltava à turma, os jovens brincavam com ela, gozavam com ela, tocavam-na e que ela, muitas vezes aquele toque era qualquer coisa que a incomodava, que ela não gostava ... desse, desse toque.” (V.Enf.SE3)

“(...) Depois, também temos alguns casos de absentismo, não tanto o abandono escolar, mas o absentismo escolar e alguns casos mais pontuais de doença que não está a ter um acompanhamento parental adequado. Sim, sim. A grande maioria são os comportamentos antissociais graves e de indisciplina.” (FG-CPCJ)

As propriedades desta subcategoria, permitiram, conhecer na escola, acontecimentos e situações dos adolescentes no âmbito de quatro dimensões: (1) Situação de doença crónica (adolescentes com necessidades de saúde especiais – NSEs) e perturbação neurodesenvolvimental (adolescentes com perturbação do espectro do autismo e outras, que condicionam a aprendizagem destes, pelo que são adolescentes com necessidades educativas especiais – NEEs; (2) Situações Agudas ou Transitórias de saúde mental; (3) Situações Escolares e (4) Situações Familiares e Sociais.

A última subcategoria a integrar-se designa-se “apreendendo o mundo familiar dos adolescentes”. A mesma fundamenta-se pelo núcleo de propriedades adquirido, referente a uma compreensão relacionada com diferentes formas apreendidas de abandono adolescente. Surgiram os conceitos de: (1) abandono de referências fundamentado no facto de alguns adolescentes terem perdido as suas referências familiares de proximidade (referência, entendida, neste âmbito, como a pessoa significativa ou de apoio/recurso, com determinadas características ou qualidades às quais os adolescentes se tenham vinculado), e que por circunstâncias várias (doença, morte, divórcio, fuga) se viram privados de manter a relação com estas pessoas. Surge no sentido de desamparo: quem perde as suas referências como ficará? procurará amparo em outras pessoas ou em outras experiências? Quais serão as repercussões desta tipologia de abandono no desenvolvimento do adolescente?!; (2) abandono de sustentação refere-se a uma tipologia de abandono que não propicia as condições base – alimento, higiene, vestuário, proteção, vigilância da saúde – para assegurar as necessidades

básicas ao desenvolvimento de um ser humano. A designação sustentação proveio de “sustentar” que confere uma multiplicidade de significados importantes para este conceito, como: amparar, assegurar a subsistência de (...), alimentar, alentar, impedir a queda e defender; por último definiu-se o conceito (3) abandono ético-moral. No pensamento de Vygotsky (1984) existem dois fatores que constituem a força motriz do desenvolvimento de um ser humano, mais concretamente, os adultos e o contexto sociocultural em que este está inserido. Depreende-se a sua inter-relação e influência relevante no desenvolvimento da criança e adolescente. Subjacente a um pensamento sobre o desenvolvimento harmonioso da criança e adolescente, procura-se um equilíbrio entre estes fatores, na medida em que, perante desequilíbrio num destes, o outro possa ser reforçado. Para definirmos o conceito de abandono ético-moral, consideramos que entre os dois fatores apontados por Vygotsky, a vulnerabilidade ou fragilidade do adolescente, poderá acontecer a partir essencialmente dos seus adultos cuidadores, por via das propriedades dos dados obtidas. Pelo que o contexto escolar poderá/deverá constituir-se como fator protetor destes.

“(...) Como no outro dia fizemos uma reunião aqui, por exemplo na secundária, em que uma menina tinha o pai em fase terminal. E, era ela que cuidava do pai. Era ela que lhe prestava os cuidados de higiene (...).” (V.Enf.SE1)

“(...) É ... como é que se diz? «cada tiro, cada melro» (riso). E, tudo ... quando se começa a falar do contexto familiar ... são tudo pais não cuidadores. (...) Ou porque estão separados e não se entendem. Ou estão desempregados, ou ele desempregou-se e, ou ela..., Ou vieram de fora: imigrantes ... e, depois um dos cônjuges desapareceu: ou a mãe ou o pai..., E, depois, são situações... já estive cá o irmão. O irmão, mais velho já foi assim, tem este problema. Alguns, com problemas graves de aprendizagem. Uns são mesmo cognitivos ... e, porque... ou de desenvolvimento. Outros, não se percebe.” (V.Enf.SE6)

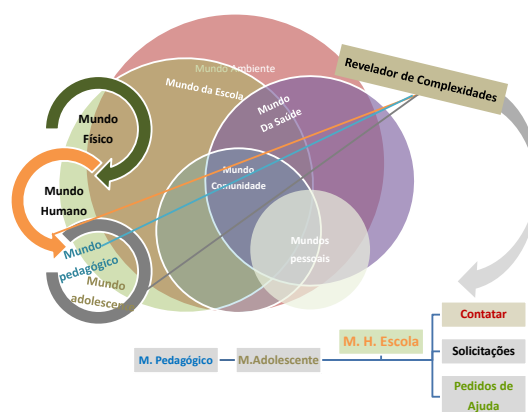
Reconhece-se transgeracionalidade de problemáticas, aparentemente em associação à cultura familiar, mas também em estreita ligação com os determinantes sociais que surgem nos dados de forma discreta, tendo conjuntamente implicações no desenvolvimento das crianças com extensibilidade ao percurso pelo ciclo de vida. Esta dimensão tem sido também referida por Strecht (2002) e Sampaio (2001, 2002 e 2003) que vêm acompanhando a problemática da infância e adolescência ao longo do tempo. Toda esta corrente de situações que acontecem no mundo da escola, os Enfermeiros SE podem vir a encontrar nos AEs/ENAs, e que justificaram a definição do conceito apreendendo complexidades do mundo da escola.

Existe uma relação entre a apreensão de toda esta realidade vivida neste mundo pelos atores da escola, mas também pelos enfermeiros SE, sintetizando-se toda esta representação do mundo humano da escola, na categoria: “Obtendo-se elementos caracterizadores”. A partir da subcategoria “conhecendo e adaptando-se”, que inclui o conceito referido anteriormente:

aprendendo complexidades do mundo da escola, acontece uma bidirecionalidade neste processo uma vez que surgindo novos elementos caracterizadores, os enfermeiros SE necessitam conhecê-los e adaptarem-se a estes. Por sua vez, surgindo conhecimentos novos os enfermeiros adaptam-se e, estes também passam a ser integrados nos elementos caracterizadores. Por todos os elementos constituintes das propriedades destes conceitos e subcategorias, identifica-se a Escola, como um ambiente protetor para os adolescentes devido a muitos atores da escola, em particular muitos professores, serem pessoas cuidadoras, referidas pelos enfermeiros SE como: esforçadas, excelentes e verdadeiros cuidadores. Referências inversas dos atores da escola também surgem relativamente aos enfermeiros, considerando-os como excelentes parceiros, cuja colaboração em ajudá-los, surge a diversos níveis, quando os contactam solicitando-lhes ajuda.

Porém, por via de ocorrerem diariamente situações com os adolescentes, a escola reflete problemas de saúde e sociais. Por isso, surgem conceitos associados às funções ou desempenhos de papel da escola, que foram apreendidos da globalidade das propriedades dos dados. A Escola surge como Escola refletora de problemas, existindo diferenças no número e tipologia de problemas, há escolas com muitos problemas e de grande complexidade – sociais e de saúde – comparativamente com outras.

Figura 5 . Apreendendo Complexidades do Mundo da Escola



Em escolas com muitos problemas, são os atores da escola que tomam decisões relativamente a ajudar os seus adolescentes, quando os pais/EE`s não o fazem, conduzindo ao papel da Escola substituta dos pais/EE`s; Nesse sentido, é a escola que identifica necessidades dos adolescentes e, refere as mesmas utilizando “terminologia diagnóstica” surgindo no papel da Escola diagnóstica porque identifica os problemas através das situações dos adolescentes, que estão diariamente no contexto escolar

“(…) E quer se queira ou não os jovens passam mais tempo connosco na escola do que com os pais. Mas às vezes para certos pais é difícil admitir que está um professor a dizer que...: «olhe o seu filho tem isto e está a acontecer ...» do que se for, por exemplo, o profissional de saúde a dizer: não! eu realmente estive na escola, e eu acho que é assim... e, acho que é por aqui que temos que seguir.”(FG-AE5).

A Escola identificando muitos problemas, pede ajuda aos enfermeiros SE para conseguirem em conjunto resolver problemas dos adolescentes. Perante tantos problemas, a Escola assume estes outros papéis e está sobrecarregada com muitas intervenções, sendo os recursos reduzidos e mutáveis (mobilidade docente e redução de assistentes operacionais).

Também foi apreendido um mundo da escola não acolhedor devido a diversos fatores: intrínsecos à própria escola, intrínsecos aos adolescentes, ou ainda devido a vários fatores conjugados. Todos estes problemas surgem como foco de contatos, solicitações e pedidos de ajuda aos Enfermeiros SE pelo mundo da escola, sendo algumas das atividades que vão ser conhecidas no próximo subcapítulo, e pormenorizadas na sua caracterização, terminando a dimensão do construto “Processo Conhecendo e Situando-se”, aqui apresentada.

8.2 – Construto ***Processo Interconetando o Cuidado Terapêutico***

Este segundo construto (i.e., “***Processo Interconectando o Cuidado Terapêutico***”) é constituído pela Categoria Major: “*Interconetando e Favorecendo o Cuidado*”. Que se subdivide nas subcategorias: “Interconectando o Cuidado” e “Favorecendo o Cuidado”.

Para podermos dignificar a realidade social em que todos estes atores interagem, e a partir da qual temos vindo a apreender indutivamente o processo de cuidados dos enfermeiros na SE, vamos regressar ao pensamento do interacionismo simbólico, e relembrar duas importantes premissas. Na primeira, esta corrente de pensamento entende que cada pessoa é um ator que age e interpreta; na segunda, este ator participa e co-cria o seu mundo, influenciando o mundo dos outros e, igualmente o seu. Partindo desta perspetiva, os atores são agentes co-construtores da realidade social, uma vez que estando a interagir com outros atores através de interações significativas, renovam a dimensão social, reinterpretando-a e tomando ações. Por este prisma, podemos afirmar que as pessoas sendo seres sociais, precisam ser compreendidas nos seus diferentes ambientes relacionais através dos seus processos de relações e interações. A este nível, os enfermeiros no processo de cuidados em mundos parceiros cuidam colaborativamente, com os atores destes, aspeto que nos leva a interrogarmo-nos sobre o cuidado de enfermagem na saúde escolar com adolescentes, em termos das suas dimensões interdependente versus autónomo. Ou seja, interrogamo-nos sobre se a natureza do processo de cuidado de enfermagem na SE com adolescentes será sempre colaborativa, ou não o sendo, de que forma se revela o cuidado autónomo dos enfermeiros em contexto escolar com os adolescentes.

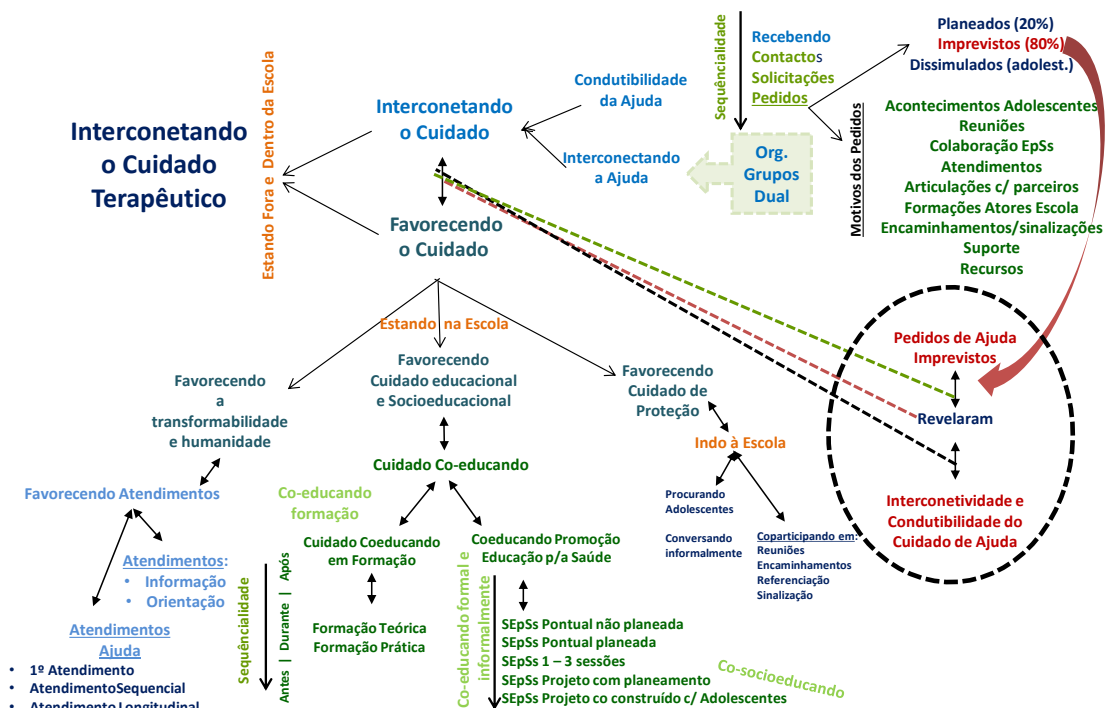
Na sequência deste pensamento, e a partir dos dados das diferentes fontes incluindo a observação, vamos apresentar o cuidado dos enfermeiros no contexto escolar.

Apreendemos que dispõem de *Si* em termos humanos e profissionais para realizarem o processo de cuidados de enfermagem com os adolescentes, e questionamo-nos sobre se mobilizarão os diferentes tipos de conhecimentos identificados por Carper (1978): empírico, estético, ético e pessoal, mas também o conhecimento emancipatório (Chinn, 2018) uma vez que nos interrogamos sobre que papéis poderão desempenhar num contexto educacional e comunitário. Em particular, vamos procurar identificar dimensões do conhecimento pessoal que atuem como vetores estruturantes da intervenção de enfermagem com os adolescentes na escola, mas em particular que possam ser reveladoras da dimensão terapêutica do cuidado destes enfermeiros na saúde escolar. Concordamos com Lopes (2005) quando alude relativamente à intervenção terapêutica de enfermagem, sobre a referência a “terapêutico(a)” não ser usual ser identificada nos discursos dos profissionais e na literatura, referindo-se à possível herança da história da profissão. Na contemporaneidade, identificam-se reduzidas referências às intervenções de enfermagem como terapêuticas, muito embora se tenha vindo, gradualmente a identificar a sua designação na literatura empírica e académica. Lopes (2005) citando Hockey refere que este autor definiu o conceito de “enfermagem terapêutica” como as atividades de enfermagem que conduzem à saúde, não tendo no entanto referido quais seriam essas atividades. Refere inclusive que outros teóricos de enfermagem já vinham referindo que as intervenções de enfermagem educativas, capacitadoras e promotoras de adaptação, visando proteger ou potenciar a saúde, eram de cariz terapêutico (Peplau (1990) e Levine (1973) citados por Lopes, 2005). No âmbito deste estudo, e tendo como fundamento caracterizar o cuidado dos enfermeiros na saúde escolar com adolescentes, interessa-nos compreender que intervenções ou atividades serão realizadas por estes enfermeiros neste contexto educativo, que poderão contribuir para a constância ou potencial de saúde individual dos adolescentes e atores da escola. Mas também, no âmbito dos grupos e comunidade educativa, quais as intervenções que podem promover um ambiente escolar favorável ao bem-estar e saúde de todos e, nesta perspetiva, este cuidado de enfermagem ser terapêutico uma vez que contribuirá para proteger e potenciar a saúde e a vida e não causar dano ou sofrimento.

A partir dos dados apreendemos o código *in vivo*: *Ajuda*, com transversalidade em todas as fontes de dados, compreendendo que os enfermeiros na SE são profissionais cujo foco de cuidado está subjacente na ajuda a outros.

Porém, ao nomearmos o construto “**Processo Interconetando o Cuidado Terapêutico**” pretendemos por um lado, enfatizar que entendemos este cuidado de enfermagem como um cuidado que aflui ou concorre com o cuidado pessoal que cada ser humano presta a si próprio, em termos de *práticas de dar atenção a*, mas suplantando-o em algumas dimensões; e por outro lado, assumindo-se terapêutico, pretenderá ser um meio através do qual *permita algum tipo de restabelecimento ou fazer sentir bem*. Interessámo-nos em procurámos a etiologia e origem da palavra – terapêutico – e, identificámos que provem do grego “*therapeutikós*” assumindo o significado figurado de “curativo” ou “que faz bem”. Procurámos igualmente a raiz da palavra ajudar. Esta, proveniente do latim “*adjutāre*” assume os significados de: auxiliar e aliviar, mas também cooperar, favorecer, propiciar e proteger (Dicionários Porto Editora, 2022). Os contributos dos autores referidos e, os significados figurativos de ambas as palavras -terapêutico e ajuda- em ligação às propriedades e dimensões obtidas nos dados, permitiram-nos defender a designação da seguinte categoria major “**Interconetando e Favorecendo o Cuidado**” que se subdivide em duas subcategorias: “Interconetando o Cuidado” e “Favorecendo o Cuidado” a partir das quais se revela todo o cuidado de enfermagem na SE com adolescentes (ver Fig. 6).

Figura 6. Processo Interconetando o Cuidado Terapêutico



8.2.1 - “Interconetando o Cuidado”

A primeira subcategoria (i.e., “Interconetando o Cuidado”) evidencia uma vasta interação social realizada no contexto escolar, refletindo a dinâmica das articulações dos enfermeiros com os atores da escola estabelecidas entre diversas interações. Emergem dois conceitos: (1) condutibilidade da ajuda e (2) interconetando a ajuda.

Como vimos, no Mundo da Escola a maioria dos adolescentes aparentemente sente-se bem, e consegue mobilizar recursos pessoais para responder às suas necessidades ou circunstâncias das experiências que realizam. Vimos também que outros adolescentes vivenciam experiências de sofrimento, levando os atores da escola ao longo do ano letivo, a estabelecer contato e a solicitar a colaboração dos enfermeiros, concretizando-a em pedidos de ajuda. Este conceito, surge como uma forma dos enfermeiros serem solicitados a ajudar, através de contatos presenciais ou à distância (por comunicação verbal ou não verbal), à satisfação ou resposta de necessidades de diferente natureza, que por si só – pessoas, grupos ou organizações – não conseguem responder através dos recursos que têm disponíveis nesse momento. É um conceito que integra três ações: contatar os enfermeiros, ser realizada a solicitação, e explicitar através da comunicação a intenção e o sentido da ajuda que necessitam (Apêndice II)

“(...) continua sempre disponível com a sua agenda sempre a anotar aqueles que são os nossos pedidos, e as nossas necessidades, e as nossas vontades, tem sido mesmo um trabalho muito positivo e fundamental.” (FG-AE6)

“(...) Nós somos formados num determinado conteúdo, numa determinada matéria e estamos disponíveis, e naturalmente, sabemos trabalhar com determinados assuntos, nomeadas questões, mas, naturalmente não estamos especializados nem conseguimos dar o apoio que os nossos alunos precisam.”(FG-ENA9,1)

Este conceito de características dinâmicas (i.e., o pedido de ajuda) integra o conceito major (1) condutibilidade da ajuda uma vez que através de uma série de interações que se revelam propriedades de sequencialidade, reconhece-se a existência de uma forma colaborativa de fazer progredir a ajuda. Esta sequência tem início com os contatos aos enfermeiros, pelos atores da escola, que podem ser presenciais ou à distância. A estes, sucedem-se solicitações de colaboração que assumem características de solicitações planeadas ou solicitações inesperadas. As solicitações planeadas ocorrem por interpelação ou contato à distância, no entanto ambas explicitam: dia, hora, local da interação, atores intervenientes e motivos da solicitação:

“(...) Foi marcada uma reunião com a Enfermeira de SE, a Coordenadora PES e um Professor diretor de turma devido a uma situação de um aluno que veio transferido de outra escola.” (NC: Obsv3. Enf_SE6_081116)

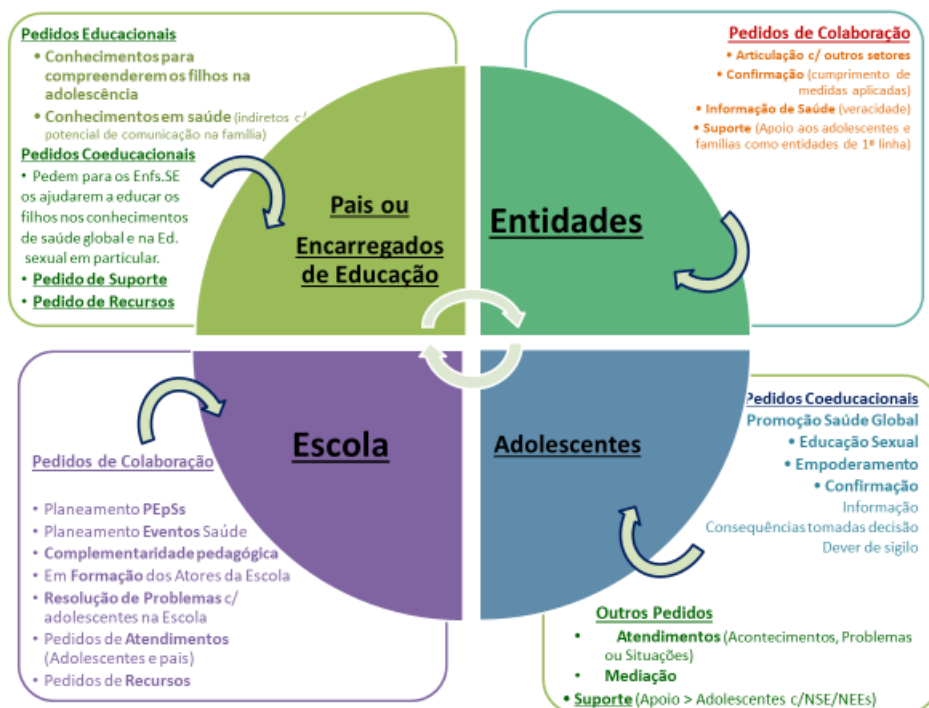
As solicitações inesperadas ocorrem presencialmente num espaço informal da escola, sendo os enfermeiros SE abordados diretamente pelos atores.

“(...) Toca para a entrada, os alunos correm para as salas e, nesta azáfama, a diretora da escola encontra a enfermeira e solicita que ela a acompanhe por causa da situação de uma aluna. No caminho para o gabinete da direção, ao longo dos corredores, explica a situação.” (NC: Obsv1. Enf_SE5_311016)

Os Principais motivos das solicitações estão relacionados com pedidos de ajuda que os atores da escola (incluindo os pais/EE's, e a comunidade alargada) precisam fazer, por via de acontecimentos com adolescentes. Estes, maioritariamente, implicam uma condição de saúde alterada (incluindo-se nesta a dimensão da saúde mental relacionada com alterações comportamentais, nomeadamente: comportamentos provocatórios, de indisciplina, ou violência) perda de rendimento escolar, situação familiar ou social que resulte em experiência de sofrimento para os adolescentes com manifestações visíveis do mesmo, e que a escola não consegue resolver sozinha; também surgem pedidos de colaboração na Promoção e Educação para a Saúde, ou de Formação dos atores da escola; ainda, pedidos de colaboração para atendimentos; realização de reuniões ou pedidos de articulação com outros setores.

Foram identificadas várias tipologias de pedidos de ajuda (Apêndice, II), que integram as principais tipologias de pedidos de ajuda planeados ou imprevistos. (ver fig. 7). Todo este processo vai ser o catalisador do cuidado terapêutico dos enfermeiros SE, uma vez que os pedidos de ajuda desencadeiam ou precipitam a participação em diversas atividades na escola, como: **reuniões; sessões de formação; colaboração na Promoção e Educação para a Saúde;**

Figura 7. Pedidos de Ajuda



realização de atendimentos no gabinete da escola; e articulação com outros setores por via da sinalização ou encaminhamento para consultas, ou outros fins.

Tal como as solicitações, também os pedidos de ajuda podem ser planeados, imprevistos, ou dissimulados na situação do pedido de ajuda adolescente. Neste último, surgem propriedades de ser “indireto”, não personalizado, relacionado com dúvidas ou desconhecimento(s), ou necessidade de validar “opções/decisões” face a experiências que pensam realizar, mas que não sabem bem que consequências poderão ter. São maioritariamente questões no âmbito da sexualidade, que muitas vezes conseguem colocar no contexto de grupo ou turma por ser ambiente facilitador, ou pedem para clarificar dúvidas com os enfermeiros a nível pessoal, nos gabinetes. Porém, identifica-se que os adolescentes quando têm um problema sério, *ensaiam* a ida ao gabinete diversas vezes e, só quando sentem confiança no enfermeiro é que expressam as suas dificuldades ou angústias reais. Poderá designar-se que é um pedido de ajuda dissimulado.

Os pedidos de ajuda planeados conferem aos enfermeiros SE informação prévia sobre a tipologia de assunto (também têm dia, hora e local marcados, assim como atores definidos). Integram esta tipologia de pedidos de ajuda: as necessidades da realização conjunta de diversos planeamentos. Nomeadamente, o planeamento anual da Educação para a Saúde; planeamento de eventos de saúde (feiras ou quinzenas da saúde); ou planeamento de formações; ainda o planeamento para atendimentos programados no gabinete a adolescentes, ou também avaliação das atividades realizadas colaborativamente (EpS e eventos). No extrato de texto seguinte podemos ver um exemplo de vários pedidos de ajuda que a assistente social da escola faz à enfermeira, onde se constata a diversidade de situações, mas também o facto dos pedidos serem provenientes de diferentes atores.

“(…) Relativamente aos 2º e 3º ciclos, a assistente social refere à enfermeira que tem a situação de 3 adolescentes que pediram para vir falar com ela, assim como uma encarregada de educação (EE). Pergunta se pode atender primeiro a encarregada de educação porque os alunos estão em período de aulas, e a enfermeira concorda. A assistente social sai para ir buscar a EE e antes de sair refere que este aluno está sem falar há 1 mês.” (NC: Obsv1. Enf_SE6_250516).

Relativamente aos pedidos de ajuda imprevistos, estes conferem o caráter de imprevisibilidade, porque surgem de forma não planeada, por solicitação telefónica ou presencial, através de diversos atores. Habitualmente ocorrem em espaços informais da escola quando os enfermeiros estão presencialmente no contexto. Maioritariamente ocorrem devido

a problemas de saúde dos adolescentes ou outras situações, acontecimentos que necessitem do contributo da saúde, na escola.

“(...) Assim que entrámos no edifício principal da escola, vem uma professora (DT de uma turma do 12º ano) perguntar à enfermeira se podia trazer uma aluna para ela conversar com ela. A DT refere que a mesma tem demonstrado cansaço ao longo do tempo, chegando a dormir nas aulas. Sai e chega daí a poucos minutos com a aluna.” (NC: Obsv3. Enf_SE2_200416).

Uma característica dos pedidos de ajuda remete para o seu caráter multifocal, uma vez que chegam aos enfermeiros na SE pedidos de ajuda pessoais, de grupos de atores, da escola e das entidades da comunidade. Surgem pedidos de ajuda da direção, da coordenação PES, dos professores diretores de turma, das turmas, dos assistentes operacionais, dos pais/EE`s e, dos adolescentes, da CPCJ, do CAFAP, (...). É a partir de todos estes pedidos, que refletem necessidades ou problemas dos adolescentes ou dos atores da escola, com as quais os responsáveis da organização se enfrentam, que se requer ajuda dos parceiros, em particular dos Enfermeiros SE. As tipologias dos pedidos de ajuda foram caracterizadas a partir das propriedades dos dados. A maioria dos pedidos de ajuda são colaborativos muito embora esta propriedade seja mais visível nos pedidos da Escola e das entidades, nomeadamente no que se refere a pedidos de articulação com outros setores para marcação de consultas, ou pedidos de colaboração para resolução de problemas de saúde, familiares ou sociais dos adolescentes, ou pedidos de planeamento conjunto de atividades na escola. Porém, os pedidos coeducacionais (dos adolescentes e pais/EE`s) são igualmente colaborativos, mas sem serem tão explícitos. Esta questão deve-se à dimensão referida anteriormente, sobre o facto dos principais educadores dos adolescentes serem as famílias (i.e., pais, encarregados de educação, mas também avós, irmãos e outros familiares dos adolescentes) os amigos, os pares, entre outros. A escola e os profissionais de saúde na escola contribuem para o processo educativo formal dos adolescentes, e por isso, são coeducadores com as famílias.

Salientamos que tanto os adolescentes como os pais/EE`s fazem pedidos diretos aos enfermeiros SE sobre a necessidade de obterem conhecimentos sobre a “adolescência”, embora por motivos diferentes. Os pais/EE`s, indiretamente, pedem para continuarem a obter conhecimentos sobre saúde, através dos filhos, quando estes abordam os assuntos de saúde lecionados na escola, em casa com a família. Referem estes pais/EE`s que a comunicação da família aumenta, por via dos filhos comentarem as aprendizagens que vão fazendo em saúde com os professores e os enfermeiros SE.

Os pais/EE`s fazem também pedidos coeducacionais, quando pedem aos enfermeiros SE para manterem a colaboração na escola relativamente à transmissão de conhecimentos de saúde, uma vez que vão compreendendo que os filhos nestas idades, escutam melhor os profissionais de saúde do que os pais. E, estes, reconhecem competência aos enfermeiros para abordarem temas de saúde global em geral, e da educação sexual em particular, com os seus filhos/educandos, como iremos ver adiante.

Em matéria de pedidos coeducacionais, os adolescentes fazem exatamente os mesmos pedidos (i.e., querem adquirir conhecimento sobre temas de saúde global em geral, e da educação sexual em particular) porém acrescem a necessidade de pedirem o conhecimento em ação e, adquirem competências para gerirem a sua saúde, mas também para ajudarem outras pessoas perante situações de crise ou doença. Adiante serão apresentados extratos dos textos com os pedidos dos adolescentes, pelo que aqui não o faremos.

Os adolescentes ainda fazem outros pedidos que designámos de pedidos de confirmação uma vez que precisam validar ou confirmar informação de saúde porque têm muitas dúvidas e, mesmo pesquisando na internet não ficam seguros de que essa informação esteja correta. Outra característica destes pedidos de confirmação, surge quando se sentem ambivalentes face a uma tomada de decisão em saúde que estão a pensar fazer. Procuram os enfermeiros SE para lhes explicarem o ensaio das possibilidades que pensam fazer quanto à tomada de decisão, procurando junto destes compreender qual poderá ser a melhor decisão a tomar e, as consequências desta(s) para a saúde e vida, se as concretizarem. Os adolescentes ainda realizam mais três tipologias de pedidos: os pedidos de atendimento maioritariamente relacionados com as questões e dúvidas sobre a sexualidade, embora também façam pedidos de ajuda devido a outras situações ou acontecimentos que vivem; os pedidos mediação consistem em pedir aos enfermeiros que possam ser mediadores na relação entre eles e os pais/EE`s relativamente a informação sobre educação sexual, ou entre eles e a escola ou as entidades, perante situações em que importa clarificar processos onde os adolescentes possam ter estado implicados, porém, a informação veiculada não corresponde à realidade dos factos e, os enfermeiros assim como alguns professores, adotam o papel de mediadores no processo; e os pedidos de suporte relacionados com necessidades dos adolescentes com doença crónica em apoiarem as suas necessidades na escola, ou adolescentes com necessidades educativas especiais que precisam de suporte para compreenderem bem alguns processos, ou para desconstruírem com eles algumas formas de experienciarem a comunicação ou pressão dos pares, ou para ensaiarem formas de responder aos pares, por exemplo.

Outros pedidos dos pais são relativos a pedidos de suporte aos filhos diretamente na escola, ou indiretamente por telefone quando acontece alguma situação em casa e ficam sem saberem o que fazer. Podemos identificar nos pedidos de suporte a alguns destes pais, estas duas diferentes dimensões: diretividade ou não diretividade na forma dos enfermeiros poderem ajudar relacionada com o facto de estarem presentes na escola ou à distância, mas sempre contactáveis, com são exemplo os extratos dos seguintes textos.

"(...) Sem a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) e esta senhora que é a professora (omissão do nome da professora) era mesmo muito difícil. Eu penso que o (omissão do nome do adolescente) a esta altura já tinha largado tudo, já tinha largado os livros ... porque tinha-se desmotivado, porque tinha-se sentido desamparado. Tinha-se sentido ... porque é assim... ninguém acreditava nele." (FG2-Pais-EEs)

"(...) Há dias que eles estão bem e há outros dias... E eu aí não me consigo controlar e, então, tento primeiro acalmar a (omissão do nome da adolescente) e, só tento acalmar a (omissão do nome da adolescente) quando lhe meto aquele comprimidozinho, pronto. E então ... depois eu sinto-me mal, para quem é que eu vou ligar? ... professora (omissão do nome da professora), com a professora (falo com ela, ela entra em contato com a enfermeira (omissão do nome da enfermeira), e diz-me: «eu já lhe ligo...» e aí tenho uma ajuda pela linha do telefone não é? já tenho essa ajuda: «olhe falei com a enfermeira vamos fazer isto, e isto, e isto...» então mas o que era de mim? Como é que eu conseguia controlar a (omissão do nome da adolescente)? Nunca!" (...) Eu sem elas (referindo-se à enfermeira e professora) não consigo fazer nada, a sério. Eu falo por mim, eu sem a enfermeira ou sem a opinião da professora (omissão do nome da professora), eu sem elas não sou ninguém, a sério, fico muito... (é muito importante) fico perdida, pronto." (FG2-Pais-EEs)

"(...) Para mim foi logo mesmo com a (omissão do nome da adolescente) que fez-me impressão o problema dela. Entretanto até falávamos pelo telefone: «passa-se isto, vou falar com a mãe» ... aconteceu muito isso. Mas ficava à vontade com o apoio da enfermeira. Depois, era a mãe, também ... Eu não sabia como falar com a mãe. Sentia-me mais à vontade a falar com a enfermeira. A enfermeira disse que se achasse aqui na escola não havia o procedimento ligava à mãe a perguntar, chegou à conclusão que ela, lá em casa, não fazia o que na doença tinha de ser feito. Pronto, não sei, só sei que sem a ajuda da enfermeira não sabia como ia ser." (FG-AE1)

Os pedidos de recursos, são sobreponíveis entre pais/EE`s e escola e, como iremos ver no extrato de texto seguinte. Pedem aos enfermeiros que continuem a ser parceiros das escolas embora preferissem ter um enfermeiro por escola e não como recurso partilhado entre vários AE`s e, dentro destes, em várias escolas.

"(...) Sim, porque se o objetivo é esse « promover nos outros a capacidade de cuidarem da sua própria saúde» também não podemos estar sempre a socorrer-nos do enfermeiro, não é? Ele já nos dá alguma segurança, a permanência também o dá, mas "(...) sim, se calhar, mais tempo na escola ... penso que seria bastante positivo. Por acaso o registo que nós temos, se calhar por ser com esta enfermeira ... eu acho que os dias todos na escola não seria necessário. Se calhar não era tanto a permanência, mas era de facto estarem agregados a menos escolas, ou pelo menos a uma escola. Tem que haver alguma reflexão. É pesado para os enfermeiros." (FG-ENA9,1)

Identificámos que 20% de todos os pedidos correspondem a pedidos planeados, e 80% correspondem a pedidos imprevistos. Esta percentagem permite compreender que o processo de cuidados dos enfermeiros é vastamente influenciado pela percentagem pedidos de ajuda imprevistos, influenciando também elevada imprevisibilidade para a gestão do cuidado, motivo

pelo qual estes enfatizam a necessidade de poderem receber os mesmos, o mais cedo possível, como se depreende neste pequeno extrato de texto.

“(...) E, depois, quanto mais cedo chegarem os pedidos, melhor a gente consegue projetar a nossa intervenção.” (V.Enf.SE7)

No entanto, é através dos pedidos de ajuda imprevistos que se desoculta uma real rede de articulações “invisível” que os enfermeiros na SE realizam, reveladora de uma estrutura que designámos de condutibilidade da ajuda (Ver Fig.8). Esta ocorre entre os atores da escola e os enfermeiros SE na condução da ajuda entre a escola e o setor da saúde.

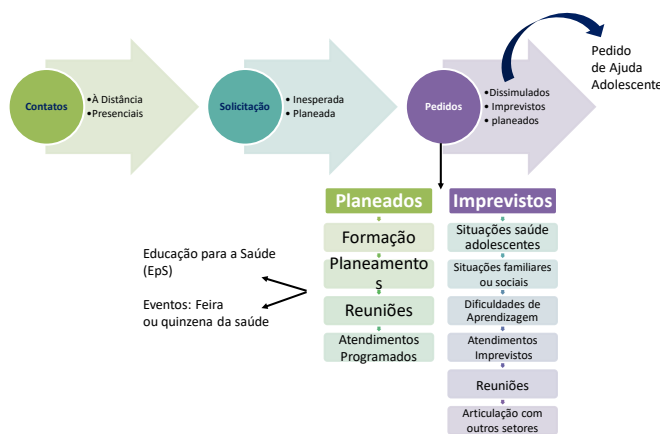
“(...) Importante porque principalmente a maioria dos encarregados de educação não dão importância ao aspeto da saúde dos seus educandos. Então através dos enfermeiros nós conseguimos sinalizá-los, encaminhá-los para consultas, quer sejam de psicologia quer portanto, as consultas de outras especialidades, ou mesmo quando tem alguns problemas graves como já tivemos aqui de algumas alunas que aparecem grávidas ... pronto. Assim conseguimos encaminhá-los ...” (FG-AE9,2)

“(...) E, depois a participação, também dos enfermeiros, nos casos sinalizados em que precisam de articulação com a saúde. Tanto a parte da informação e da articulação.” (FG-AE8,2)

“(...) E, também, tenho de..., articulo com as psicólogas ..., também, da escola. Às vezes referenciam-me casos, pedem-me a minha ajuda para eu falar com algumas jovens ou para eu tentar ver o quê que eu posso mobilizar em termos de recursos.” (V. Enf.SE8)

Compreendemos que sem as diversas articulações e interações entre os atores e entre as organizações, muitos adolescentes não receberiam ajuda efetiva, podendo agravar a sua situação de saúde, educativa, familiar, social, ou mesmo de vida. Esta atividade de cuidado de ajuda dos enfermeiros SE é de importância capital para estes adolescentes, que estando na

Figura 8. Processo Interconetando o Cuidado – Condutibilidade da Ajuda



escola, revelam necessidades que são identificadas pelos atores, sendo esta um recurso imprescindível para o acesso a cuidados básicos de alimentação e saúde. Os atores da escola têm pleno conhecimento de todas estas situações e, preocupam-se com a saúde e bem-estar dos adolescentes que têm nas

suas escolas, sentindo empiricamente que estas problemáticas associadas aos determinantes sociais e económicos, têm aumentado.

(...) Mas estas práticas têm aumentado imenso. E digo mais, se não fosse a saúde escolar e o apoio que efetivamente, o gabinete, a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) e o doutor, mesmo as pessoas que estão a trabalhar. Até mesmo os funcionários, que estão nos edifícios, e que identificam e diagnosticam muitas situações e que me dizem: «Professora, aquele miúdo está muito amarelito ..., tem umas olheiras, o miúdo só chora, o miúdo não se aguenta em pé ...» Todo este diagnostico, que no fundo..., é todo este levantamento a que depois vamos chegando.” (FG-AE6)

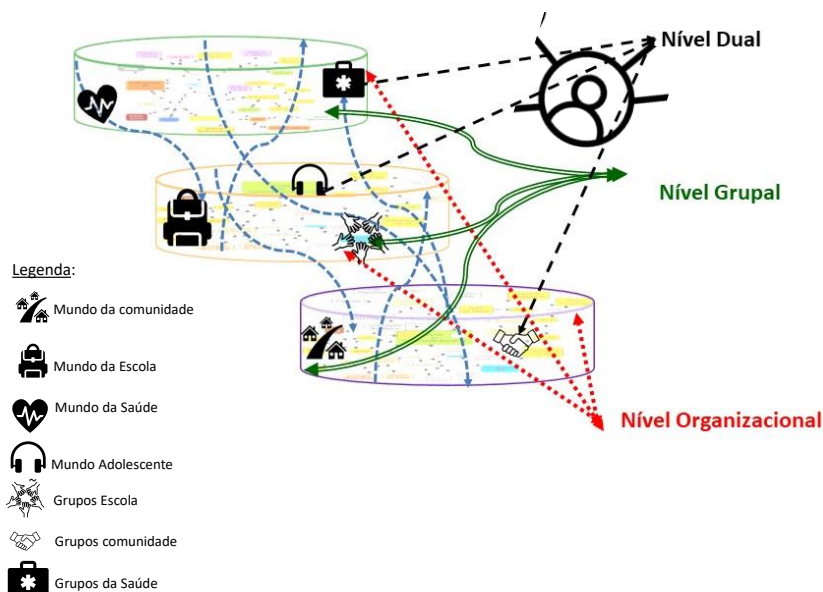
“(...) porque a chegada do verão é muito preocupante. Porque eles deixam de vir á escola e nós não os vemos, nós não sabemos o que é que está a acontecer. E nós temos jovens, que quando começa o ano escolar vêm completamente anémicos, mais magros, um aspeto muito em falta, em termos de higiene, o ser anémicos ou obesos, mas porque alimentação não é muito correta, não há nada, e nós aqui é que temos situações de jovens que são referenciados á comissão, porque as famílias não conseguem assegurar a higiene, a alimentação, os cuidados de saúde, com o próprio vestuário e nós sabemos que quando recebem convocatória pela comissão, as famílias tentam esconder um bocadinho esta situação até se arranjam um bocadinho melhor e até vão lá como fazer de conta que tudo está muito equilibrado. Se não haver alguém que conheça de facto a realidade e os veja realmente como se apresentam.” (FG-AE8,2)

Outra propriedade que é revelada a partir dos dados vem reconfirmar que as escolas têm efetivamente culturas, ritmos e condições diferentes como anteriormente caracterizámos, e nem todas têm efetiva colaboração do setor da saúde. Em particular, os enfermeiros participantes neste estudo, revelam proatividade e empenho em quererem colaborar, em conjunto com as escolas, para ajudar os adolescentes em dificuldade. No extrato seguinte, percebemos que atores da escola com bastante experiência na educação especial não têm memória desta articulação com os enfermeiros SE em outras escolas.

“(...) Fiz parte também do núcleo do apoio especial, com os meninos de educação especial, como aqui, e não havia esta parceria. Eu não me lembro. Quase também já estou aqui há 10 anos, mas já tenho 20 de serviço e não me lembro. Sim..., porque havia muitos meninos também com doenças graves mesmos estas problemáticas que são tratadas nas aulas ... não me lembro de existir.” (FG-AE8,3)

Ainda associado à subcategoria “interconectando o cuidado”, surge o segundo conceito (2) interconetando a ajuda. Vimos que o conceito anterior - condutibilidade da ajuda - revela a

Figura 9. Interconetividade da Ajuda



estrutura do processo sequencial de ações que se desencadeiam para fazer chegar aos enfermeiros SE, os pedidos de ajuda. Relativamente a este segundo conceito -

interconetando a ajuda – o mesmo, difere da condutibilidade da ajuda, porque não diz respeito à sequência do conjunto de interações, mas antes refere-se ao processo relacional de conetar atores: pessoas, grupos e organizações de diferentes setores.

Esta capacidade de interconetar a ajuda por via das diferentes interações que os enfermeiros SE realizam na escola com a organização, com os grupos e com as pessoas a nível individual (ver Fig. 9), aparenta revelar qualidades pessoais que estes enfermeiros mobilizam em competência, ou capacidade de adaptabilidade perante diferentes circunstâncias, escolas e atores.

“(...) Contactei a nossa colega, a enfermeira que para além de estar na CPCJ, também articula então, com a saúde mental, com a nossa colega de saúde mental hospitalar. Então a nível hospitalar para tentarmos que ela fosse vista pelo psiquiatra e porque já tinha 16 anos, tinha de ser com o psiquiatra, não podia ser na pedopsiquiatria.” (V.Enf.SE5)

Estes, são portanto, dois conceitos que muito contribuíram para que definíssemos o construto do processo central, ou de acordo com Reed, o Processo saúde – humano – ambiente: **“Processo de Cuidado de Enfermagem Situando-se na Simultaneidade de Mundos”**, uma vez que é revelador da intensa atividade de articulação dos enfermeiros SE entre os diferentes mundos e das múltiplas interações que realizam num dia de trabalho. Optámos por não integrar no texto todas as figuras representativas das interações *intra-mundos* uma vez que quisemos enfatizar a interconetividade entre os mundos organizacionais, e dentro destes a interconetividade entre os grupos, e os atores da escola na interação dual, em particular com os adolescentes. Todas as figuras das interações *intra-mundos* podem ser consultadas em apêndices (apêndice II), mas também irão integrar uma figura no texto de caracterização do próximo construto do estudo. Explicitamos que na figura anterior, criámos símbolos representativos dos mundos organizacionais (conforme descrito na legenda), também símbolos para os grupos e símbolos para a pessoa individual – adolescente, de forma a podermos revelar a multidimensionalidade do processo de cuidados destes enfermeiros.

A interconetividade concretiza-se a partir das interações realizadas entre os enfermeiros e os atores da escola, com os parceiros da saúde e atores da comunidade, mas principalmente através do estabelecimento de uma rede de contatos para possibilitar a condutibilidade da ajuda para os adolescentes. Esta rede de contatos acontece habitualmente após a realização de pedidos para articulações com outros setores, pela escola ou por entidades da comunidade. Desocultou-se esta ação de cuidado dos enfermeiros a partir da sua colaboração na resposta aos pedidos para resolução de problemas, que implicam a realização de reuniões de resolução de problemas e de tomada de decisões.

Em termos de dimensões relativamente à realização de reuniões em que os Enfermeiros SE participam, a característica que se evidenciou foi o número de setores da sociedade implicados. Determinadas situações implicam reuniões só com atores de um, dois ou mais setores da sociedade. Esta característica foi-nos revelada pela compreensão da gradual complexidade das situações vividas pelos adolescentes, e espelhadas na Escola que são apresentadas nestas reuniões. Decidimos designá-las tendo em consideração os objetivos das mesmas, assim surgem: (1) Reuniões de Planeamento; (2) Reuniões de Resolução de problemas e (3) Reuniões de tomadas de Decisão.

Relativamente às (1) reuniões de Planeamento, estas surgem em dois formatos. O Primeiro implica uma reunião entre as equipas PES e da SE por via da necessidade de planeamento conjunto da Promoção e educação para a saúde, como iremos ver na categoria “favorecendo o cuidado” e, posteriormente a equipa de profissionais da SE reúne, para a definição interna do planeamento decidido com as escolas e, afetação de responsabilidades por cada um dos diferentes profissionais da equipa de SE. Também existem reuniões de planeamento relacionadas com a realização de eventos de saúde na escola.

“(…) Dentro do centro de saúde e no início do ano letivo eu reúno com a equipa, que é: o enfermeiro (omissão do nome do enfermeiro) e depois também há uma fisioterapeuta, uma psicóloga, o higienista, duas técnicas do ambiente, o higienista oral também vem ... sim, e é só. Às vezes vem também outra enfermeira e geralmente no início do ano fazemos mais ou menos uma planificação. Depois ao longo do ano letivo é o enfermeiro (omissão do nome do enfermeiro) que faz a ponte e que vem todas as semanas reunir comigo e articular as atividades e dinamizá-las, e quase todas. (...) Sim porque nós agora como planificamos sempre anualmente, torna-se mais fácil porque já sabemos a área de intervenção depois já pensamos: «olha nestas turmas já fizemos isso e isso, para o ano vamos áquilo», e articulamos muito bem.” (FG-AE8,3)

Relativamente às (2) reuniões de resolução de problemas conferem a maioria entre as tipologias de reuniões, habitualmente designadas por reuniões para discussão de “casos”, as mesmas são pedidas pela escola, solicitando-se a presença dos enfermeiros SE devido a acontecimentos com os adolescentes que necessitam de resposta conjunta. A tipologia (3) de Reuniões de Tomada de Decisão, foi-nos revelada pelas reuniões devido a sinalização de adolescentes ou famílias, às entidades da comunidade. Estas incluem profissionais dos setores da Educação, Saúde, Social e judicial. Independentemente da tipologia de reunião, constatou-se uma sequência cíclica de fases que se apresentam na tabela (6).

“(…) Foi marcada uma reunião com a Enf.SE, a Coordenadora PES e um Professor Diretor de turma devido a uma situação de um aluno que veio transferido de outra escola. A Enfermeira pergunta o motivo pelo qual o aluno foi transferido. Os dois professores analisam as informações que têm e identificam que é um aluno (14 anos) que já percorreu várias escolas. O professor refere que o aluno demonstra dificuldades de adaptação e integração na turma, explicando que revela comportamentos de oposição (provavelmente por um sentimento de mal-estar ou conflito interior). A Coordenadora PES deu continuidade à reunião com mais dois assuntos de adolescentes com problemas. Um adolescente que se automutila. Outro adolescente com uma ferida que não

cicatriz, e os pais não levam o filho ao médico, achando a coordenadora PES que o adolescente é vítima de negligência parental.” (NC: Obsv3. Enf_SE6_081116)

Identificámos diversas vezes, por via do período de observação dos enfermeiros nas reuniões, que é muito frequente os professores proferirem “diagnósticos” relativos aos “sintomas” dos adolescentes, como se pode depreender do extrato de texto acima apresentado. O professor refere-se à situação do adolescentes como podendo ser *mal-estar ou conflito interior*, e os enfermeiros SE não referem diagnósticos, muito embora se compreenda a existência de um raciocínio que procura obter mais elementos caracterizadores da situação. As atividades realizadas pelos enfermeiros SE nas reuniões estão apresentadas no quadro seguinte.

Tabela 6. Tipologias de Reuniões

Reuniões	<u>Antes</u>	<u>Durante</u>	<u>Após</u>
Cuidado Reunindo	<p>Cuidado de Ajuda (autónomo)</p> <p>Cumprindo resposta à solicitação dos parceiros que solicitam colaboração na reunião</p> <p>Preparando-se para a reunião</p> <p>Pesquisando elementos caracterizadores da situação de saúde familiar (à data da reunião)</p> <p>Sistematizando os elementos caracterizadores que poderá apresentar na reunião</p> <p>Planeando a gestão do cuidado de Enf. SE para participar na reunião</p> <p>Deslocando-se para o local da reunião</p> <p>Chegando e cumprimentando atores</p> <p>Pedindo autorização para ser observada</p>	<p>Co-participando em reuniões</p> <p>Participação de 2 setores (Escola e Saúde)</p> <p>Participação de 3 setores (Escola, Saúde, Social)</p> <p style="text-align: center;">***</p> <p>Cuidado de Ajuda Autónomo</p> <p>Apresentando elementos caracterizadores da situação de saúde dos elementos da família em análise (os que foram pedidos e outros adicionais)</p> <p>Fazendo sugestões de intervenções pertinentes para integrar no plano de ação da família:</p> <p>Treino de competências para os adolescentes</p> <p>Sinalização de bebé ao NACJR</p> <p>Cuidado de Ajuda em complementaridade</p> <p>Coloca perguntas que ajudam os atores a sistematizar informação e a procurarem mais informação.</p> <p>Escutando a apresentação das situações dos adolescentes</p> <p>Identificando uma sequência cíclica na apresentação das situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abertura do assunto de cada adolescente, apresentando elementos caracterizadores; • Discussão de possibilidades para resolução dos problemas; • fechar o assunto e reiniciar o assunto seguinte pela mesma sequência <p>Emitindo opinião por cada apresentação de situação dos adolescentes: a partir dos elementos factuais que lhes são apresentados,</p> <p>Acrescentando fundamentação legal (quando a situação assim o exige: exemplo da gravidez</p>	<p>Emergem as intervenções “invisíveis” de interconectar o cuidado de Ajuda, implicando contatos com os vários recursos dos diferentes setores da sociedade.</p> <p>Articular com o Centro de Saúde (consultas medicina familiar)</p> <p>Articular com o Hospital (consulta risco grávidas adolescentes)</p> <p>Articular com Entidades na comunidade</p> <p>Compreender o processo de acompanhamento (datas e horas das consultas)</p> <p>Providenciar apoio social (apoio domiciliário; apoio no processo de gravidez adolescente)</p>

		adolescente e enq. Legal para realização da IVG) sugerindo intervenções diferentes (de cariz de apoio ou suporte para os adolescentes e, não de cariz disciplinar) Sugerindo marcar atendimentos no gabinete da Escola pela Enf.SE, para aconselhar adolescente (a aceitar ida a consulta de psicologia no ACeS) Mantendo atitude de neutralidade face às propostas disciplinares em discussão (revelando que sabe situar-se no papel de profissional de saúde em contexto intercolaborativo) Ocorrendo aceitação das propostas dos Enfs. SE pelos parceiros (revelando capacidade de sensibilizar os parceiros para a mobilização de estratégias ainda não experimentadas)	
--	--	---	--

Constatou-se que as reuniões funcionam na generalidade em 3 fases, ocorrendo atividades: *antes da reunião, durante a reunião e após a reunião*. As principais diferenças entre cada tipologia de reunião, centram-se, essencialmente na fase *durante a reunião* uma vez que é aqui que se revelam distintas, mas também similares atividades, em concordância com os objetivos de cada tipologia de reunião. Tanto os diferentes pedidos de ajuda como a realização das reuniões já são em si atividades caraterizadoras do processo de cuidados dos enfermeiros SE, mas constituem uma base a partir da qual se estes irão intervir favorecendo o cuidado de diferentes formas.

8.2.2 - “Favorecendo o Cuidado”

Na segunda subcategoria “Favorecendo o Cuidado” da Categoria major “*Interconetando e Favorecendo o Cuidado*” definiram-se três conceitos: Favorecendo o cuidado de proteção; Favorecendo o cuidado educacional e socioeducacional e Favorecendo a transformabilidade e humanidade;

8.2.2.1 - Favorecendo o Cuidado de Proteção

Os adolescentes no percurso do seu desenvolvimento para a idade adulta necessitam construir o seu processo pessoal identitário e de conquista de autonomia face aos pais/EE`s, pelo que empreendem movimentos de ensaio nesta busca de si. Preferem conversar com os pares, construir novas relações de amizade e iniciarem as suas experiências pessoais. Por vezes, por via de diferentes situações, tomam decisões algo imaturas ou pouco refletidas que acarretam prejuízo para a sua saúde ou desenvolvimento, necessitando de ajuda para as resolverem quando constatarem que estão a viver um problema sério e real. Muitos dos pedidos

de ajuda dos adolescentes, estão relacionados com problemas ou acontecimentos inesperados que surgem na sua vida.

Anteriormente vimos que os enfermeiros SE recebem muitos pedidos de ajuda imprevistos estando estes relacionados com situações complexas do mundo adolescente, do qual é exemplo o seguinte extrato,

“(...) Então, na altura eu estava no 7º ano e dava-me com um rapaz que tinha uns 13 anos. Dava-me com o rapaz sexualmente..., uma grande asneira, mas pronto...! ... o que aconteceu foi que não tomámos as medidas de precaução corretas, e depois, entretanto vieram a descobrir isto, contaram à professora (omissão do nome da professora), e ela queria ir contar à minha avó, que é a minha encarregada de Educação. E eu com medo, disse que não, porque a minha família não tem um histórico muito bom relativamente a gravidezes ... foi tudo ainda muito novo. Foi então, que a professora (omissão do nome da professora) contactou a enfermeira ((omissão do nome da enfermeira), elas as duas estiveram a conversar e acharam que o melhor era contarem à minha avó. Ligaram então à minha avó, e depois, reunimo-nos todos, na outra escola... e disseram: queres contar tu? Ou preferes que contamos nós? -- E eu pedi para que fosse a enfermeira a contar. A enfermeira contou, a minha avó ficou de rastos, mesmo.” (FG3-Adolescentes)

A narrativa da adolescente expressiva de uma experiência pessoal, revela a dificuldade em ter que ser a própria a contar a situação à sua familiar e encarregada de educação, inscrevendo-se a mesma na tipologia de pedido de ajuda mediação. Situações como a experiência desta adolescente sucedem nas escolas todos os dias e, são motivo de contato e solicitação para os enfermeiros irem à escola. Indo à escola surge como um conceito simples relativo à deslocação dos enfermeiros do mundo da saúde para o mundo da escola. Porém, este contexto onde aparentemente os enfermeiros se deslocam para realizarem o seu processo de cuidados, todos os dias surge com situações que requerem o cuidado de proteção dos adolescentes em diferentes sentidos. No extrato de texto anterior, a adolescente indiretamente pede para ser a enfermeira a mediar a transmissão da notícia à sua familiar. Várias propriedades dos dados permitem-nos reconhecer que os adolescentes sentem verdadeiras dificuldades pessoais para as quais não pedem ajuda cedo, agravando-se ou complicando-se as mesmas. Emergem situações de alguma complexidade na sua vida (ataques de pânico, gravidez adolescente, consumos, absentismo escolar, fome, insucesso escolar, bullying, doença crónica, estigma, tristeza, entre outras) e, por vergonha, medo, ou mesmo não aceitação das situações, nem sempre pedem ajuda cedo.

“(...) Porque nós temos vergonha, e depois não dizemos e, às vezes, agrava-se. Exato!” (FG3-Adolescentes)

“Eu conheci a enfermeira no meu 6º ano, devia ter 12...13 anos. (...) Eu, para já, nunca aceitei muito bem a diabetes Mas é uma situação que nós temos de aprender a viver. Tem os seus lados positivos. Como também tem os seus lados negativos ... já tive um AVC por causa da diabetes e, hoje, estou aqui são e salvo”. (FG3-Adolescentes)

É a partir de acontecimentos similares a estes que acontecem na vida dos adolescentes, que surgem grande parte dos contatos aos enfermeiros SE, pelos atores da escola. Dependendo da situação e da gravidade destes acontecimentos, podem contatar os enfermeiros à distância e pedirem ajuda via telefone, ou solicitarem que os enfermeiros se desloquem à escola para colaborarem na resolução de problemas desta natureza. Assim, os enfermeiros quando se deslocam à escola empreendem várias atividades. Como os enfermeiros não conhecem nominalmente todos os adolescentes, uma vez que contatam com os mesmos nas turmas, quando vão à escola para irem conversar com estes devido a um acontecimento que tenha despoletado o pedido de ajuda, precisam encontrá-los, recorrendo aos professores para que os ajudem a identificar os mesmos, ou procuram os adolescentes na escola através dos amigos ou namorados.

“(...) E, fui à escola procurar ... falei com o professor em questão, que na altura disse-me que não sabia o que se passava, mas que me iria tentar pôr em contato com a diretora de turma para tentar encontrar a menina em causa” (V.Enf.SE1)

Quando os encontram, procuram disponibilizar-se para conversarem informalmente. Outras vezes os enfermeiros vão à escola por sua própria iniciativa quando intuem risco para a saúde do adolescente, por estes terem faltado a consultas ou por via de terem tomado decisões que podem colocar a saúde ou a vida em risco. Nesse âmbito os enfermeiros procuram compreender as decisões dos adolescentes, escutando-os, colocando questões ou perguntas abertas e, permitindo a estes contarem o que se passou.

“(...) Eu encontrei a menina em causa, e depois de encontrar a menina em causa, ela vem ter comigo, ... eu perguntei-lhe porque é que ela não tinha vindo à consulta., e ela disse-me que não tinha vindo porque (pausa...) se faltasse à escola, a mãe ficaria a saber (... porque a mãe era muito controladora..., não foi com estas palavras que ela usou, mas foi o que transmitiu...) e que ... efetivamente vir ao centro de saúde implicava a mãe saber e ela não poderia correr esse risco.” (V.Enf.SE1)

Nos momentos de encontro com os adolescentes, os enfermeiros SE mobilizam habilidades comunicacionais e atitudinais que permitem ir estabelecendo com eles uma dinâmica relacional informal, promotora da expressão das suas dificuldades, mas também potenciadora de criar uma relação de confiança com os adolescentes.

“(...) A enfermeira (omissão do nome da enfermeira) inspirou-me confiança, estamos á vontade a conversar com ela, deixa-nos confortáveis. Sim, às vezes, mas é uma boa crítica, não é daquelas para nos deitar abaixo, mas sim daquelas ... (para ter juízo) exato...! Não julgar...” (FG3-Adolescentes)

Clarificam e garantem-lhes a confidencialidade dos seus relatos, explicitando que têm dever do sigilo (exceto quando as situações são muito graves e, para proteção deles, precisam ser discutidas em equipa para tomadas de decisão quanto a sinalização para entidades como a

cpcj, por exemplo). Os enfermeiros mantêm uma postura aceitante e neutra o que permite aos adolescentes sentirem confiança e recorrerem a estes quando precisam, seja presencialmente, seja por contato à distância.

“Nós nem sempre temos o enfermeiro na escola, porque nem sempre é possível. Mas às vezes também é só ligar, e temos essa ajuda... a gente, basta ligar e estão sempre disponíveis para falar, e quando estão na escola também estão sempre lá para nos ajudar.” (FG3-Adolescentes)

“(...) Porque nós na escola nunca temos assim um grande apoio em termos da nossa doença. Nós somos ali um grãozinho de areia no meio de muita coisa. E, com as enfermeiras nas escolas, elas apoiam-nos muito em termos de ... pronto, quando nós precisamos, nem só na diabetes, porque eles não estão lá na diabetes... porque nós ganhando confiança nas enfermeiras de tantos anos de vivência connosco, nós podemos partilhar qualquer situação com as enfermeiras e sentimos um grande à vontade para com isso. (FG3-Adolescentes)

A confiança nos enfermeiros é um tema de extrema importância para os adolescentes que explicam os motivos pelos quais preferem “ir falar” com os enfermeiros e, nem sempre com os professores. As propriedades que emergiram situam-nos num conceito de decisão facultativa, uma vez que sentem que a relação com os professores é obrigatória por via do mundo pedagógico, e sentem-se desconfortáveis com o facto de contarem aspetos da sua vida privada, porque depois vêm os professores todos os dias e sentem-se numa relação estranha. Com os enfermeiros, a relação é diferente porque é opcional, porque os enfermeiros não estão sempre na escola e são estranhos-conhecidos.

“(...) Exato...! fica um bocadinho estranho. E, sendo um enfermeiro, temos que ver o enfermeiro mesmo quando nós queremos. Quando nós queremos vamos lá ... falamos. quando não queremos vamos embora ... e acho que a nível de confiança temos mais confiança com o ... porque sabemos que também o enfermeiro não pode falar das coisas que nós falamos, tem sigilo profissional e um professor não.” (FG3-Adolescentes)

“(...) Também valem por serem estranhos. Pessoas que não estão connosco diariamente. E que nós conhecemos entre aspás.” (FG1-Adolescentes)

Explicam que “a confiança” se ganha ao longo do tempo em que os vão conhecendo e ao longo das interações de maior ou menor proximidade, deixando antever que a frequência com que vão interagindo é uma forma de se conhecerem e irem aprendendo a ter confiança neste adulto que não é professor, mas que colabora de perto com os professores, porém garante a confidencialidade dos assuntos das vidas dos adolescentes. Esta frequência com que interagem, independentemente de ter maior ou menor regularidade ou ritmicidade, não causa alterações nos momentos de encontro com os enfermeiros, que sentem serem sempre disponíveis com eles, muito interessados e estarem prontos para os ajudar.

(...) Isso também não é uma coisa que se veja do dia para a noite (claro...) ... vai-se ganhando a confiança. O que é que aconteceu de diferente? Fomos interagindo mais um com o outro e também essa parte das sessões,

dinamizar as sessões ajuda muito porque liga-nos em termos de ... relacionar um com o outro ...” (FG3-Adolescentes)

“(...) Sim, sempre se mostrou muito interessada e a querer ajudar. Via-se mesmo que ela estava ali para ajudar e não era daquelas enfermeiras, como já encontrei no centro de saúde, que estava lá de má vontade, desinteressada (...) Porque é visível que ela está interessada em nos ajudar, enquanto a outra enfermeira, estava lá, mas só parecia que queria despachar o trabalho e ir-se embora... enquanto que a enfermeira (omissão do nome da enfermeira), até que já tenha passado o seu horário de trabalho continua lá para nos ajudar” (FG3-Adolescentes)

Em particular, os adolescentes que têm maiores dificuldades na comunicação e interação com os pares e com os adultos, por via de doença genética ou neurodesenvolvimental, referem que os enfermeiros os apoiam e defendem, perspetiva corroborada pelos pais/EE's dos mesmos. Muitas vezes estes adolescentes são as principais vítimas de estigma, preconceito ou bullying por parte dos colegas, aspeto que a atual evidência refere ter repercussões para a sua vida.

“(...) Lá está! Tenhamos cuidado ...! é isso que a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) também nos ajuda muito. Nós quando temos alguma coisa para fazer ou ... vamos sempre pedir a opinião dela e ela dá a sua opinião e diz como é que a gente há de fazer ou ... como é que a gente não pode fazer e acaba sempre tudo por correr bem porque a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) ajudou-nos. É aquelas coisas que os pais não têm coragem de nos dizer. Lá está, nós já sabemos só que eles não têm aquela coisa de nos dizerem, então a enfermeira (omissão do nome da enfermeira), às vezes, fala connosco e conta-nos a nós, diz-nos as coisas. E depois fala com os pais que é para os pais chegarem à conclusão que a gente sabe (...). Ficam mais descansados porque há alguém que tem de falar connosco e não são eles. (FG4-Adolescentes)

“(...) os problemas que, por vezes têm, não só pela hiperatividade, como também problemas em ser gozado na escola, o bullying, casos de lutas..., os traços físicos (...) os professores acabaram... não sabiam até eu vir à escola. Porque houve uma situação ...: «eu ia ao ... (a um local fazer compras) e ao passar pelo gradeamento vi que estava um grupo deles à volta do (omissão do nome do adolescente) a baterem-lhe. E eu assim...: «aquele é o meu filho! ... e chamei-o, os outros ficaram um bocado: o que é que se passa... , ... e eu disse ao (omissão do nome do adolescente): olha ... vens cá se faz favor e dizes-me o que é que se passa...» e o (omissão do nome do adolescente) ao início com medo das represálias dos outros ainda disse: «oh mãe estávamos a brincar... isto não era a sério...» ... e eu! isto não era a sério?! Não! É assim... tu estares deitado no chão e eles estarem-te a dar socos e pontapés...!» (...) Eu, automaticamente, pedi à professora (omissão do nome da professora) para falar com ela (claro...) porque... pronto, para informar, não é? aquilo que se tinha passado. É assim, os meninos foram repreendidos, os pais foram chamados à escola e as coisas... acalmaram. Claro, nunca mais teve queixas....». É assim, gozam, é verdade, continuam a gozar (e refere um nome que continuam a chamar ao filho), mas bater já não aconteceu.” (FG2-Pais-EEs)

Esta dimensão do cuidado favorecedor da proteção dos adolescentes com maiores dificuldades de relação no contexto escolar, descultou propriedades importantes ao nível do foco de atenção dos responsáveis da escola e dos enfermeiros. Identificando-se quem são os adolescentes que os pares privilegiam como sendo alvos das suas “brincadeiras”, os atores da escola e enfermeiros SE precisam planear e realizar um profundo trabalho de sensibilização e desconstrução do estigma, num ambiente promotor da saúde. Um contexto escolar com um ambiente relacional favorecedor da saúde e de relações gratificantes, necessita de considerar uma intervenção global, mas simultaneamente uma intervenção grupal e pessoal promotora da transformabilidade da forma de se ver o mundo, de se ver os outros, e em particular de aceitar-

se a diferença. Esta intervenção, procurando sensibilizar todos os adolescentes para uma dimensão de humanidade e compaixão para com os seus pares, será desocultada adiante, ainda neste subcapítulo, por via do conceito co-socioeducando.

Todo este cuidado de atenção aos adolescentes com maiores dificuldades de interação com os pares, cria reconhecimento pelos pais/EE`s que ficam tranquilos porque sabem que tanto os professores como os enfermeiros SE, estão na escola disponíveis para ajudar os seus filhos. Inscrito nas propriedades dos dados, os pais/EE`s, conferem algumas representações de papéis aos enfermeiros SE, quando estes estão no processo de cuidado de ajuda aos filhos, conceitos que referiremos no construto **“estabelecendo a relação de confiabilidade”**.

“(...) A gente tem conseguido, mas a (omissão do nome da adolescente) está muito melhor... muito, muito melhor... para aquilo que... ela é assim como o (referência ao adolescente, amigo) ... uns dias está bem, há outros dias que está mal. A enfermeira..., aqui desta escola... ajudou muito quando a (omissão do nome da adolescente) foi gozada e insultada pela sua aparência e complexo físico e foi a enfermeira da escola que falou com ela e que a ajudou a superar tais coisas, sendo que a (omissão do nome da adolescente) ficava muito magoada, muitas vezes ao ponto de chorar. Até ir ao hospital ... com a ajuda deles todos lá conseguimos uma consulta ... foi a CPCJ, não é? ... também ajudaram nesse aspeto, que eu não tinha dinheiro para ir. Com a ajuda da enfermeira para lá, pronto... sempre, ela está sempre... e quando há coisas...,” (FG2-Pais-EEs)

Sem estarem numa dimensão favorecedora da proteção dos adolescentes, os enfermeiros SE, dedicam tempo ao cuidado educativo, seja através da realização de formação aos atores da escola, seja através da atividade colaborativa de promoção e educação para a saúde. Compreendem a necessidade de educarem os adolescentes para a promoção da saúde e capacitação para tomada de decisões responsáveis, mas também para estabelecerem boas relações entre si, aceitantes, respeitáveis e construtivas. A partir das propriedades dos dados, definimos diversos conceitos que abordaremos no subcapítulo seguinte.

8.2.2.2 – Favorecendo o Cuidado Educacional e Socioeducacional

Anteriormente, vimos que um vasto conjunto de pedidos de ajuda são realizados pelos atores da escola relativamente à necessidade dos atores da escola receberem Formação. Também os pais e os adolescentes pedem ajuda para os enfermeiros realizarem educação para a saúde relacionada com o cuidado educacional sobre promoção da saúde em geral e, em particular sobre Educação sexual. Das propriedades dos dados, assumimos o conceito de cuidado co-educando (Apêndice II). As dimensões deste conceito reportam a que tanto os atores da escola como os pais/EE`s, têm conhecimentos sobre saúde e reconhecem o seu papel de educadores dos alunos e filhos. Porém, na adolescência os professores sentem dificuldades na abordagem da educação sexual e, pedem ajuda aos enfermeiros para estes poderem colaborar

nesta dimensão pedagógica com eles, aos alunos das suas direções de turma. Relativamente aos pais, estes também vão referindo dificuldades na abordagem dos temas de saúde com os filhos adolescentes, referindo que os filhos escutam melhor outros adultos do que eles, por via de estarem a realizar uma maior abertura ao mundo e, sentirem que os enfermeiros são os profissionais melhor qualificados para co-educarem os filhos no âmbito de temas de saúde. Todos estes participantes referiram a importância da escola poder ser um contexto construtor de saúde e têm preferência para que sejam os enfermeiros a abordar os temas de saúde, como clarificámos anteriormente.

Assim, o cuidado educacional na escola surge em dois patamares distintos. Por um lado, o cuidado educacional referente à formação dos atores da escola em maior consonância com o conceito de formação em saúde. Por outro lado o cuidado educacional dos adolescentes relativamente à Promoção e Educação para a Saúde, em maior consonância com o conceito de literacia para a saúde⁷.

As atividades que os enfermeiros empreendem para efetivarem ambos os cuidados cumprem organizam-se em torno de um ciclo de três momentos: antes, durante e após o cuidado co-educativo. Apresentam-se na tabela seguinte as atividades realizadas pelos enfermeiros SE relativas ao Cuidado co-educacional Formação e, em apêndice, surgem as atividades colaborativas entre a escola e os enfermeiros SE, que realizam atividades diretas e indiretas no cuidado co-educacional formação (apêndice IV). A atividade direta está relacionada com a formação propriamente dita: planeamento e operacionalização. A Atividade indireta está relacionada com a produção de documentos orientadores para os atores da escola, referentes à sequência de passos a seguir em determinados procedimentos para ajudarem os adolescentes com agudização de doença crónica (ie., crises de hipoglicémia ou epiléticas), mas também as atividades que visam tomada de decisões sobre a localização dessas orientações para os atores da escola.

Tabela 7. Atividades dos Enfermeiros SE no Cuidado Co-educando Formação

	<i>Antes</i>	<i>Durante</i>	<i>Após</i>
Cuidado co-educacional Formação	<u>Acolhendo o Pedido</u> <u>Recebendo</u> solicitações p/ formação (planeadas e imprevistas) Escutando os atores e narrativas das situações <u>Conhecendo</u>	<u>Co-educando em Formações</u> Realizando Formações com duas partes: (1) <u>dimensão Teórica</u> <u>Adotando estratégia de Formações curtas</u> , sobre doenças crónicas que os adolescentes	<u>Produzindo Orientações documentais</u> Produzindo documentos com passos dos procedimentos a realizar;

⁷ Literacia para a Saúde definida “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde”(WHO, 2019).

	<p>Apreendendo elementos caracterizadores e Conhecendo pedidos</p> <p>Compreendendo</p> <p>Compreendendo Necessidades e Referindo disponibilidades para a realização do cuidado</p> <p>Registam os pedidos de formação</p> <p>Planeando em Conjunto</p> <p>Estratégia de envolver e comprometer os poderes formais da escola</p> <p>Estratégia de planeamento da formação: formadores e conteúdos da formação</p> <p>Reunião Planeamento SE</p> <p>Formação Eq.ª SE/ACeS</p> <p>Preparando a Formação</p>	<p>têm diagnosticadas, e a partir das quais, podem ter crises na escola.</p> <p>Seguindo uma sequência de conteúdos teóricos:</p> <p>Etiologia da doença</p> <p>Sinais e sintomas intervenção e complicações</p> <p>(2) <u>dimensão prática</u></p> <p>Reforçando a importância de agir numa complicação (exp.:situação de hipoglicémia)</p> <p>Realizando demonstração do procedimento;</p> <p>Definindo metodologia de trabalho a pares, para realização do procedimento;</p> <p>Respondendo a dúvidas e questões</p> <p>Realizando a avaliação da Formação</p>	<p>2º documento c/ informação sobre valores que permitem a realização de exercício físico ;</p> <p>Sugerindo uma Localização do documento</p> <p>Localização do documento (livro de ponto);</p> <p>Apresentando folha de registos</p> <p>Folha para registo das situações de crise;</p>
<p>Cuidado co-educacional</p> <p>Formação colaborativa com parceiros da saúde</p>	<p>Enfermeiros SE contactam colegas da consulta de diabetes hospitalar para intervenção conjunta.</p>	<p>Planeamento de Formação conjunta</p> <p>1º momento de formação: Enfs. Consulta</p> <p>Momentos de Formação seguintes: Enfs. SE</p> <p>Avaliação do processo e resultados</p>	<p>Replicando a formação</p> <p>Com outros grupos de professores nos anos letivos seguintes</p>

Sobre o conceito cuidado co-educando Formação, apreendemos que é um cuidado colaborativo de suma importância para a escola, uma vez que educa os atores da escola para uma primeira intervenção de socorro aos adolescentes, preparando-os para essa responsabilidade, que no futuro se constituirá como um requisito: ser uma organização literada.

“(...) No outro dia fizemos uma sobre primeiros-socorros na escola pela enfermeira, como quando eles têm certas e determinadas situações. Só que nós não estamos dentro desta área, não temos informação nenhuma, embora eu esteja um bocadinho presente. E vai acontecendo, acontecendo, sim, sim temos sempre situações.” (FG-AE8,1)

“(...) Aquelas que temos é diabetes. O que fazer quando está em crise. Epilepsia ... é uma coisa que assusta. Toda a gente fica mais descansada depois de ter formação porque já sabe quando acontecer o que é que vai fazer. Sim situações mais específicas de problemas de saúde de alunos que temos em que os professores não sabem como agir, e obviamente precisam no momento ter um profissional de saúde para explicar...” (FG-AE5)

Na tabela acima (ver tabela 7) apresentam-se a estrutura e processo relacionado com as formações. Identificam-se nas atividades preparatórias, que internamente os enfermeiros SE planeiam uma reunião interna da Equipa SE do ACeS para definirem quem serão os profissionais que irão organizar as formações e responder aos vários pedidos da escola neste âmbito. A equipa nuclear enfermeiros SE e médico de saúde pública, são sempre os profissionais mais solicitados. Porém, foram também encontradas propriedades que revelaram parceria nas formações com profissionais de saúde de outras instituições, revelando mais uma das articulações intra-mundo da saúde.

“(...) Nós. Equipa: enfermeiro-médico ... quer nós equipa da Saúde Escolar... aqui do Centro de Saúde (...) quer também a equipa do ... da consulta de diabetes ... que também se disponibilizou para vir cá. (...) E que, a

linguagem ... nossa não estava assim tão ..., ... tão apurada. Então tentámos em articulação com elas arranjar uma forma de, quer a minha comunicação, quer a delas, ser ... sobreponível. Não haver contradições.” (V.Enf.SE2)

As atividades respeitantes à operacionalização e avaliação são comuns à maioria das formações em saúde, podendo ressaltar-se que a produção das orientações é distinta das normas de procedimentos que os profissionais de saúde utilizam, uma vez que a linguagem necessitou ser simplificada e adaptada para os atores da escola. Ressalvamos o pensamento de que através do conceito co-educando Formação, os enfermeiros SE contribuem para a melhoria do nível de conhecimentos em saúde dos atores da escola, favorecendo o nível de literacia em saúde da escola.

Podemos afirmar que o conceito co-educando formação é suficientemente abrangente para favorecer o cuidado educacional potenciando diferentes ganhos, nomeadamente aquisição de competência cívica por prestar um cuidado ao outro; aumento da sensibilidade à condição de saúde dos adolescentes pelos atores da escola e aumento da capacitação para a tomada de decisão em saúde, convergindo em ganhos de Literacia em saúde.

Olhando para o conceito de Literacia em saúde (WHO, 2019), que simplificado, visa habilitar qualquer cidadão para tomar decisões adequadas em saúde, compreende-se a importância deste dever ser promovido em todas as organizações, mas em particular na Escola. Os enfermeiros SE encontram-se numa posição distinta para Literar a escola organização, através do cuidado co-educando formação aos atores da escola, mas essencialmente através do cuidado co-educando em Promoção e Educação para a Saúde, com os adolescentes, que virão a ser os futuros cidadãos adultos, com necessidade de tomarem decisões de saúde adequadas, aprendendo a saber utilizar e gerir os recursos dos sistemas de saúde apropriadamente.

Sobre o conceito Cuidado co-educando em Promoção e Educação para a Saúde (PEpS) o mesmo emergiu das propriedades dos dados referentes à dimensão colaborativa do cuidado que temos vindo a revelar, assim como dos códigos *in vivo* dos atores da escola cuja terminologia adotada é a da Promoção e Educação para a Saúde. A relação dos enfermeiros com a escola em matéria de Promoção e educação para a saúde acontece ao nível de **reuniões de planeamento com a equipa PES da Escola**, após a sequência identificada de realizarem este pedido de ajuda.

Consideramos que o atual o conceito de Promoção da Saúde consistindo no “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a

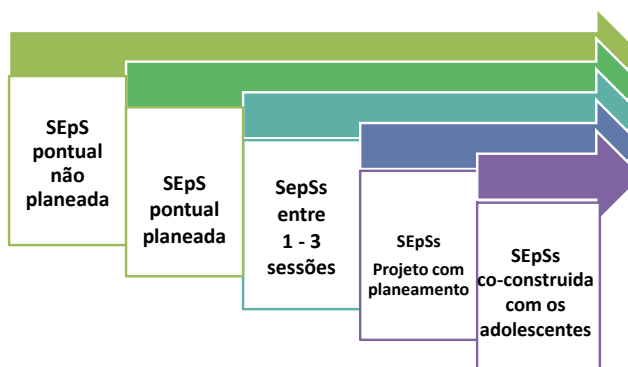
satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (WHO, 1986) mantêm-se atual, porém tem vindo a ser ampliado por via dos compromissos dos países, nas conferências internacionais de promoção da saúde, dizendo estes autores que este conceito surge com características dinâmicas (Lopes et al, 2010). Deste conceito surge a ressalva de nunca podermos saber o que será o “completo bem-estar físico, mental e social” por via da singularidade de cada pessoa e, da sua forma de considerar a saúde a partir do seu sistema de crenças e valores. Mas este conceito assume a pessoa no processo de gerir a sua própria saúde e, de alguma forma implicitamente, necessitar aprender capacidades para saber responder às suas necessidades, conseguindo uma adaptabilidade aos contextos onde está, estuda, trabalha e vive, importando dinâmica a este processo, mas também a potencialidade de transformabilidade face às situações.

Neste sentido, e realizando a partir deste momento a passagem do conceito cuidado co-educando para as atividades promotoras da saúde que os enfermeiros realizam na escola, com as turmas no âmbito do Projeto PES das escolas, clarificamos que apesar de incluirmos esta designação (Educação para a saúde) no conceito de cuidado co-educando em Promoção e Educação para a Saúde, a mesma surge por via de a termos apreendido nas propriedades dos dados referentes às atividades de educação para a saúde⁸, e não por concordarmos com a mesma. Inclusive, a designação de educação para a saúde não surgiu em todas as tipologias de sessões de educação para a saúde realizadas pelos enfermeiros na escola (Apêndice II). Assim, este conceito surge com parcialidade face à intervenção dos enfermeiros na educação em saúde dos adolescentes. Nos discursos dos atores da escola a referência à educação para a saúde surge com elevada frequência, motivo pelo qual os dados revelaram estas propriedade e esta designação integra este conceito. Porém, na nossa perspetiva esta designação surge direcionada à aquisição de conhecimentos de saúde, e não de educação para a saúde.

⁸ Educação para a Saúde “A educação em saúde é qualquer combinação de experiências de aprendizagem projetadas para ajudar indivíduos e comunidades a melhorar sua saúde, aumentando o conhecimento, influenciando a motivação e melhorando a literacia em saúde” (Traduzido de WHO, 2019).

Ao nível da Promoção e educação para a Saúde identificámos por via da comparação sistemática cinco dimensões distintas de abordagem destas, na escola com os adolescentes (Apêndice IV).

Figura 10. Processo Interconetando o Cuidado – Favorecendo o Cuidado Educacional e Socioeducacional Tipologias de Sessões de Educação para a Saúde (SEpSs)



“(...) dão-nos suporte quer para nós abordarmos, fazermos uma abordagem com os alunos, quer como sendo nós presentes e os enfermeiros estando na nossa aula para fazerem então essa abordagem. E é uma parceria de extrema importância, através do Projeto de Educação para a Saúde.” (FG-AE8,1)

Esta atividade ou intervenção realizada pelos enfermeiros SE, em termos de caracterização, surge identificada com cinco tipologias de abordagem da Educação para a Saúde na Escola, o que nos permitiu definir os seguintes conceitos: (1) co-educando informalmente; (2) co-educando formalmente e (3) co-socioeducando, estando relacionados com as tipologias das sessões de educação para a saúde que se passam a apresentar com exemplos de extratos de texto pela riqueza do seu conteúdo.

O Conceito co-educando informalmente surge pelas propriedades identificadas a partir das atividades de conversas informais com os adolescentes em relação dual ou em turma, por via de algumas questões que estes têm que não compreendem e fazem o pedido aos atores da escola – diretores de turma – ou, procuram individualmente os enfermeiros para validarem as suas dúvidas ou questões. A partir deste pedido, surge um formato de co-educar informalmente os adolescentes ou pais através da **(1) SEpS pontual não planeada** que consiste em ter conversa aberta e informal com os adolescentes por via de dúvidas ou colocação de questões ou abordagem de assuntos importantes mas através de informalidade, como se pode depreender no exemplo seguinte,

“(...) olhe que eu falo muito com eles. Mas como eu não levo, nunca levo um powerpoint, é muito aberto, muito. E depois, eu também gosto muito de divagar... , ... gostam imenso. Porque eles ... aquilo ... é assim, quer dizer: o preservativo ... eles sabem, vão à Internet. Mas o divagar ... porque é que ... se eles sabem, porque é que há esta diferença de sermos homens, mulheres. Porque é que é esta cor? Eles adoram! Também ... eles aprendem dessa, dessa forma.” (V.Enf.SE3)

“(...) A escola pede-me ... tenho um caso de uma turma de 6º ano, que pelas novas regras de Ensino Especial, reintegram numa turma dita normal, entre outras, uma menina com Síndrome de Down, depois de ter sido acompanhada pelo Ensino Especial e, foi para uma turma de ... 20 alunos. Eu contei-os eram 18, 19 alunos. E a professora um dia pede a minha ajuda, porque a menina estava a ter problemas na turma, porque eram-lhe dito coisas perfeitamente cruéis, não é? Eram coisas cruéis. Aquela menina andava muito deprimida ... chorava. E, eu disse à professora: «então deixe estar que eu preparo aqui qualquer coisa para falar com eles». E inicialmente pensei até fazer um PowerPoint todo giro e tal, para ser apelativo para os meninos, mas, depois, disse: não! é mais fácil ... é mais fácil, chegar lá e ... pôr-me à disposição deles para conversar e falar com eles sobre coisas, que se calhar eles não sabem. Pronto. E falei com eles. Falei-lhes dos direitos, falei-lhes da liberdade...” (V.Enf.SE8)

O Conceito co-educando formalmente surge através das propriedades que conferem um planeamento base definido, realizado com uma frequência regular com as turmas, obedecendo ao planeamento realizado a partir da reunião inicial, no reinício de cada ano letivo, entre as equipas PES e da SE. Estando planeadas e calendarizadas estas sessões, os enfermeiros realizam a preparação das mesmas, definido diversas metodologias de abordagem, entre as quais prevalecem as palestras com as turmas através da apresentação oral do assunto, podendo ter ou não recurso a outros métodos. Por vezes utilizam a apresentação de diapositivos, mas as interações para conhecer e motivar os adolescentes das turmas a participar, surgem dos conhecimentos estético, pessoal e empírico dos enfermeiros. Colocam questões, estimulam debates e moderam discussões breves entre as perspetivas que surgem face aos temas que apresentam através de **(2) SEpS pontual planeada** poderá acontecer numa turma mas também através de uma abordagem de palestra, ser ampliada para grandes grupos, de que é exemplo o seguinte extrato

“(...) Este ano fizemos um trabalho muito regular com sessões planeadas em conjunto, sessões semanais durante algum tempo com assuntos abordados que nós consideramos pertinentes para os nossos alunos, portanto, no âmbito da alimentação ... é uma coisa que nos preocupa imenso, na área da educação especial, porque os meninos tomam muita medicação e depois engordam muito, e portanto, têm que ter cuidados acrescidos em termos de alimentação. Portanto, foi um assunto muito abordado pelas enfermeiras que trabalharam connosco a nível da higiene, ao nível de saúde física, no que diz respeito ao desporto, por exemplo, porque esses meninos não fazem muitas atividades, são meninos que têm algumas dificuldades de, na comunidade, de integrar estas atividades desportivas e o que acontece, é que passam muito tempo em casa sem atividade.” (FG-AE8,1)

“(...) No outro dia, fizemos uma sessão sobre violência no namoro ... em que eu fiz muito a sessão, tipo: aquilo era no auditório, por isso foi muita sessão daquele tipo: ... quais são os sinais de violência no namoro? se isto acontece comigo, o que é que eu devo fazer? (V.Enf.SE1)

Ambos os conceitos co-educando formalmente e informalmente podem coexistir na abordagem com as turmas, em particular se as mesmas poderem ter mais do que uma sessão de EpS com os enfermeiros. Nesta abordagem existe planeamento, porém os enfermeiros não se cingem a cumpri-lo estritamente e, pode acontecer levarem convidados seus para

dinamizarem consigo estas sessões. O caráter informal surge muito da capacidade dos enfermeiros intuírem *o estar* das turmas, procurando situar-se e ir compreendendo os elementos que estão a emergir nas sessões, para empreenderem alterações ou constância na abordagem que estão a utilizar. Em termos de atividades, surge a exposição teórica dos assuntos, mas também visualização de filmes ou pequenos vídeos que promovem a discussão entre os adolescentes. São atividades algo potenciadoras de um aumento de sensibilidade à situação dos outros, assuntos que não se conseguem abordar em uma sessão. Por isso através da **(3) SEpSs entre 1 a 3 sessões** a abordagem é indicativa de existência de sequencialidade na abordagem dos temas. Pela riqueza dos extratos, vamos apresentar outros exemplos,

"(...) Muitas vezes, nós temos uma intervenção programada ... com os 8^{os} anos, por exemplo, e vamos fazer uma sessão. E, ... programamos que vamos fazer uma sessão de debate em cada turma. Mas geralmente, e todos os anos acontece, há 1, 2, 3 turmas em que uma sessão não chega e, nós voltamos num segundo momento e, quando voltamos num segundo momento ... já é diferente" (V.Enf.SE7)

"(...) Este, este processo iniciou-se no início do ano, quando tive esta, esta percepção e esta, e senti esta necessidade. E, como faço parte do grupo concelhio para as deficiências, articulei com uma colega e fomos à sala ... onde estava, a (omissão do nome da adolescente) que é a menina com Trissomia 21, explicar, fazer, trabalhar os meninos onde ela permanece mais tempo. O que era a Trissomia 21? O que é que eles esperavam? Como é que aquela jovem se sentia? O quê que eles sentiam em relação à jovem? E, a 1^a sessão ... foi muito ... não foi conflituosa. Mas a mim impressionou-me a forma como os outros vêm a diferença. Estigmatizam." (V.Enf.SE3)

O conceito co-socioeducando emergiu a partir de propriedades com características diferentes dos anteriores conceitos. Está implicado numa abordagem por metodologia de projeto a ser realizada com as turmas. Por Lei todas as turmas devem desenvolver o seu projeto de educação sexual, mas como vimos, por falta de disciplinas das áreas curriculares não disciplinares, os diretores de turma, optam por abordar a educação sexual em uma SEpSs ou na SEpSs 1-3 não proporcionando tempos de reflexão sobre os assuntos aos adolescentes. Porém, pela metodologia de projeto, identificamos um processo de aprendizagem co-construído com os adolescentes e partindo das suas necessidades. Eles escolhem os temas ou indicam as suas necessidades, nem sempre explicitamente, e as sessões são definidas entre seis a dez, tendo as mesmas alguma estrutura de base planeada com os psicólogos do ACeS ou com outros parceiros. Denota-se que nem todos os enfermeiros se sentem preparados para trabalharem com as turmas dentro de uma abordagem socioeducacional, mas procuram responder aos pedidos de ajuda sendo eles próprios, nestas situações a pedir ajuda a outros pares do ACeS. A abordagem socioeducativa, implica trabalhar-se com metodologias ativas, existindo um elevado

grau de imprevisibilidade sobre o que poderá emergir a partir de cada grupo ou turma, não conferindo conforto a quem não tem formação nestas áreas.

Ainda assim, de uma forma colaborativa, conseguem ir participando e ajudando a dinamizar cada sessão, tendo algumas sessões autónomas dentro da intervenção colaborativa. Integram este conceito as tipologias (5) SEpSs Projeto co-construído com os adolescentes e (4) **SEpSs projeto com planeamento**, surge uma abordagem dinâmica com a turma preparada em colaboração com outros atores (psicólogos, outros enfermeiros) também reveladora de sequencialidade e adoção de metodologias promotoras de raciocínio aos adolescentes (ver Fig. 11) , como explicitado no seguinte exemplo,

“(…) Eles eram 22 alunos de Marketing e eles têm ... na, nos cursos profissionais, geralmente, são eles que fazem o projeto de Educação Sexual da turma e que escolhem uma vertente. E, esta turma tinha escolhido como temática, o aborto. E, e, portanto, eles construíram e delinearam alguma coisa. Portanto, intervimos. Tivemos uma intervenção ... com eles ao longo do ano. (...) Fomos acompanhando, fomos um bocadinho orientando, porque eles precisavam de fazer algumas atividades que eles tinham-se proposto.” (V.Enf.SE7)

“(…) Portanto, eles viram o filme da Leonor, que é com a Leonor Seixas, que se chama a Passagem..., ...que aborda a questão de uma gravidez indesejada e, que levanta várias questões não só o aborto, mas uma série de vivências. (...) “como se fosse o debate... e, portanto eles posicionaram-se: uns a favor, outros contra. E, não fomos nós que dissemos as coisas ... foram eles. (...) Fizeram algumas pesquisas, também, e, portanto, e foi muito interessante o debate com eles.” (V.Enf.SE7)

(...) porque eles. É assim, pusemos eles a falar, não é? Pensem sobre o assunto e, às vezes eles punham questões: mas o quê que acha a enfermeira? Eu! E o quê que vocês acham? Pensem lá. (...) Eu acho que aí, essa reflexão foi muito gira. Nos prós e os contras os, depois, por eles, não é...? - porque, abordámos as coisas, falámos e, eles tinham pesquisado e, nos prós e nos contras, portanto, eles ... no fundo, quando chegou ao fim não eram, nem os a favor e os contra que perceberam os motivos de uns e de outros.” (V.Enf.SE7)

“(…) E, portanto, chegou-se à conclusão ... que é uma decisão, individual perante as circunstâncias e perante a situação e, que a decisão pode ser hoje uma e amanhã outra, não é? - Foi muito giro.” (V.Enf.SE7)

Figura 11. Dando Voz aos Adolescentes – SEpS Projeto com planeamento



Outras propriedades que reforçaram o conceito co-socioeducando, emergiram a partir de um outro projeto realizado pelos enfermeiros SE com parceiros e com adolescentes com necessidades educativas e de saúde especiais, por via destes adolescentes necessitarem de realizar aprendizagens de forma adaptada à *sua forma de estar no mundo*. Os enfermeiros com vasta experiência em SE conduziram este processo co-partilhado e construído com os adolescentes. A abordagem centrada na pessoa parte de princípios importantes que se revelam na práxis destes enfermeiros, de que é exemplo acreditar que qualquer pessoa tem potencial de desenvolvimento e aprendizagem. E, identificaram-se atividades focadas no conhecimento do grupo no todo, mas de cada adolescente dentro do grupo no particular. Compreende-se a construção de uma relação com o grupo de adolescentes ao longo do projeto, realizando-se várias atividades de que são exemplo: i) Identificando gostos pessoais e zona(s) de segurança/insegurança de cada adolescente do grupo; ii) conhecendo necessidades de cada adolescente no particular e, no grupo; iii) apreendendo e partindo das dificuldades vividas na Escola, expressas por estes; iv) emergindo assuntos/temas das dificuldades vividas na Escola pelos adolescentes individualmente e em grupo; v) Promovendo a equidade na participação nas atividades, entre todos os adolescentes do grupo; vi) elegendo estratégias adequadas às aprendizagens: dos assuntos, sobre si, sobre si na relação com os outros, sobre decisões e, sobre empoderamento.

Todo este cuidado foi desocultado a partir da (5) SEpSs co-construída com os adolescentes (ver Fig. 12), que também sendo uma abordagem sequencial, é co-construída ao ritmo e necessidades dos

Figura 12. Dando Voz aos Adolescentes – SEpS Projeto Co-construído com Adolescentes sem Planeamento



adolescentes, integrando o conceito de co-socioeducabilidade. Este conceito mais do que abordar as temáticas de saúde, procura capacitar os adolescentes para a aquisição de competências de vida, sendo o próprio grupo recurso para mobilizar as intersubjetividades subjacentes. Apresentamos três extratos de entrevista, onde podemos apreender a abordagem

interacional dos enfermeiros SE com os adolescentes reveladora deste ganho de competências, um deles bastante extenso, mas relevante para a compreensão do conceito.

“(…) E o quê que nós trabalhámos? Trabalhei com eles, várias áreas. Trabalhei com eles, Educação Sexual, Alimentação, o respeito pelo outro ... algumas competências que eles, que achei que era importante eles adquirirem. Por exemplo, havia um jovem ... também tive sempre com atenção ao seu problema de saúde associado. Cada jovens destes, eu percebi qual era a patologia associada, o seu problema ... a sua necessidade educativa e a sua necessidade de saúde. Alguns jovens consegui integrá-los em ... na associação do Espetro do Autismo em (omissão do nome do Concelho), que os pais, alguns desconheciam e estavam a ir a outros recursos de, que lhes ficavam mais dispendiosos.” (V.Enf.SE3)

“Exatamente, mais vale um que consegue encontrar-se na vida do que ..., Eu até tenho aqui umas coisas giríssimas. Muitos. Olhe, uma peça de teatro: eu sou a casa! Isto, porquê. É como nós nos protegemos e a nossa casa ... dos assaltos. Como não queremos ser invadidos, não é? Eles, também ... têm ... que ser coisas muito ...palpáveis. Não podes dizer... Se alguém te abordar numa casa, não é? E, então eles aqui ... Estes miúdos são autistas. Até a forma de o andar. Eu sou a casa. Coisas simples. Então, a casa ..., Eles compreendem. Eles iam-me assaltar. É o mesmo quando vão a passear e ela, ela na cadeira de rodas é que vai dar, vem aí ladrão. Eles todos têm que participar. Olha, ele vem cá, nos últimos.... Poderem fazer isto na rua. Exatamente. Isto é ... e vão tendo. E tem a segurança e vão perdendo os medos.” (V.Enf.SE3)

“(…) Portanto, ficou, está muito, os ganhos em saúde, de facto, eles existem. O bem-estar. Exatamente. E com coisas muito concretas e tal. Ganho de competências. A competência de poderem ir sozinhos para o (referência a cadeia de restauração de fastfood). Já fizeram 2 vezes. Os pais levam. Não ficam, não é? Eles vão gerindo o seu dinheiro, porque foram ... aprendemos isso. Aprendemos isso. Aprendemos a partilhar.” (V.Enf.SE3)

Pelo valor da co-socioeducabilidade e da aprendizagem experiencial como vetor da transformabilidade, iremos aprofundar esta abordagem no conceito major: favorecendo a transformabilidade e humanidade, no subcapítulo seguinte.

Os outros conceitos que emergiram das propriedades e dimensões das tipologias de EpS são importantes, porém focam-se essencialmente na transmissão de conhecimentos, com pouca participação ativa dos adolescentes, sendo de alguma forma limitativo da expressão dos adolescentes, e redutor quanto à dimensão reflexiva dos assuntos que emergem.

Os enfermeiros SE para além da reunião de planeamento anual, sentida como facilitadora em termos de resposta, recebem ainda outros pedidos avulso para abordagem de assuntos de saúde e de vida, durante o ano letivo, a que procuram responder.

Na opinião dos atores da escola pelo facto de serem os enfermeiros a abordarem a educação sexual com os adolescentes nas turmas, ocorre uma relação entre estes de “à vontade”. Os adolescentes ficam a conhecer os enfermeiros, assim como ficam informados de que eles são recurso na escola, podendo contactá-los no período de atendimento, no gabinete da escola. Defendemos que é nesta dimensão da intervenção em SEpSs com as turmas, que se pode ir favorecendo o cuidado co-educacional e socioeducativo, cuja atividade principal visa co-conhecer o grupo e potenciar aprendizagens em saúde, mas também relacionais entre si e os

outros e, essencialmente sobre si. Os enfermeiros dão a conhecer-se aos adolescentes nas turmas ou grupos procurando através de uma abordagem simples, natural mas autêntica simplificar a informação de saúde e, procurar com o grupo identificar recursos e meios para concretizarem aprendizagens (Marra & Fleury, 2008).

Defendemos que o Cuidado Socioeducacional deve merecer maior atenção e prioridade pelos enfermeiros SE, por via dos ganhos obtidos em conhecimentos em saúde, bem estar, e de si como pessoa, que foram desocultados pelas propriedades: ser realizada em continuidade por metodologia de projeto, com várias sessões planeadas com ou sem muita estrutura; capacitar os adolescentes para aprendizagens de si, dos outros e de si com os outros; trazer diversidade de temas, métodos, espaços e recursos; proporcionar compreensão e sentido dos outros; ser dinâmica proporcionando a expressão da subjetividade individual mas também da intersubjetividade; ser valorativa, permitindo a cada adolescente ser aquilo que ele é; respeitadora da singularidade e da(s) singularidades na relação grupal; ser integrativa; concedente; securizante, prazerosa e confiável.

A este nível alguns pais/EE`s acrescentam outras propriedades relevantes relacionadas com a facilidade com que os enfermeiros conseguem adaptar a linguagem com os adolescentes de diferentes idades e não colocam barreiras na comunicação por via das suas diferenças de idades ou perspetivas, sendo aceitantes dos adolescentes como eles estão e são no mundo.

“(...) e depois porque em termos de linguagem eu noto que também se adaptam a cada idade. Eu tenho um rapaz de 14, mas também uma rapariga de 17, noto a facilidade que existe em falar com eles, com os mesmos termos, na mesma linguagem. Isso é fundamental, porque, às vezes, estar a fazer aquela divisão de tu ali, tu aqui só porque és mais novo e ela é mais velha, às vezes não resulta.” (FG1-Pais-EEs)

“(...) Este conhecimento com a enfermeira facilitou em termos de... que eu me libertasse um pouco da diabetes ... eu não gostava de dizer a ninguém que era diabético e, pronto ... nestes termos de darmos as sessões, de dinamizarmos as sessões sobre a diabetes facilitou e fez com que eu me abrisse um bocado mais com a diabetes” (FG3-Adolescentes)

Na continuidade da desocultação de propriedades relacionadas com as interações Sessões de educação para a saúde, identificou-se o conceito: Dando voz aos adolescentes que resultaram da triangulação dos dados entre os profissionais que planeiam a educação para a saúde, e as propriedades que emergiram dos dados dos adolescentes (Tabela 8)

Tabela 8. Dando voz aos Adolescentes (R/c os Pedidos Coeducacionais-SEpS)

<u>Descobririndo o que os Adolescentes querem da EpS</u>	<u>Descobririndo as Metodologias que os adolescentes preferem:</u>
<u>Temas escolhidos pelos adolescentes</u>	

<p>Alimentação; Educação Física e saúde Educação Sexual; Gravidez; Distúrbios alimentares e Primeiros-socorros</p> <p><u>Temas de saúde mental</u> Abordar temas da S. Mental para não serem tabú Abordar os temas da S. Mental na escola reduz estigma/preconceito e são importantes</p> <p><u>Importância de pedir Ajuda</u> <u>Abordagem comportamentos nocivos à saúde:</u> Automutilação; depressão, comportamentos de gozo/humilhação; Violência no namoro; Violência doméstica Todos os tipos de violência</p>	<p>Os adolescentes referem sentir-se incapacitados para intervir ou ajudar alguém. Não sentem ter conhecimentos, Não sabem agir,</p> <p><u>Querem ter conhecimentos e serem capacitados nos processos:</u> i) ter conhecimentos em saúde; ii) ter conhecimento do que podem fazer; iii) ser capacitados para ajudarem os outros; iv) querem metodologias diferentes:</p> <p>Jogos para aumentar conhecimentos em saúde Jogos para aprenderem a tomar decisões Visualização de vídeos Discussão e debates Palestras acompanhadas de ppt Demonstrações (de MACs)</p>
---	--

As intervenções dos enfermeiros SE que integram atividades educacionais de promoção e educação para a saúde, revelaram similaridades com o cuidado co-educando Formação, por via da ciclicidade das fases, neste processo. Também nas interações de natureza de sessões de educação em saúde, identificámos os três momentos relativos ao cuidado co-educando formação. Porém, salvaguardamos que nas **SEpS**, a etapa “**durante**”, tem particularidades distintas, Assim, surgem as etapas: **Antes** das SEpS; **durante** as SEpS existem três momentos: início, meio e fim; e após as **SEpS**. Na tabela apresentam-se as estratégias principais em cada uma das fases (ver tabela 9):

Tabela 9. Atividades dos Enfermeiros SE no Cuidado Coeducando Promoção e Educação para a Saúde

Antes (SEpSs)	Durante (SEpSs)			Depois (SEpSs)
	Início	Meio	Fim	
<p>Acolhendo Recebendo solicitações para SEpSs As perguntas das turmas (Cx. Perguntas)</p> <p>Conhecendo Conhecendo os pedidos específicos dos DTs e coordenador PES</p> <p>Compreendendo As necessidades educacionais dos Adolescentes</p> <p>Preparando a sessão (pesquisas, definição da estrutura da SEpS, definição da metodologia e estratégia pedagógica, objetivos, recursos materiais e humanos:</p>	<p>Acolhendo o ambiente da turma Apresentando objetivos da SEpSs Clarificando conceitos</p> <p>Estabelecendo interação com a turma colocando questões fáceis e acessíveis sobre o tema Testando conhecimentos dos adolescentes</p> <p>Adaptando-se ao estar da turma durante a SEpSs Em SEpSs com características diferentes: - com preletores convidados</p>	<p>Acompanhando o estar da turma</p> <p>Estando atentos, sorridentes e mostrando interesse</p> <p>Iniciando aprofundamento dos temas por fases e, com mudanças de assuntos, dentro do tema.</p> <p>Apresentando o tema expositivamente ou com recurso a diferentes metodologias</p> <p>Mantendo interação Obtendo participação colocando questões dos adolescentes Estimulando a discussão</p>	<p>Preparando o fim da sessão</p> <p>Disponibilizando-se para responder a questões ou esclarecer dúvidas</p> <p>Despedindo-se dos adolescentes da turma</p> <p>Trocando impressões Enfs.SE com os professores sobre: - a SEpS (avaliação sumária de como decorreu) - a participação dos adolescentes - alguma situação que tenha despoletado preocupação com adolescentes apreendida pelos professor ou Enfs. SE</p>	<p>Dependendo da tipologia e características definidas para cada SEpSs pode haver: - tratamento de dados sobre respostas a questionários de conhecimento - tratamento de dados face a instrumentos de medida (em SEpSs integradas em projetos de investigação)</p> <p>Ocorrendo conversas informais com a investigadora (por via dos momentos de observação) <u>sobre</u>: - a SEpSs;</p>

<p>p/ cumprir o tempo definido)</p> <p>Chegando à Escola</p> <p>Chegando à Sala</p> <p>Contatando com a Turma</p> <p>Cumprimentando todos</p> <p>Apresentando-se pessoal e profissional</p> <p>Dependendo das salas, os Enfs. SE costumam posicionar-se perto das secretárias dos professores, ao centro das salas. Umhas salas têm estrado e eles sobre o mesmo, outras não têm. Alguns circulam por parte da sala para ficarem mais próximos dos adolescentes)</p>	<p>- integradas num projeto</p> <p>- através de aprendizagem experiencial</p> <p>Pode ocorrer o pedido de preenchimento de questionários sobre os temas; ou alteração do espaço de realização da SEpSs; ou recurso a estratégias educativas inclusivas</p>	<p>Moderando as discussões do momento</p> <p>Utilizando questões abertas</p> <p>Devolvendo perguntas (passa da dimensão singular para a dimensão coletiva, abrindo a oportunidade a todos os adolescentes de participarem)</p> <p>Parafreando</p> <p>Clarificando</p> <p>Explicando</p>	<p>- eventual necessidade de realizar mais SEpSs</p> <p>Ocorrendo a despedida entre Enfs. SE e os professores</p>	<p>- as dificuldades face a recursos materiais, humanos e temporais;</p> <p>- as opções metodológicas e estratégias pedagógicas;</p> <p>- Necessidades formativas</p>
--	--	--	--	---

Identificaram-se ainda outras propriedades distintas relacionadas com particularidades de culturas em algumas escolas. Por exemplo, alguns enfermeiros chegam a receber turmas no gabinete, quando os adolescentes querem conversar sobre um tema em saúde para a realização de um trabalho na escola e, pedem para os enfermeiros os receberem e ajudarem a pensar sobre o tema dos trabalhos. No geral, apreende-se que as turmas são muito diferentes entre si, umas participando muito nas sessões, outras nem tanto.

Porém, alguns adolescentes não conseguem aproveitar o ambiente relacional da turma para colocarem as suas questões ou dúvidas, ou ainda assuntos que são muito íntimos, não sentindo ser o espaço para o fazerem. E, nestas circunstâncias tomam a decisão de marcar um atendimento para os enfermeiros no gabinete da escola. Dimensão que será abordada no subcapítulo seguinte.

8.2.2.3 - Favorecendo a Transformabilidade e Humanidade

A categoria “favorecendo a transformabilidade e humanidade” tem como premissa um corpo de propriedades que, tendo sido desocultado a partir do mundo simbólico dos participantes do estudo através dos dados, nos permitiu apreender a importância de conhecer significados que são experienciados pelos atores, sem os quais a teoria do interacionismo simbólico refere não poder ser alcançada uma compreensão plena do processo social, que nós substituímos pelo processo saúde-humano-universo. Na perspectiva da teoria interacionista simbólica, como temos vindo a enfatizar, os seres humanos vão co-construindo-se e

(re)construindo-se numa dimensão evolutiva de si através das interações com os outros. Pensamos que : sendo a escola um contexto rico em interação social; estando cada adolescente num processo de abertura ao mundo ambiental e humano; conhecendo as premissas das conferências internacionais de saúde; Tendo como horizontes os objetivos do milénio 2030 e, compreendendo a posição atual da UNESCO em proximidade à OMS na defesa de que as escolas devem ser ambientes promotores da saúde, tendo como co-responsabilidades a promoção de habilidades cognitivas em simultaneidade com o desenvolvimento de habilidades socioemocionais e de habilidades para educarem para a adoção de estilos de vida saudáveis, que conjuntamente conferem aos adolescentes capacidades para a vida..., Tendo em conta as interações dos enfermeiros SE com os adolescentes nos processos co-educando em promoção e educação para a saúde e atendimentos proporcionaram a aquisição de um conjunto de habilidades defendidas pela UNESCO E OMS, de capacitação dos adolescentes com competências para a vida, pensamos que estas aquisições resultam em transformação das perspetivas de ver o mundo e, também do aumento da humanidade, por via do ganho de sensibilidade, respeito e aceitação dos outros. Referimos anteriormente que neste subcapítulo voltaríamos a reforçar o valor da co-socioeducabilidade e da aprendizagem experiencial como vetor da transformabilidade.

Assim, tendo sido já amplamente referido, emergiram dos dados situações do mundo adolescente complexas, geradoras de sofrimento por via de fenómenos entre pares, familiares e sociais, conduzindo os enfermeiros a repensar a sua abordagem da EpS na escola, assim como a proporem outras respostas de ajuda enquanto projetos das UCCs.

A nível de repensar-se a EpS as propriedades que caracterizaram os ganhos obtidos no investimento continuado em co-socioeducabilidade, numa abordagem SEpSs de projeto planeado ou co construído com os adolescentes, permitem compreender que é um cuidado favorecedor da transformabilidade dos adolescentes, e também de ganho em humanidade relativamente aos outros, pelo facto de alguém ter explicado e ter tido tempo para escutar as dificuldades de uns e outros adolescentes, não os julgando ou tendo um explicação moralista, mas pelo contrário procurando estabelecer pontes de compreensibilidade entre todos, sensibilizando-os para uma compreensão empática e, obtendo resultados. Identifica-se um trabalho progressivo de sensibilizar para a compreensão do outro, e da sua circunstância que tamb+em podia ser de qualquer um dos outros adolescentes. E, esta habilidade comunicacional de levar o outro a procurar compreender o que sente um adolescente que vê e está no mundo numa forma diferente da deles, foi chave para a aceitação daquele adolescente, mas muito provavelmente, para a aceitação dos outros que são diferentes deles.

"(...) Passou a não ser o outro. Passou a ser diferente ... diferente não só com aquele menino, mas se calhar com todos os outros (...)" (V.Enf.SE3)

"(...) Sim. Não quer dizer que durante este, este tempo, trabalhei com outras escolas e fiz a Educação Sexual..., mas neste momento, embora tudo é importante, o que a mim neste momento me preocupa são o sofrimento destas crianças. O sofrimento destas, mas também, das outras ditas normais que estão com este elemento que não conhecem, não percebem. Eles não têm que aceitar se não percebem, não é? Eu penso que ... foi um passo. É. Eles perceberem. Porém, conseguirem essa relação de empatia com o colega. Perceber. E digo uma coisa, quando eles percebem, os jovens são uns amores. Eles têm que perceber. Eles ... eles questionam, eles têm que ter a resposta e quando percebem que aquela, que são diferentes, porque ... quando eles percebem que a escola não quer que eles sejam iguais, tirem o mesmo curso, eles, eles não percebem, porque estas crianças são colocadas na escola e ninguém ..., nem professores ..., também, têm muita dificuldade. " (V.Enf.SE3)

"(...) Vou. Com estes mesmos meninos. Vou com este grupo, que para o ano estarão no 11º ano. E com o grupo em parceria - com o grupo concelhio para a deficiência - mas, também ... para jovens do 8º ano, independentemente da, das necessidades de saúde ou educativas. Possivelmente, porque nós não temos grandes capacidades, mas será um projeto ... sei lá com 4, 5, 6 momentos ... não é? Com um trabalho final. Estes, é que de fato, até que este grupo, o grupo concelhio conseguiu achar uma delícia, porque nós víamos aqueles miúdos crescerem..." (V.Enf.SE3)

Sempre que empreendemos atividade criativas e diferentes podemos abrir um leque de possibilidades a muitos adolescentes que não se sentem pertença da escola e que não conseguem fazer prevalecer os seus direitos. Esta enfermeira teve a capacidade de ir intuindo atividades que se podiam fazer experiencialmente, sem planeamento e obteve resultados no final do ano letivo, verdadeiramente positivos, nomeadamente ganhos em autonomia pelos adolescentes com perturbação do espectro do autismo (aprenderam a ir almoçar fora e a fazer a escolhas, a pagar o almoço), ganho em ser pertença de um grupo (combatendo a solidão e, sentindo-se pertença de algo maior, ganhos em comunicabilidade (aprenderam a expressar as suas vontades, pensamentos, sentimentos), em redução do estigma porque os colegas compreenderam a razão deles serem diferentes e, passaram a aceitar e a respeitar estes colegas; Ocorreram ganhos em competência cívica, ética, humana.

"(...) E, cada um quis fazer um discurso. Cada um! Meninos ..., que não falavam. Cada um fez o discurso, nós não somos diferentes, e não foi, com discurso feito pela professora, com um discurso. Cada um dizia, eu também, quero ir falar, eu também, quero ir dizer qualquer coisa, não é?" (V.Enf.SE3)

"(...) Nós depois com os nossos miúdos ... é interessante porque nós terminamos com a montagem de uma coreografia, de um espectáculo, e foi compartilhado com todos. E o tema que escolheram foi «hábitos de vida saudáveis». Por acaso foi um tema que nós achamos muito pertinente exatamente por causa disso, porque esses miúdos não têm muitas atividades passam o tempo todo também agarrados aos computadores e construímos com eles, montaram uma coreografia. E no fundo, foram situações que eles foram trabalhando nas sessões com os enfermeiros, mas o mais interessante foi uma coreografia de movimento sem palavras e sem textos e um conjunto de atos, e os pais quando viram o espetáculo perceberam claramente a mensagem que estávamos a passar. Portanto acho que é uma forma de chegarmos a todos." (FG-AE8,1)

A intervenção com grupos constitui-se como uma área privilegiada de intervenção, interação e transformação porque cria oportunidades que promovem o desenvolvimento humano. Porém,

a co-socioeducabilidade requer profissionais que sejam disponíveis e interessados pelo desenvolvimento de si e dos outros, e que tenham formação no trabalho com grupos, que consigam abrir perspectivas para o “cuidado de si” que, como sabemos, permitirá posteriormente dirigir a atenção para o cuidado dos outros. Nesta perspectiva, os dados permitem apreender todos estes resultados e ganhos em saúde e bem-estar, levando-nos a defender que a intervenção socioeducativa tem importante potencial terapêutico para os enfermeiros SE, uma vez que promove a autonomia, o autoconhecimento, a interação com os outros, a criatividade, a espontaneidade, ... , mas também promove a rentabilização de recursos humanos, a valorização das competências dos profissionais e vai de encontro à capacitação para a aquisição de competências de vida. Deixamos uma interrogação sobre o perfil de competências dos enfermeiros para a intervenção socioeducativa, no sentido de nos interrogarmos sobre quem reunirá condições e, ou poderá realizar esta intervenção de cariz terapêutico. Vamos agora situar-nos na intervenção dual que os enfermeiros participantes no estudo, possibilitaram acontecer, por via das necessidades no contexto escola e, sendo outra resposta que tem potencialidade terapêutica, neste processo de cuidado.

Toda esta apreensão de situações bastante conhecida dos enfermeiros SE conduziu a que nas UCCs onde exercem funções e, onde foi realizado o estudo, fosse proposto um projeto para responder às necessidades de ajuda dos adolescentes que sofrem e, não têm muitos recursos de ajuda.

“(...) Portanto, depois há uma parte que nos permite, enquanto Programa, desenvolver projetos e, aí sim a UCC ... definiu que este atendimento nos gabinetes, que não está previsto no Programa Nacional de Saúde Escolar, entraria como projeto para dar resposta ... achámos que seria um projeto ainda no âmbito da Saúde Escolar, o desenvolvimento do atendimento em todas as escolas de 2º e 3º Ciclo e Secundário do nosso concelho, 2 horas por semana. E, este é um dos projetos” (V.Enf.SE5)

Os enfermeiros das Equipas da SE participantes neste estudo, definiram como Projeto da UCC, um espaço e tempo de atendimento aos adolescentes na Escola – igualmente possibilitado na lei de 60/2009 enquanto parceria com os serviços de saúde locais – visando assegurar o atendimento aos adolescentes no gabinete de informação e apoio. Nesse sentido, manifestou-se através deste projeto de atendimento, a intervenção de cariz autónoma dos enfermeiros SE, integrada na intervenção colaborativa que realizam com a Escola, resultando na definição do conceito favorecendo atendimentos (ver tabela 10).

Os atendimentos realizados pelos enfermeiros SE na Escola estão em conformidade com os critérios definidos na lei 60/2009, em termos da parceria dos serviços de saúde locais se articularem com a Escola, para atendimento dos adolescentes em questões de promoção e

educação para a saúde. Dentro de todos os grupos de profissionais de saúde dos serviços locais, quem maioritariamente assegura o atendimento no gabinete de informação e apoio ao aluno nas Escolas são os enfermeiros SE. Estes, garantem o atendimento aos adolescentes num período temporal previsto na referida lei (no mínimo, numa manhã ou tarde por semana, salvaguardando-se a premissa de que o referido gabinete deve ser dinamizado pela equipa de professores PES da Escola, colaborando os profissionais de saúde na gestão dos atendimentos, assegurando uma manhã ou tarde, que fica previamente definida no início de cada ano letivo em cada Escola). Porém, as características do atendimento pelos profissionais de saúde (enfermeiros SE), assistentes sociais ou psicólogos educacionais difere do atendimento pelos professores nos gabinetes de informação e apoio ao adolescente.

Os professores não têm como condição deontológica o dever de sigilo da informação partilhada. Este dever a que os enfermeiros são obrigados a cumprir, inscrito no seu código deontológico, criou uma condição que desocultou as características particulares do conceito *favorecendo o Atendimento de Ajuda*, distintas das dos conceitos *favorecendo o atendimento informação* ou *Atendimento Orientação*.

Tabela 10. Favorecendo Atendimentos

<u>Atendimento informação</u>	<u>Atendimento orientação</u>	<u>Atendimento Ajuda,</u>
Integram a maioria dos atendimentos aos adolescentes na Escola, por via de quererem obter informação sobre saúde, e em particular sobre educação sexual, seja a nível pessoal, seja a nível da turma. Também integram esta sub-categoria o pedido de informação sobre assuntos de saúde-doença que suscitam curiosidade aos adolescentes (individualmente ou em turma) para os quais querem investir na realização de trabalhos na Escola para aumentarem os seus conhecimentos. Assim, procuram um atendimento pelos Enfs.SE para conversarem sobre os temas que querem aprofundar e, obterem dos Enfs.SE informação mais dirigida ao assunto, tornando-se estes, facilitadores do processo de aquisição deste conhecimento.	Refere-se ao atendimento de atores que solicitam ajuda para validarem possibilidades de apoio do setor da saúde face a situações de saúde individual dos adolescentes. Estes atores vão apresentar as situações dos adolescentes, aos Enfermeiros SE no gabinete, para obterem alguma orientação quanto ao que será possível fazer para os ajudar; integram também este conceito os pedido de atendimento para obtenção de orientação perante a realização de alguns procedimentos técnicos em ações de assistência aos adolescentes na escola; ou ainda integram pedidos de orientação de pais que num determinado momento não sabem como intervir com os adolescentes-filhos em diversas situações e, solicitam alguma ajuda (habitualmente à distância) onde expõem as suas preocupações e recebem com aidez orientações do que podem ainda fazer mais.	Atendimento que tem como base a interação dual ou grupal entre os Enfermeiros SE e os adolescentes ou pais/EE`s. Maioritariamente são os adolescentes a nível pessoal ou pares que procuram ajuda, mas também surgem atendimentos a pais e grupos. Neste conceito identificaram-se necessidades desta tipologia de atendimento a partir de pedidos para conversarem com os enfermeiros SE. Uma característica que distingue esta tipologia de atendimento das outras, respeita ao facto de que este atendimento é realizado sempre no formato presencial, no gabinete de apoio e informação ao aluno das escolas, ou num outro espaço pedido à organização no dia e hora do atendimento, quando a escola não tem na sua estrutura este gabinete. Neste atendimento ocorrem pedidos de ajuda face a experiências vividas de sofrimento. Emergindo o pedido de ajuda adolescente dissimulado que oculta o verdadeiro motivo de procura de ajuda pelo adolescente. O pedido real concretiza-se entre a segunda e quarta sessões.

Reportamo-nos brevemente à tipologia de propriedades que nos permitiram definir o primeiro conceito Favorecendo o Atendimento Informação, uma vez que este contribui para, mas não é através desta tipologia de atendimento que se favorece a transformabilidade e humanidade dos adolescentes ver tabela 11). Os pedidos de ajuda que conduzem a uma atividade de atendimento destas características, são co-educacionais ou de confirmação e, os adolescentes em obtendo as informações que procuram, ou esclarecendo as dúvidas que têm, ficam tranquilos porque já sabem como devem proceder. O seguinte extrato de texto é expressivo desta situação,

“(...) Em termos da alimentação... comer, não comer durante uma semana, faz-nos assim tao mal? Acho que é assim uma das perguntas que nós nem sequer nos questionamos, porque achamos que, pronto, porque achamos que não é mesmo uma coisa a sério, e eu pelo menos acho que podiam ... que a pessoa sentiria que comer faria pior do que não comer, mas isto é um bocado mais nos distúrbios alimentares e isso, que as adolescentes, raparigas, sofrem muito por causa disto. Acho que é uma coisa que pronto, se deve batalhar.” (FG1-Adolescentes)

“(...) Ela veio com o namorado, pedir ajuda por ... (mas não têm relações sexuais) ... pretendem ter. E queriam que os ajudasse a marcar um planeamento familiar. Eu, convencia-a a falar com a mãe. E para mim..., a situação mais hilariante foi chegar ao centro de saúde e ver que (pequena pausa) estava a mãe, o namorado e ela. Vieram os três. Foi! Eu acho que vale a pena ..., porque quando eu tive com ... a primeira coisa que eles disseram foi: «nós lembrámo-nos daquilo que você tinha dito ... que antes de iniciarmos a vida sexual, devemos fazer planeamento familiar». (V.Enf.SE1)

Tabela 11. Favorecendo o Atendimento Informação

Motivos de ida aos gabinetes (Atores)	Motivos de ida aos gabinetes (Adolescentes)
<p>Atores Escola docentes/não docentes (motivos) Pedir ajuda aos Enfs.SE para colaborarem na resolução de problemas de adolescentes (situações de saúde, comportamentais, de insucesso escolar, de risco/perigo no desenvolvimento) Sinalização de adolescentes por professores</p>	<p>Adolescentes (motivos) <u>Aquisição conhecimentos/validação dúvidas</u> Pedem colaboração sobre temas de saúde para realização de trabalhos <u>Pedidos de temas para as SEpSs</u> Querem escolher o(s) tema(s): conhecer o corpo humano; importância da Educação física; importância da Educação Sexual; Abordagem de doenças (Cancro; SIDA; Diabetes); Abordagem da Saúde/Doença mental (Depressão, automutilação, suicídio); Abordagem das Doenças Comuns da Adolescência (distúrbios alimentares (anorexia/bulimia), excesso peso/obesidade, cansaço, consumos, gravidez adolescente, ansiedade/crise de pânico, diminuição da auto-estima, tristeza, mutismo, ...) Querem fazer perguntas e validar dúvidas que têm, como: se podem ir a uma consulta de PF no C. saúde; o que fazem nestas consultas; quem os atende e outros assuntos.</p>

Relativamente ao conceito favorecendo Atendimento Orientação, as suas propriedades permitiram-nos identificar que tanto atores da escola docentes e não docentes, como pais/EE`s e adolescentes procuram os enfermeiros no gabinete da escola por diferentes motivos como se

pode depreender do resumo das propriedades sistematizadas na tabela seguinte (ver tabela 12) e, do extrato do texto seguinte,

“(...) Vão. Há muitos pais que me procuram na escola. Muitos pais, sim ... muitos pais. Acho que sim. Que é importantíssimo, a família, não é? As preocupações ... sim. Depende do problema ... e de como é que eles sentem o problema, não é? ... Eu passei muito ...,. Sempre ou questões de namoro. Por exemplo, das meninas que namoram com rapazes mais velhos e mais velhos, será portanto uma jovem de 14 anos, tem um namorado de 19, ... que é uma preocupação para ... para as mães. Muito neste contexto, muito nas dúvidas dos consumos, também, é uma preocupação dos pais. Portanto, são os namoros, quando o namoro vai para além da idade que os pais consideram como razoável, não é? E nos consumos. E, também, nalgumas questões ligadas à doença, mas menos. Eu acho que se tem que trabalhar com os pais, não é? Que é importante trabalhar com os pais, mas com os pais ... também, tem que se ter algum cuidado até com a escola, porque nós também, não podemos ir como as «donas do conhecimento», e daqueles pais. Portanto, às vezes o jovem ... o pai, os pais quando se relacionam connosco, é muito o problema do filho integrado na escola ...” (V.Enf.SE3)

Tabela 12. Favorecendo Atendimento Orientação

<p>Escola: atores docentes Procuram Enfs. SE no gabinete da Escola (Coord.PES/Ass/professores DTs) para lhes colocarem situações dos adolescentes referentes à saúde destes (numa grande maioria, por sinalização dos professores) Recebe pedidos de todo o AE (Coord. PES e A.Social) Recebe pedidos diretos dos Professores (para sinalização dos adolescentes em matéria de saúde) Escuta a apresentação das situações dos adolescentes pelos atores</p> <p>Escola: atores não docentes Atendimento para orientação de resposta a Pedidos de todo o AE pela Assistente Social (referentes a todo o AE: pedidos da EB1, EB2,3 e secundária)* Atendimento para orientação de dificuldades dos AOs na assistência aos adolescentes face a procedimentos técnicos....</p> <p>*[Nota: os pedidos de ajuda que chegam aos enfermeiros, são de todas as situações que conferem pedidos de ajuda das escolas dos AE's/ENA's, existindo muitos pedidos referentes ao ensino básico. Porém uma vez que o estudo recai sobre os adolescentes, vamos somente relatar os pedidos referentes aos mesmos: escola EB 2,3 e secundária, pedidos: 7 adolescentes e 1 adulto EE)].</p>	<p>Adolescentes (motivos) Querem conversar (diversos assuntos seus) Querem saber como aceder aos serviços de saúde Querem marcar planeamento familiar (casal adolescentes) Querem marcar atendimento pelos Enfs.SE nos gabinetes (presencial/telef.) Querem orientações sobre os MACs (toma da pilula) Querem orientações para validarem se estão a considerar “boas” tomadas de decisão/medirem consequências</p> <p>Pais/EE's (motivos): Preocupações de pais/EE's Preocupações com namoros (meninas mais novas com rapazes mais velhos) Preocupações com consumos Preocupações com situações de doença Preocupações com alterações comportamentais com repercussões na saúde e aprendizagens</p>
--	---

Em particular as orientações para os assistentes operacionais, por via de pedidos de ajuda em formato à distância conferem uma intervenção de cariz de suporte e muito

humanizante por parte dos enfermeiros SE. O extrato de texto seguinte, permite compreendê-la um pouco,

“(...) (adolescente) não se sentia bem, então estava constantemente a picar o dedo e, eu digo assim: «Oh ... (omissão do nome da assistente operacional) veja lá ...! fale com ele. Tente acalmá-lo. Ele agora ... pronto, está com este valor...» Isto tudo por telefone. «... está com este valor. Vamos ver. Vamos esperar um bocadinho ...». Esperámos tantos minutos. Voltámos a avaliar. Depois, eu voltei a ligar a ver quanto é que estava. ... já se tinha recomposto, pronto.” (V.Enf.SE2)

As principais estratégias identificadas nesta tipologia de atendimento e, que têm similaridade com as outras tipologias são (ver tabela 13) :

Tabela 13. Favorecendo o Atendimento (Estratégias comuns e diferentes em todos os Atendimentos)

Estratégias	Atividades
<p>Conhecendo os pedidos de ajuda em formato à distância</p> <p>Compreendendo a situação através de elementos caracterizadores que os atores da escola, pais ou adolescentes disponibilizam</p> <p>Estabelecendo um raciocínio procurando compreender o que está subjacente no pedido de ajuda</p> <p>Orientando os atores na situação e <u>Situando-se</u>:</p> <p>O que dispõe o contexto, em termos de recursos para mobilizar na situação – recursos humanos e materiais?</p> <p>Quais os conhecimentos dos atores para ajudar?</p> <p>Se sugerir a realização de ações, estes conseguem realizar?</p> <p>Partindo da apreensão de todos estes elementos caracterizadores da situação, procede a uma análise e interpretação dos mesmos para tomar decisões quanto às orientações a dar.</p> <p>Monitorizando a situação de saúde agudizada de adolescente através dos atores/cliente</p> <p>Reavaliam situação de saúde agudizada de adolescente através dos atores/cliente</p>	<p>Recebe chamada telefónica ou mensagem (sms) mail</p> <p>Elementos caracterizadores r/c alteração de estados de: saúde dos adolescentes (física, mental, emocional) saúde Familiar ou Social</p> <p>Elementos caracterizadores r/c histórico escolar</p> <p>Elementos caracterizadores r/c as acções realizadas até ao momento</p> <p><u>quem contata?</u> compreender quem é o ator/cliente implicado na gestão da situação; que conhecimentos tem? é um ator/cliente com facilidade na relação com os adolescentes?</p> <p><u>Porque contata?</u> Qual é o pedido? É uma alteração de saúde aguda que implica intervenção imediata? O adolescente está em risco ou perigo face à saúde ou vida? Do que necessitam? Que elementos dispõem os Enfs.SE para tomar uma decisão?</p> <p><u>De que forma poderão Enfermeiros SE ajudar?</u></p> <p>É uma situação urgente/emergente que implica mobilizar chamada de meios de socorro?</p> <p>Ou é uma situação urgente que consegue gerir através da transmissão de orientações no momento, por telefone? ou será uma situação urgente, mas com caráter de cronicidade que poderá implicar uma ida à escola pelos Enfs.SE para melhor situar-se face ao pedido?</p> <p><u>Como transmitir as orientações</u> perante decisão de ajudar no momento..., de forma a intervirem na situação de crise através da chamada telefónica, sendo o ator/cliente mobilizado como recurso colaborativo indirecto?...</p> <p>(Os adolescentes aceitam ser acompanhados por eles? Como proceder para que o ator/cliente permaneça com o adolescente na situação de crise?</p> <ul style="list-style-type: none"> - vincula-se ao ator que realiza o contato (reconhece a pessoa, chama-a pelo seu nome; - procurando identificar a pessoa que está a orientar, em prol da ajuda indirecta que está a realizar ao adolescente - conhecendo o pedido (adolescentes em crise) - situando-se face aos elementos caracterizadores disponíveis, - situando-se face a critérios de urgência/emergência da situação; - compreendendo poder ajudar através da chamada telefónica; - concentrando a atenção em si para eleger uma comunicação eficaz, em que a linguagem seja adaptada à

	<p>compreensão, conhecimento e habilidades do <u>ator da escola</u>, à distância, para através deste ... ajudar ambos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - referindo orientações: curtas, temporalmente situadas, claras e com objetivo definido à ajuda na situação específica: <ul style="list-style-type: none"> - monitorizar a glicémia “prescrevendo” intervenções relacionais: <ul style="list-style-type: none"> - conversar c/ adolescente; - acalmá-lo - parecendo adotar uma estratégia “rapport à distância” - agindo com o ator da escola que fez o do pedido, como quer que este aja com os adolescentes; - transmitindo as orientações de forma calma, para que os atores/cliente consigam ajudar os adolescentes
--	--

A partir das propriedades das tipologias dos diferentes atendimentos conseguimos identificar também, diferenças relativas às estratégias dos três conceitos referidos anteriormente.

Vamos aprofundar a partir de agora o conceito Favorecendo o Atendimento de Ajuda, uma vez que revelou um cuidado sistematizado em várias etapas para o qual nos fez sentido criar um acrónimo, em inglês: **WAKES**. Neste, identificaram-se várias estratégias similares ao longo das etapas, e distintas quanto à tipologia de pedidos que mobilizam ações de diversas naturezas.

W	Welcoming Acolhendo
A	Awareness & Accompanying Aprofundando o <i>dar-se conta</i> & Acompanhando
K	Knowing Conhecendo aprofundadamente o cliente, as necessidades, os recursos, os padrões, as resistências, as potencialidades/possibilidades de ser
E	Empowering Action Potenciando ação
S	Stimulation Comprehension Estimulando Compreensões de Si e de si com os outros

Optámos pela designação inglesa, não só pela pragmaticidade de corresponder a verbos de natureza transitiva e intransitiva querendo significar um *acordar* que poderá conduzir a diversos significados, conforme os pedidos que surgem dos diversos atores/clientes – dual ou grupal – estimulando os próprios enfermeiros SE a organizar a sua intervenção no cuidado de Atendimento de Ajuda. As propriedades que convergiram e possibilitaram este Modelo ou Protocolo de Aconselhamento, integram a teoria substantiva que emergiu dos dados.

Atender adolescentes é um processo que requer um conjunto de competências comunicacionais e relacionais como se depreende dos seguintes extratos,

“(...) Nas questões do gabinete de atendimento a jovens ...,. É que as pessoas pensam que o gabinete de atendimento a jovens é abrir uma porta, uma salinha, uma mesa redonda, (porque sim, porque dantes era quadrada), porque ... é uma mesa redonda, decorada, e depois os jovens vão lá e falam. (...) Mas eu para

aconselhar ... tenho que ter competências para aconselhar. Tenho que ter empatia, tenho que saber pôr-me no lugar do outro. Tenho que criar uma relação de ajuda, tenho que saber ... perceber em que fase motivacional em que aquele miúdo...,. Tenho que saber interpretar, e ... e, se eu tenho que aconselhar e orientar ... tem que se fazê-lo bem. (...) Há situações que independentemente ...,. Portanto, o gabinete rege-se por um conjunto de ... pronto de ... princípios éticos, exatamente. De anonimato, confidencialidade, mas há questões que não podem ficar ali ..., e o jovem tem de saber: «olha esta questão é muito grave ... e ... eu tenho que ir falar com A, B ou C».” (V.Enf.SE6)

Aprendemos que os enfermeiros SE conhecem pressupostos de atendimento em gabinete: nomeadamente os princípios éticos perante os deveres de anonimato e confidencialidade das informações de saúde e de outras (exceto em situações que conferem risco ou perigo para os adolescentes e que têm que ser partilhadas em equipa multiprofissional, sendo esta informação clarificada aos adolescentes) (ver tabela 14).

Outras propriedades fizeram emergir um núcleo de competências essenciais para atender os adolescentes, que os enfermeiros também referiram. Nomeadamente, necessitarem de criar uma relação com os adolescentes, baseada na empatia e, em saber apreender ou interpretar o que os outros estão a viver e a sentir. Referiram também que é relevante compreenderem a etapa do ciclo motivacional, em que cada adolescente está, também saber interpretar, orientar e aconselhar. Por via das propriedades dos dados, e em particular dos dados da observação, pudemos ir identificando um padrão de atendimento realizado pelos enfermeiros SE.

“(...) Chegamos ao gabinete de orientação disciplinar, onde a enfermeira se encontra com a assistente social que lhe faz vários pedidos, assim que a vê. (...) Outros pedidos de ajuda para adolescentes com diminuição de auto-estima e tristeza. E o pedido de ajuda mais urgente para um adolescente de 13 anos em mutismo há 3 meses (não fala com ninguém). Era bom aluno e neste momento tem insucesso escolar e absentismo (a continuar a não ter notas positivas nas disciplinas, pode reprovar o ano) e, no tempo de aula, ingere partes de folhas de papel dos cadernos. A mãe veio à escola pedir ajuda e, a assistente social pediu para ela ser atendida pela enfermeira.” (NC: Obsv1. Enf_SE6_250516)

Pela riqueza dos dados vamos apresentar extratos de texto diferentes, um ou dois, dos muitos atendimentos que os enfermeiros SE realizam. Nestes atendimentos podemos seguir a sequência da interação entre vários atores: enfermeiros SE, assistente social, mãe de um adolescente, e adolescentes. Por serem atendimentos que implicam diversas interações entre diferentes atores foram escolhidos para serem aqui apresentados.

[“(...) Entra a assistente social e faz sinal á enfermeira de que está lá fora a mãe do menino que ela lhe tinha dito para vir hoje. A enfermeira acena afirmativamente com a cabeça e, a assistente social pede á senhora para entrar. A enfermeira cumprimenta a senhora e, convida-a a sentar-se e apresenta-se como enfermeira da Escola, referindo o seu nome.

Enf.SE: «a (omissão do nome da assistente social) disse-me que viria hoje falar comigo. Em que é que a posso ajudar?» A senhora conta a sua história de vida: é imigrante em Portugal (veio do Brasil). Tem feito várias

mudanças desde que imigraram: primeiro tentaram Espanha (mas não se adaptaram) e vieram para Portugal. Percebe-se que ela está muito preocupada com o filho. Refere que ele em casa “roi as unhas” roi o comando da Tv e, come papel higiênico. Não compreende o que se passa com ele, só que «não parece o meu filho». Conta que o marido tem estado desempregado (vai arranjando uns biscates) mas não falta com nada aos filhos: nem com comida, nem com afeto (A Sra. chora e refere que tem 3 filhos: um já é adulto, o outro é este adolescente e, uma menina de 8 anos). Ela refere que este filho na adolescência sempre tem sido um jovem bem disposto, com facilidade em fazer amigos, gostava de jogar à bola, mas desde fevereiro que mudou o seu comportamento.” (NC: Obsv1. Enf_SE6_250516)]

Reforçamos a premissa de nos orientarmos por um referencial existencial-humanista, motivo pelo qual o descritivo de cada etapa, se apresenta sintetizado, mas refletindo a ação que os enfermeiros SE empreendem neste cuidado de atendimento ajuda (ver tabela 14). Nada acontece sem a presença e disponibilidade dos Enfermeiros SE (podendo esta presença pessoal ser física ou à distância), entendendo-se que disponibiliza o seu *self* para a ajuda. Apresenta-se outro extrato de texto referente a outro atendimento, duas adolescentes irmãs, através dos qual se realiza uma análise de interação, permitindo compreender as propriedades e dimensões que emergiram dos dados e permitiram sistematizar o modelo de aconselhamento WAKES.

[“(…) A assistente operacional informa a Enfermeira de que as adolescentes já chegaram. A Enfermeira levanta-se, dirige-se à porta e recebe com um sorriso as adolescentes (que são irmãs), perguntando-lhes os nomes, e convidando a entrar e sentarem-se (...). Observa ambas as adolescentes e pergunta o motivo do pedido de atendimento. As adolescentes explicam que a mãe está doente com cancro e a fazer quimioterapia ... fez-se silêncio. A enfermeira escuta atentamente ambas as adolescentes, demonstra disponibilidade e compreensão.

Enf.SE.: e, como está a vossa mãe?

Adolescente A.: ... ía começar a falar, mas embarga-se-lhe a voz e começa a chorar.

Adolescente B: (a irmã mais reservada) ... não diz nada, morde o lábio inferior e dá a mão à irmã.

Enf.SE.: ... mantém silêncio ... Observa as adolescentes com um ar compassivo. Refere ...« eu compreendo que estejam tristes e, estarei aqui sempre que precisarem, está bem? Podem vir aqui sempre que quiserem vir falar comigo. Chorar faz-vos bem e é importante»

“(…) Adolescentes A e B: acenam afirmativamente com a cabeça, ficando mais calmas.

Enf.SE.: ... mas a mãe está a fazer os tratamentos, não é? - e, agora os tratamentos já são mais eficazes ...

Adolescentes A e B: ambas as irmãs acenam afirmativamente com a cabeça, e uma delas emite um suspiro.

Enf.SE.:... pergunta se sentem alguma dor no peito ...

Adolescente A: ... refere que sim.

Adolescente B: ... acena que não com a cabeça.

Enf.SE.:... focando a atenção na adolescente A, pergunta se ela consegue descrever a dor ...

Adolescente A: ... explica que é parecida com um “aperto” ...

Enf.SE.:... sugere a prática de um exercício respiratório que elas podem fazer, juntas ou sozinhas, e passa a explicar o mesmo.

Adolescentes A e B: ambas as adolescentes aceitam o exercício e realizam-no.

Enf.SE.:... pergunta como se sentem?

Adolescentes A e B: ambas as adolescentes respondem que se sentem melhor. E, uma delas emite um sorriso.

Enf.SE.: (responde também sorrindo) ainda bem. A Enfermeira, trás o assunto da escola perguntando como é que elas estão nas aulas e, como é que estão as notas. Ambas as adolescentes à vez, vão falando das disciplinas em que estão melhor ou têm mais dificuldade, mas no geral conseguiram manter um razoável desempenho escolar.

Enf.SE.: A enfermeira pergunta após, este assunto, se elas querem falar de outros assuntos, a que ambas respondem que não. Enf.SE.: A enfermeira reforça a informação de que elas podem sempre procurá-la, e levanta-se. As adolescentes agradecem, também se levantam e despedem-se da enfermeira com um beijinho.” (NC: Obsv4. Enf_SE6_250516)]

Tabela 14. Favorecendo o Atendimento Ajuda

Estratégias Comuns a Todos os atendimentos	Estratégias específicas de Favorecendo Atendimento Ajuda	Atividades específicas (pela análise interação)
<p>Compreendendo a situação através de elementos caracterizadores que os atores da escola, pais ou adolescentes disponibilizam</p> <p>Estabelecendo um raciocínio procurando compreender o que está subjacente no pedido de ajuda</p> <p>Realizando entrevista não estruturada Realizando conversas informais (atendimento)</p> <p><u>Situando-se:</u></p> <p>O que dispõe o contexto, em termos de recursos para mobilizar na situação – recursos humanos e materiais?</p> <p>Quais os conhecimentos dos atores para ajudar?</p> <p>Se sugerir a realização de ações, estes conseguem realizar?</p> <p>Partindo da apreensão de todos estes elementos caracterizadores da situação, procede a uma análise e interpretação dos mesmos para tomar decisões quanto às orientações a dar.</p>	<p><u>Conhecendo Pedidos</u> Preocupações dos adolescentes; Problemas familiares; Problemas de saúde mental; Problemas de saúde social;</p> <p><u>Acolhendo</u> (adolescentes, pais, outros) Disponibiliza o Self em Atitudes de Amabilidade e consideração</p> <p><u>Apresentando-se aos atores</u> (adolescentes, pais, outros) Disponibilizando atenção (realiza observação do ator observando silenciosamente, e obtendo elementos da comunicação não verbal e verbal dos atores</p> <p><u>Acompanhando e tomando consciência da experiência</u> Demonstra Disponibilidade e interesse Predispõe-se a escutar Contatando com a experiência dos atores</p> <p><u>Conhecendo os atores e as experiências</u> <u>Demonstrando Atitudes</u> Acolhimento Aceitação Compreensão Disponibilidade empatia <u>Comunicando Não Verbalmente</u> Acenando afirmativamente com a cabeça Mantendo contato visual com os atores Tendo uma postura de atenção/interesse <u>Comunicando Verbalmente</u> Utilizando tom de voz moderado Iniciando uma entrevista não estruturada colocando questões de diferentes tipos <u>Questão reflexo:</u> Reformulando: porque dado identifica a emoção expressa pelas adolescentes Averiguando a existência de sintoma <u>Questão fechada:</u> procurando obter confirmação. Reforçando a importância da expressão de sentimentos e pensamento pedindo descrição do sintoma; <u>Sendo Empático:</u> apreendendo ressonâncias dos outros em si Expressando compreensão pela experiência de dor dos atores Nomeando a emoção</p> <p><u>Empoderando e sugerindo ação:</u> <u>exercício respiratório</u> Explicitando a utilidade do exercício Explicitando poderem mobilizar o exercício sempre que necessitarem (individualmente ou em conjunto)</p> <p><u>Estimulando Compreensões</u></p>	<p><u>Escutando os Pedidos de Ajuda</u></p> <p><u>Acolhendo</u> (acolhe amavelmente) Levantando-se, dirigindo-se à porta, sorrindo e cumprimentando</p> <p><u>Apresentando-se</u> Referindo ser enfermeira na escola Referindo o seu nome Perguntando o nome dos atores Convidando a entrar e sentar</p> <p><u>Acompanhando e tomando consciência da experiência</u> que causa sofrimento enfatizando disponibilidade para ajudar Colocando questão aberta Escutando história ou relato da situação que motivou o pedido de ajuda</p> <p><u>Conhecendo o estar/ser dos atores</u> Observando a comunicabilidade das adolescentes silenciosamente Adolescente A: não consegue falar Adolescente A: chora Adolescente B: não consegue falar, morde lábio inferior. Dá a mão à irmã Ficando em Silêncio</p> <p><u>Conhecendo o sentir dos atores</u> Respeitando os tempos dos atores Não pressionando Utilizam do acenos de cabeça Escutando ativamente Demonstrando fáceis expressivo de compaixão</p> <p><u>Sugerindo a realização de exercício</u> Educando para realização de exercício respiratório</p>

	Reavaliando o sentir após exercício; Definindo afirmações para inculcar esperança <u>Disponibilizando-se como instrumento de ajuda: Self Terapêutico.</u> Referir ser Recurso quando necessitar Referir ser recurso sempre que quiser	
--	---	--

Identificámos a partir das propriedades dos dados, e de que foi exemplo a análise de interação de atendimento apresentada através do extrato de texto das adolescentes irmãs, a mobilização de diversas estratégias realizadas pelos enfermeiros. Reafirmamos que nenhuma ajuda é prestada ou acontece sem a presença dos enfermeiros e, concordamos com Watson (1999) quando refere que a arte de cuidar atende à preservação da humanidade do outro, quando os enfermeiros entram em contato com os clientes tendo início no momento em que os enfermeiros contactam com o mundo pessoal de cada pessoa (Watson, 1999). Estes realizam na escola um cuidado terapêutico favorecedor da transformabilidade e ganho em humanidade dos adolescentes e outros atores, ao estarem com os adolescentes na escola através do seu ser, dimensão reconhecida pelos atores da escola.

*“(...) E aí, o tal papel importante que falávamos, que é de muitas vezes apenas e só sendo muito: o **aconselhamento**. De como intervir? - como fazer? - quando podemos? - e o tal trabalho, então, que é de parceria, não é? - A importância. Se a (omissão do nome da enfermeira) pudesse estar na escola 5 dias por semana, 8 horas por dia, ela tinha sempre trabalho e não tirava o trabalho aos outros elementos do gabinete, ela tinha sempre trabalho...” (FG-AE6)*

Nesse sentido, identificámos através do núcleo das atividades de atendimento ajuda, que os enfermeiros SE adquirem um papel de *counsellors* no atendimento aos adolescentes ou pais/EE`s. O Aconselhamento na perspectiva de Rogers “é uma experiência de crescimento na qual o *counsellor* proporciona uma situação que permite que o esforço do cliente avance em direção à maturidade” (p.19). Patterson & Eisenberg (1988) definem aconselhamento como uma interação entre conselheiro e cliente, subjacente a uma relação de ajuda, com o objetivo do cliente empreender um processo de promoção de autonomia, aquisição de responsabilidade e contribuir para tomadas de decisão face às situações ou problemas identificados. De uma forma mais simples e direcionada ao aconselhamento com adolescentes, entendemos o aconselhamento como um processo relacional no qual os enfermeiros procuram ajudar os adolescentes a ajudar-se a si próprios, procurando ajudá-los a ver possibilidades de virem a ser e fazer. Ajudando a construir a sua identidade através de um processo gradual de compreensão de si, procurando aprender a identificar situações ou problemas, equacionar possibilidades de resposta e, considerar a possibilidade de resposta mais adaptativa e relevante face às

circunstância que está a viver nesse momento . Através das características dos atendimentos de ajuda, surgem atendimentos de características similares ao *embedded counselling* cuja abordagem surge integrada nas diversas interações e atividades que os enfermeiros realizam, no entanto os enfermeiros SE realizam tanto a abordagem integrada, quanto as características da abordagem formal do *counselling*. Os enfermeiros SE, têm diferentes tipos de atendimento ajuda, podendo estes ter marcação e sequencialidade no tempo, serem realizados em espaço formal (nos gabinetes de informação e apoio ao aluno das escolas) em horário definidos, conferindo características de *counselling* formal; ou também atendem os adolescentes nos espaços informais da escola, em cada momento de encontro que vai acontecendo, mas a partir dos quais os adolescentes se sentem apoiados e acompanhados. Em ambos os tipos de aconselhamento, a intervenção dos enfermeiros SE no papel de *counselor* consiste em criar um ambiente relacional favorecedor do cliente se expressar e trabalhar em si, incidindo totalmente nos recursos e capacidades internas deste, para o seu desenvolvimento (Peplau 2004; Mcleod & Mcleod, 2014).

Destaca-se que a atividade atendimentos, dentro de toda a atividade colaborativa que os enfermeiros realizam no mundo da escola, surge como um cuidado autónomo dentro do cuidado colaborativo enquanto parceiros da escola, uma vez que nesta atividade os outros atores da escola não intervêm a partir do momento do acolhimento aos adolescentes, pelos enfermeiros, por via destes mobilizarem os diversos instrumentos básicos de enfermagem, nomeadamente a observação e entrevista de ajuda (ver tabela 14).

Pelas propriedades identificadas nos dados, conseguimos encontrar várias dimensões que nos possibilitaram desocultar uma sequência de ações dos enfermeiros que têm início com o acolhimento do ator - na maioria das situações são adolescentes - consistindo em ser amável atencioso e autêntico para com o adolescente, criando as condições para o início de um ambiente relacional entre os enfermeiros e os adolescentes de consideração pelo adolescente tal como ele é. Definimos o conceito de Acolhendo com autenticidade (Welcoming). Em certa medida, este conceito, adota parcialmente o conceito de aceitação incondicional de Rogers (1961) referindo-se à ausência de juízos moralizantes sobre o outro, atender ao seu mundo emotivo e acreditar no seu potencial de desenvolvimento humano tendo consideração positiva pela pessoa. Porém para os adolescentes é muito relevante que a pessoa que os acolhe seja autêntica com eles desde o primeiro momento, referindo alguns autores que é uma atitude de grande complexidade (Holliman & Foster, 2016; Mendes, 2006) exigindo elevada coerência entre o que se pensa, diz e faz. Sendo autênticos, os enfermeiros dão-se a conhecer apresentando-se aos adolescentes, cumprimentam-nos e clarificam o princípio da

confidencialidade, sendo outro elemento das propriedades que emergiu nos dados dos adolescentes.

Na etapa seguinte definimos o conceito de Acompanhando e tomando consciência (Awareness and Accompanying), que consiste em clarificar ao adolescentes que o ambiente relacional que se vai constituindo é um espaço seguro, onde o adolescente não está sozinho e, onde lhe é permitido ser quem eles são. Os enfermeiros demonstram disponibilidade, interesse e predisposição para os escutar e, vão acompanhando a forma de cada adolescente contar o que está a acontecer com ele. A tomada de consciência pode ser mutua, desde o momento em que acontece o primeiro encontro e contato entre ambos. Sendo uma abordagem centrada na pessoa, concordamos com Rogers quando refere que o primeiro requisito para um *counsellor* ter sucesso, consiste em **compreender** o cliente e o pedido de ajuda, procurando obter uma perspetiva contextualizada da situação dos adolescentes que recorrem ao atendimento. No pensamento de Dilthey, a “compreensão” era a palavra-chave para as ciências humanas e, a explicação para outras ciências. Porque considerava que a abordagem dos fenómenos humanos, que unificavam o “interno e o externo”, era a compreensão. Nesta etapa é fundamental a atitude de escuta ativa pelos enfermeiros. Alguns estudos vêm salientado o que os adolescentes pretendem dos enfermeiros na escola que sejam adultos que os compreendam e não os julguem, dando valor à autenticidade e disponibilidade dos enfermeiros SE. permitindo criar o ambiente relacional facilitador da abrangência e profundidade para a etapa seguinte. Phaneuf (2005) referindo-se a estas características explicita que a qualidade de uma relação de ajuda, pode avaliar-se pelas duas características referidas, explicando que a abrangência diz respeito à abertura que as pessoas em presença empreendem, para que a comunicação da situação ou problema, possa emergir e ser compreendida. A profundidade, está relacionada com “o desejo dos interlocutores de se revelarem, ao calor e à implicação que a enfermeira demonstra” (Phaneuf, 2005., p.326)

Na terceira etapa determinou-se o conceito conhecendo (ver tabela 14). À medida que ambos os intervenientes neste encontro vão interagindo, os adolescentes vão-se dando a conhecer-se, falando de si, contando a(s) suas experiência(s), podendo ou não neste primeiro encontro clarificarem o motivo de ida ao atendimento. Os enfermeiros mantêm-se atentos e interessados no que os adolescentes estão a contar, reforçam o compromisso do anonimato das informações, podem explorar algum assunto que o adolescente trouxe de forma mais aprofundada, colocando questões, procurando validar com estes se terá compreendido bem o seu *sentir* e a sua forma de estar no mundo. Ao procurar refletir as suas compreensões, também os enfermeiros se dão a conhecer aos adolescentes.

Na quarta etapa definimos o conceito de empoderar pela ação (Empowering Action) consistindo num processo a partir do qual os enfermeiros podem estimular os adolescentes a identificarem por eles próprios como resolveriam a situação ou problema que os conduziu ao atendimento. Mediante as circunstâncias dos pedidos de ajuda, assim poderá o enfermeiro mobilizar diversos recursos para ajudar os adolescentes, por exemplo: o processo de resolução de problemas; a gestão da crise; o processo de luto; investir no aqui e agora ajudando a restabelecer o contato consigo mesmo, ajudando a realizar aproximação às técnicas de meditação, ajudar a encontrar estratégias de suporte/apoio (...). Estas decisões de empoderar para a ação, deverão acontecer face à circunstância em que ocorre a situação que despolotou o pedido de atendimento, recursos que os adolescentes trazem, grau de maturidade (...) sendo desafiador para os enfermeiros esta necessidade dialética de situar-se sempre relativamente aos outros (ver tabela 14).

Na quinta e última etapa deste protocolo, surge o conceito estimular compreensões (stimulating comprehensions) entendido como espaço para refletir sobre o tempo que esteve acompanhado, como se sentiu neste ambiente relacional, o que descobriu de si a partir das suas experiências, e se re-significou as mesmas, a partir deste espaço de encontro com os enfermeiros e do ambiente relacional disponibilizado. Em complementaridade a todo o processo, os enfermeiros conseguem mobilizar muito mais atitudes relacionais de ajuda, como serem empáticos, reforçarem a esperança, serem respeitoso com os outros e, mobilizarem estratégias comunicacionais adequadas (ver tabela 14).

Este núcleo de propriedades permite identificar que os enfermeiros atuam como instrumento ou recurso de ajuda para com os adolescentes, compreendendo-se quererem ajudar os adolescentes a partir da identificação dos seus recursos internos a aprenderem a identificar o que sentem e vivem, a consciencializarem-se do que conseguem fazer sozinhos e quando necessitam pedir ajuda. Procurando ajuda, os enfermeiros compreendem podem ser instrumento de ajuda, ou se necessitam encaminhar os adolescentes para outro profissional.

Terminando o vasto capítulo respeitante ao **“Processo Interconectando o Cuidado Terapêutico”**, vamos compreender como é que tanto o processo **“Conhecendo-Situando-se”** como o **“Processo Interconectando o Cuidado Terapêutico”** se organizam através da construção de uma relação de confiança que será abordada no próximo capítulo, em apresentação do último construto do estudo: **“Estabelecendo a Relação de Confiabilidade”**

8.3 – Construto ***Estabelecendo a Relação de Confiabilidade***

O terceiro e último construto designa-se ***“Estabelecimento da Relação de Confiabilidade”***. Ao designarmos este construto por ***“Estabelecendo a Relação de Confiabilidade”*** considerámos a confiabilidade como a qualidade de quem é confiável ou gerador de confiança, sendo uma competência que entendemos como complexa uma vez que implica valores, atitudes e ação dos enfermeiros face a uma expectativa dos clientes, que neste estudo são multidimensionais. Ser confiável traz subjacente a importância dos valores de honestidade e verdade, assim como autenticidade, congruência e compromisso com o cuidado que se está a co-construir com os outros, estando situada num continuum subjacente à ideia de processo. Foi o conceito base em torno do qual gravitaram outros conceitos de diferentes subcategorias como iremos apresentar.

Toda a caracterização anteriormente apresentada, espelhou efetivamente a realidade social que os enfermeiros experienciam na sua prática de cuidados. Foi através do estudo das propriedades e dimensões das diversas articulações e interações entre os diferentes mundos, assim como das atividades e estratégias que os enfermeiros SE realizam neste contexto, que sobressaiu a dinâmica relacional e o reconhecimento de uma construção progressiva de confiança com os atores: organização, grupos e pessoa, como iremos ver.

Excetua-se a particularidade de querermos enfatizar que este processo de cuidados se concretiza quando se inicia uma relação com uma escola, e é inexistente quando uma relação com escolas não está criada, como se depreende do seguinte extrato de texto.

“(…) Falou. E, eu fui à escola e disse: «olhe, eu sei que se passou isto assim, assim e, queria perguntar se vocês querem a minha ajuda, enquanto equipa de saúde escolar». Porque é que eu fui nesta postura? porque é uma escola nova. É uma escola que não está habituada à intervenção da saúde escolar. Então, o meu papel foi: eu estou aqui, querem? (interrupção para a participante resolver uma situação) ... Porque no (omissão do nome do conelho) não existe. Sim. tem que ser criada, tem que ser criada.” (V. Enf. SE1)

Identificámos um núcleo de propriedades e dimensões referentes à tentativa de estabelecer um contato inaugural com uma Escola Nova. Os enfermeiros na SE empreendem várias estratégias para poderem conseguir estabelecer uma relação de parceria a nível local com uma escola que desconhece a existência da SE. Uma das condições para iniciar esta relação, surge a partir do conhecimento de uma situação ou acontecimento na escola que não tem parceria com a SE, mas que chegou ao conhecimento dos enfermeiros por via de vários atores

dos mundos. Estes, predispõem-se a estabelecer essa relação e tomam a iniciativa de ir à escola nova para divulgarem a existência deste cuidado e a disposição para colaborarem. Identificaram-se as seguintes atividades para atingir este propósito: (1) os enfermeiros deslocam-se à escola e apresentam-se de forma informal (a atores da direção da escola); (2) explicam sumariamente a intervenção da SE; (3) sensibilizam os parceiros a aderir à parceria, referindo serem recurso; (4) deixam contato pessoal, e (5) transmitem a informação de terem disponibilidade para ajudar.

A particularidade desta condição permite percebermos que, ainda que exista um protocolo assinado a nível ministerial, aparentemente o mesmo não potencia só por si, a concretude das parcerias a realizar a nível local. Poderíamos pensar que sem a existência de legislação específica de regulamentação da mesma, a saúde escolar poderá depender do interesse, disponibilidade e entendimentos entre os atores dos mundos da saúde e da escola para persistir. Inclusive, poder-se-ia pensar que poderia ficar reduzida à colaboração na abordagem da educação sexual. Mas, pelas propriedades que emergiram nos dados, não expectamos esse risco. Este aspeto é de extrema importância uma vez que pode enfatizar características das atividades dos enfermeiros na SE, propulsoras da efetividade desta parceria. Também iremos ver que à medida que a relação entre os enfermeiros SE e os mundos das suas escolas se vai consolidando, os atores da escola legitimam papéis sociais perante diversas atividades realizadas por estes enfermeiros, que serão referidos em ligação às categorias do construto.

As categorias que integram esta categoria major são as seguintes:

- 8.3.1 - “Estabelecendo a relação inicial”;
- 8.3.2 - “Co-construindo a relação”;
- 8.3.3 - “Co-consolidando a relação”.

8.3.1 - “Estabelecendo a relação inicial”;

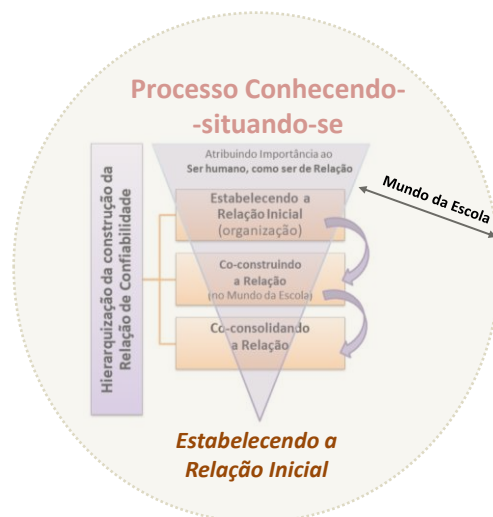
O pensamento subjacente à subcategoria “Estabelecendo a relação inicial com a escola” baseou-se na compreensão de que este processo tem implícito a invisível hierarquização da construção da relação de confiabilidade.

Esta é pouco perceptível, porém existente. Assente numa característica de verticalidade, num primeiro momento estabelece-se relação com o mundo da escola (organizacional) estendendo-se posteriormente aos grupos de atores da escola e, tendo sequência para a relação dual (ver Fig. 13). Os enfermeiros na SE empreendem o estabelecimento da construção da

relação com as escolas, sempre por contatar e conhecer primeiro os atores da direção com quem se articulam, procurando legitimar o seu cuidado na escola a partir de protocolos de articulação interinstitucionais.

Nesse sentido, a construção de uma relação inicial com uma escola, é inicialmente descrita como ténue e geradora de alguma desconfiança, e empreende esforços de parte a parte para acontecer. Alguma mudança de pensamento tem ocorrido no sentido de se perspetivar a Escola como Lugar de saúde. Atualmente a Educação aceita a Saúde na Escola em complementaridade à sua ação educativa, por associar esta e o bem-estar pessoal, como dimensões do sucesso académico.

Figura 13. Hierarquização da Construção Relação de Confiabilidade



“(...) o sucesso tem as vertentes todas que nós conhecemos. Não é só académico, é em termos pessoais, tem que ver com a saúde, com o bem-estar físico, com o bem-estar psicológico, e portanto, nós considerámos que era fundamental este trabalho de articulação permanente, que nós queremos que seja o mais periódico possível e às vezes não conseguimos.” (FG-ENA9,1)

E vem sendo gradualmente perceptível que os atores da escola reconhecem importância à saúde e sentem corresponsabilidade na sua promoção (direitos e deveres). Legitimam a interdependência da saúde enquanto dimensão da vida, e em particular perfilham a importância da promoção e educação em saúde de todos os cidadãos, e dos alunos (adolescentes) e encarregados de educação.

O capital humano de ambos os setores, é essencial para se concretizar a relação de parceria e o projeto de Promoção da Saúde na Escola. Substancia-se o profissional, a partir da pessoa. Destacam-se propriedades que revelam maior atenção e enfoque à parceria a partir do reconhecimento da relevância das pessoas que estão na dinamização dos projetos.

“(...) É evidente que a pessoa ... vamos lá ver: como em qualquer projeto, o projeto só é. Só se realiza. Só se concretiza, dependendo das pessoas que tem à frente deles.” (FG-AE6)

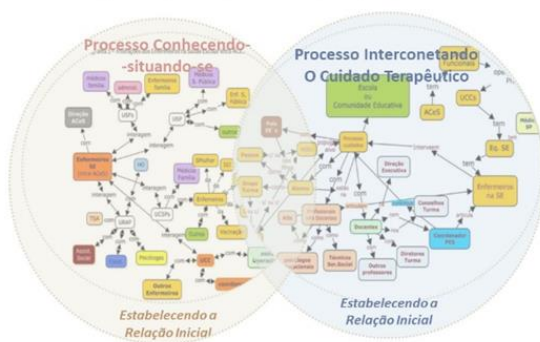
Das propriedades obtidas, a parceria realiza-se a partir do estabelecimento de interações de âmbito profissional entre os atores de cada setor, ganhando expressão, e sendo construída a partir das articulações entre vários atores e mundos. Inicialmente os enfermeiros têm uma percepção de estranheza quando estão no contexto, por serem atores externos ao mundo da escola. Porém, persistem na continuidade do investimento nesta relação, procurando sensibilizar os atores da escola, em particular as direções, os professores coordenadores PES, os professores da educação especial, os psicólogos, e outros atores da escola, através de atividades de negociação e conversas (ver Fig. 14)

“(...) Tem que ser trabalhado. É o que eu acho que há mais dificuldade..., é isso. Portanto, esta pessoa que entra na escola, que é externa à escola. E, que está ali em parceria, mas que ... é estranha..., pronto há ali muita ... (riso). Vou articulando com a direcção da escola, com o professor coordenador para a saúde, com o professor do ensino especial, com a psicóloga da escola ..., Portanto, geralmente vou articulando e, vou tentando conversar, e vou tentando negociar ... para sensibilizar as pessoas (...)” (V.Enf.SE4)

As propriedades que emergiram relacionadas com a criação da relação de parceria com os atores da escolas pelos Enfermeiros SE, estão associadas à compreensão do contexto e, em particular a saberem *situar-se* neste, tendo noção da proximidade, para saberem estabelecer abertura aos outros, interpretada como confiável, pelos atores da escola, e em particular pelos adolescentes.

Esta relação inicial de parceria tem durabilidade entre 1 a 2 anos e, tendo pouco tempo

Figura 14. Articulando-se e interagindo para estabelecer relação inicial



de interacção confere um início de relação tímido, na qual os enfermeiros são perspectivados como estranhos e Profissionais de Saúde. Este papel é duplamente designado pelos parceiros mas também pelos Enfermeiros. SE. Estes referem-se ao desempenho do seu processo de cuidados na comunidade em representação da

instituição de saúde. Sente-se necessidade de mais tempo para otimizar a articulação e, esta ao longo do tempo do tempo é compreendida como mais valia.

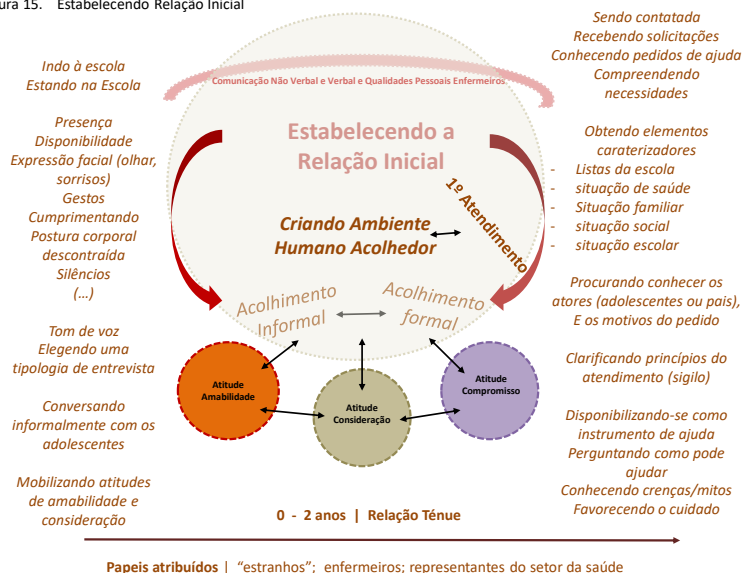
“(...) Só que foi-se ... as pessoas foram-se apercebendo que era uma mais valia para a escola. E, a desconfiança inicial passou a ser neste momento a confiança total, porque já não somos nós que estamos a chamar: venham cá. São as pessoas que dizem «quando é que eles cá vêm, quando é que eles cá estão?».” (FG-AE6)

Clarificámos que uma propriedade identificada foi a disponibilidade das pessoas, dos atores de cada setor, para empreenderem e fazerem vingar os projetos. Realça-se a importância da construção da relação com os grupos e dual a partir de significativas interações entre atores, necessitando de uma cadência ou ritmicidade regular, que vai fluindo por determinados períodos, mas que surge com descontinuidades, sentidas como perturbadoras de toda esta articulação. Em termos de características pessoais dos Enfermeiros, a disponibilidade, surge como a mais referida e apreciada, assim como a dedicação na atenção ao outro, terem boa disposição, cumprimentarem os atores da escola (sorrindo e acenando aos atores da escola), conhecerem os nomes dos atores da escola, serem simpática(os) e, agradecerem (ver Fig. 15).

Estas qualidades pessoais dos enfermeiros vêm a constituir-se no conceito Atitude de Amabilidade, que

consiste num conjunto de qualidades comunicacionais (verbais e não verbais) que abrem e mantêm a relação com os atores da escola, e com os colegas do mundo da saúde. Tem toda a intensa interação realizada pelos

Figura 15. Estabelecendo Relação Inicial



enfermeiros SE, da qual se evidenciam algumas das suas articulações intra mundos da saúde e escola estes, mobilizam a atitude de amabilidade para entrarem em relação, sendo correspondidos, em termos de rapport, pelos atores com quem interagem e, os atores da escola referem-se a um “perfil” relacional que sentem como muito importante os enfermeiros SE terem, sem o qual não terão facilidade em estabelecer a relação com os adolescentes e com os atores da escola.

“(…) É preciso ter perfil ... senão...”. O que é facto, é que eles conseguem e o mérito é deles..., O perfil que as pessoas têm, do qual são dotadas.” (FG-AE6) “(…) Têm que ser pessoas com um certo perfil. Podem ser bons profissionais, mas se não tiverem aquela empatia e se não tiverem a parte educativa da ... da questão, não é? (...) E, portanto, o perfil da pessoa em relação ao relacionamento com os alunos e a empatia que pode criar, é dos aspetos mais importantes.” (FG-AE8,2)

Vamos procurar evidenciar em simultâneo a relação estabelecida com a escola, seguida das propriedades identificada na Relação com os grupos, ou com adolescentes e pais em abordagem dual, ao longo das três subcategorias. Veremos que cumpre similaridades entre as tipologias de atividades e centram-se no estabelecimento da relação inicial, através do processo de acolhimento formal e informal. Para além das atitudes de amabilidade, os enfermeiros têm muita facilidade para considerar cada adolescente como um ser humano singular e mobilizam habilidades que conceptualizámos no conceito de Atitude de Consideração consistindo num conjunto de qualidades assentes no respeito pelas pessoas, espaços, tempo(s) e logística organizacional; revelar interesse e disponibilidade para estar com os atores; ser flexível e adaptar-se às condições situacionais do contexto, situação e pessoa; não pre-julgar ou manter neutralidade; e considerar os significados atribuídos pelas diferentes pessoas; escutá-las atentamente.

“(...) A Enfermeira recebe a aluna com um sorriso e beijinho, nesta pequena sala de aula no 2º piso da escola. Chama-lhe querida e entram na sala de aula pequena, para conversarem sobre a sua situação.” (NC: Obsv1. Enf_SE4_200416)

“(...) A enfermeira, escuta atentamente a mãe do aluno e, pede à assistente social que vá à sala de aula e, peça à professora para o aluno sair por uns instantes. Cerca de 5 minutos depois, o adolescente chega acompanhado pela assistente social (que refere estar muita gente ali e, retira-se). Jovem de 13 anos, alto, muito magro, tês morena, com olhar fixado no chão e, ombros encurvados. Veste roupa adequada para a estação do ano, mas está pouco cuidada. Entra e olha para a mãe (parecendo surpreendido). Neste seu 1º momento em que levanta o olhar do chão, identifica-se uma tristeza infundável nos seus olhos, negros e bonitos. A enfermeira cumprimenta-o, apresenta-se e convida-o a sentar-se. Aceita o convite para se sentar numa cadeira da mesa. Coloca as mãos nos bolsos da sweatshirt e fixa o tampo da mesa, longamente.” (NC: Obsv1. Enf_SE6_250516)

8.3.2 Co-construindo a Relação de confiança

A segunda categoria “Co-construindo a relação” implica uma continuidade de trabalho interinstitucional que vem a estabelecer-se de forma gradual, em sequência tendo as características de processo faseado, cuja temporalidade se situa entre os dois e os quatro anos. Nesta temporalidade, a construção da relação é referida como “ponte” entre os Enfermeiros SE e a escola, ainda que se reestabeleça identificação de escolas com diferentes realidades. Os atores conhecem-se melhor, surgindo a proximidade e o à vontade como mais valias e fundamentação para o sucesso da parceria.

“(...) Muito positivo. Cada vez mais o trabalho do senhor enfermeiro é conhecido. Se, há 4 anos atrás, providenciou praticamente contactos (...) começou, pouco a pouco a soar em toda escola, e toda a gente sabe e conhece quem é ... (impercetível) é um trabalho muito comunitário.” (FG-AE8,3)

A escola deixou de ir aos locais de saúde, ganhando tempo e parceiros competentes. Da mesma forma, também as entidades na comunidade referem a mesma “ponte” estabelecida entre os Enfs. SE e estas organizações, que avaliam em termos de desempenho esta parceria como excelente e contributo muito válido. Resulta em serem parceiros muito estimados e bem acolhidos pelas organizações parceiras.

“(...) honestamente, acho que tem corrido muito bem com a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) nesse sentido ... isto já em comparação com outros profissionais com os quais eu também já fui trabalhando, de facto, acho que a articulação tem sido excelente.” (FG-CPCJ)

Nesta fase da construção da relação, emergem os papéis de **Modelo**: referindo-se ao exemplo que os Enfs. SE são e dão no processo de cuidados, contribuindo para se alcançarem os objetivos, embora os atores da escola refiram que trabalham para os mesmos mas com visões diferentes; Os parceiros entidades, referem-se ao desempenho deste papel como os **Representantes do setor da Saúde** cuja principal função é transmitir informação de saúde nas reuniões da entidade e articular com o setor da saúde perante pedidos destes (ver figura 16)

Figura 16. Co-construindo a Relação



“(...) Também ... porque nós quando trabalhamos na comunidade, eu não sou a X (omissão do nome da participante) ... sou a enfermeira e represento uma instituição. E, eu quando vou para fora, tenho o papel de representar esta instituição da melhor maneira, não é? – a gente tem que pensar que, também, quando entramos nas escolas não é só eu que estou em causa. É a instituição que vai atrás de mim.” (V.Enf.SE1);

“(...) Relativamente à participação da enfermeira aqui na CPCJ ... ela representa a saúde ...” (FG-CPCJ)

Aprofundando algumas especificidades reveladas dentro da designação de Profissional de Saúde emerge o papel cuja sociedade tem como maior representação social dos enfermeiros, designando-o de *“como o mais tradicional ... que é o cuidado médico”* (FG-ENA9,1) mas também ir além deste desempenho de papel para o papel de capacitação dos outros, ou seja ser instituído do papel de **Promotor da Saúde-capacitador**; os professores (inclusive os professores de ciências) e os pais/EE`s legitimam o saber de saúde dos Enfermeiros. SE e conferem-lhes toda a legitimidade para explicarem hábitos saudáveis aos filhos-adolescentes, em complementaridade às aprendizagens na família e na escola sobre saúde, instituindo-lhes o papel de **co-educadores em saúde**.

“(...) É assim..., eu acho que é quem está diretamente na saúde. Porque tem a percepção a nível de cada faixa etária, quais são as necessidades que existem para a promoção da saúde e quais os cuidados a ter para haver saúde. Portanto, nesse caso, estão mais acreditados ... Também trabalhar e explicar às crianças o que é que eles necessitam de fazer, o que é que devem ou não fazer, e que hábitos é que devem ter ou não para promover essa mesma saúde.” (FG1-Pais-EEs-RLs)

Estes adquirem o mesmo papel atribuído pelos adolescentes, mas realçando outra propriedade – a de esclarecerem questões e dúvidas – uma vez que referem que existe conhecimento mas não sabem se o mesmo é credível e optam por esclarecer as dúvidas com os Enfermeiros SE presencialmente. Os adolescentes que têm dificuldades de aprendizagem e, integram a designação de adolescentes com Necessidades Educativas Especiais, conferem aos Enfs. SE os papéis de **Adulto Seguro** (como “substitutos das mães” na escola), também como aquele adulto que pode ajudar em situações em que se sentem assustados, ou quando querem fazer “queixas” dos pais; Ainda no âmbito da família entre pais/EE`s e adolescentes adquirem o papel de **Mediadores da Informação** em simultâneo ao papel de co-educador em saúde, em particular em Ed. Sexual.

(...) “Eu acho que os enfermeiros são bastante importantes porque, às vezes, há falta de conhecimento, ou o conhecimento não é bom - o que se tem - e eles esclarecem as dúvidas e ajudam...” (FG1-Adolescentes);
“(...) é como se fosse a nossa mãe cá na escola” (FG4-Adolescentes).

Para além dos atores da escola, adolescentes incluídos, designarem papéis aos enfermeiros SE, dando continuidade ao estabelecimento da relação dual com os adolescentes, vamos identificar atividades e estratégias relacionadas com o atendimento em sequencialidade (ver Fig. 16) Neste atendimento, procuram aprofundar a relação iniciada com os adolescentes, decidimos dar continuidade à apresentação da narrativa do atendimento da mãe/EE e do filho que se mantém em mutismo. Os enfermeiros SE já mobilizam outras habilidades pessoais para

além da atitude de amabilidade e consideração, salvaguardando que todas as habilidades comunicacionais têm transversalidade às três fases da construção da relação de confiabilidade. Clarificamos adicionalmente, que as habilidades atitudinais poderão ser mobilizadas separadamente e, não sempre na composição que definimos para a definição dos conceitos.

“(...) A enfermeira explica-lhe porque pediu para ele vir até ali. Explica-lhe que a mãe está muito preocupada com ele, os professores também e, gostava de lhe perguntar como é que ele se sente? E como se sente ali na escola, também. Faz várias perguntas (abertas e fechadas) a que o jovem não responde, continuando a olhar para o tampo da mesa. Encolheu os ombros ao assunto de estarmos todos preocupados com ele. Quando retira uma vez as mãos dos bolsos, confirma-se onicofagia extrema.”(NC: Obsv1. Enf_SE6_250516)

Identificámos nos dados que nem sempre as escolas têm no seu mundo físico, os gabinetes de informação e apoio ao aluno podendo os enfermeiros SE realizar os atendimentos nesse espaço. Definimos o conceito de atitude de acolhimento, consistindo num conjunto de qualidades assentes na preparação de um *ambiente humano*, que independentemente do espaço (local da escola) atribuído pela escola, seja facilitador à revelação dos pedidos de ajuda e de si. Considerar um local para estar com/receber os atores da escola, em particular os adolescentes, aceitar o outro tal como ele é, (re)clarificar o dever de sigilo, revelar disponibilidade, ser humilde, ser congruente, ser verdadeiramente interessado pelos adolescentes, estabelecer distâncias adequadas (proxémica segura: de distância interpessoal), estabelecer tempo, escutar ativamente e procurar compreender o pedido, que ainda pode estar em formato dissimulado. Relativamente ao conceito de atitude de compromisso, este consiste em manter todas as habilidades reveladas até agora e enfatizar as qualidades que garantem a confiança na relação (dual, grupal, ou organizacional), nomeadamente: cumprir as partes do acordo, ser coerente, , responsável em manter os termos do acordo; co-estabelecer e cumprir acordo; ser flexível; consciencializar-se de limites: espaço/tempo/esfera de competências

8.3.3 “Co-consolidando a Relação”

Emergiu da análise dos dados que a relação em construção está consolidada a partir de um período temporal superior ou igual a 5 anos. Chegamos à última categoria deste construto “Co-consolidando a relação”. Ao fim deste tempo os enfermeiros SE obtêm retornos do investimento na relação de confiança com os parceiros. Nomeadamente, são aceites pelos atores da escola e entidades da comunidade, passam a ser pertença da equipa da escola e, são convidados a participar nas suas atividades ou mesmo a integrar o conselho geral da escola. Adquirem o papel de profissionais de referência na escola.

“(...) Esse, também, é um trabalho que, que é feito ao longo dos anos. Portanto, são praticamente seis anos na Saúde Escolar e ao fim desses seis anos é que a pessoa de referência acaba por ser reconhecida naquela escola.” (V.Enf.SE5)

Outros retornos do investimento passam por existir maior facilidade na articulação, por via de melhor conhecimento mútuo e os processos ficarem mais facilitados. Neste sentido emerge uma associação entre melhoria da relação de parceria e articulação, com mais tempo de contato e aquisição de diferentes papéis neste processo. A consolidação da relação de confiança adquire propriedades de preservação no tempo, ainda que possam ocorrer mudanças de professores no desempenho do papel de coordenador PES, ou mesmo dos professores da equipa PES.

Emerge a dimensão da imprescindibilidade em ter enfermeiros SE nas equipas de intervenção da escola. Estes colaboram a diferentes níveis, desde os momentos de planeamento, à operacionalização e disponibilizam-se como recurso aos parceiros, como temos vindo a caracterizar. A partir dos dados identificámos que as escolas contactam os enfermeiros SE quando têm necessidades, ainda que a sua colaboração seja em continuidade, com periodicidade semanal de ida à escola, ao longo do ano letivo. Foi interessante apreender que os atores da escola têm muito claras as diferenças entre os outros profissionais de saúde que também vão à escola, comparativamente com os enfermeiros.

“(...) Na realidade para começar o papel do enfermeiro é muito mais continuado, o enfermeiro vem do início do ano até ao final do ano, todas as semanas ele está na escola e muitas das vezes durante a semana, em muitas vertentes... e já conhece os meninos, já os chama ... os meninos pelo nome. Só isso, estabelece logo aqui um quebra gelo. Por exemplo, os miúdos ... os pais trabalham, portanto as enfermeiras já conhecem essas características, conhecem os nomes próprios: olha terça feira vamos falar. Eles próprios enviam o nome, portanto eu acho que é o que faz a diferença.” (FG-AE8,1)

“(...) O trabalho também é diferente. O enfermeiro vem mais vezes, reúne-se com os alunos só com um aluno especial ou só com aquele aluno. No caso do higienista, porque também colaboro com o higienista, tem aquela faixa etária que tem que ver naquele ano. Vem fazer o rastreio, vem trazer a documentação, é entregue, mas é pontual, é diferente. E é só atividade física ... Sim, mas é só para os dentes e para o rastreio, enquanto que os enfermeiros têm a mais valia de fazer todas as áreas não é só fazer o rastreio dos meninos: “olha este precisa de ir aqui ou ali”, é muito mais do que isso e, ele depois já os conhece e tudo.” (FG-AE8,3)

Outra característica enfatizada surge a partir das famílias (em particular pais/EE's de adolescentes com NSE e NEE), referindo estes que os Enfermeiros SE os ajudam bastante porque conhecem os seus filhos - adolescentes que conhecem e tratam pelo nome próprio - e agilizam várias situações uma vez que têm “assento” nas diversas instituições/entidades, onde se discutem os problemas que estes adolescentes vivem.

“(...) acaba por agilizar melhor as coisas porque vai a reuniões e acaba por agilizar as coisas ... o (omissão do nome do adolescente) também está referenciado por causa do comportamento à CPCJ ... e, ontem, como a

enfermeira também faz parte da Comissão, e também acaba por facilitar em muitos aspetos porque está tudo interligado e acabamos por comunicar muito mais facilmente umas com as outras quando é preciso intervenção.” (FG2-Pais-EEs)

Todo o trabalho de confiança construído com os parceiros (organizações, grupos ou pessoa singular) possibilitou caracterizar a vasta importância e relevância da escola ter como parceiros o ACeS, e em particular terem os Enfermeiros SE como parceiros mais diretos enquanto profissionais de saúde que representam o setor da saúde. Todos os atores da escola conferem aos enfermeiros muitas qualidades, tendo enaltecido sempre a valorização deste recurso na escola (ver figura 17)..

“(…) Profissionalismo, disponibilidade, simpatia, uma perfeita integração ... portanto à partida é toda esta capacidade de integração, de disponibilidade, de boa vontade, de paciência. Ela faz parte da casa, pronto. Se calhar outras pessoas, não o conseguiriam fazer (riso).” (FG-AE6)

Figura 17. Co-consolidando a Relação



Sobre os diversos papéis sociais que lhes atribuem por via do seu desempenho no processo de cuidados na saúde escolar, percorremos um caminho desde os terem situado num papel de estranhos, até serem pertença da equipa da escola, passando por pessoa de referência, mediador, modelo, co-educador, adulto seguro, entre outros. Papéis que já se vinham a compreender no construto “Interconectando o Cuidado Terapêutico” por via dos pedidos de ajuda e, identificação de necessidades. Porém, a pertença à equipa da escola, surge também por via do exercício de funções na comunidade, onde é usual trabalhar-se em equipas multiprofissionais.

Realçamos ainda mais dois papéis que os atores da escola lhes atribuem, nomeadamente um papel de extrema importância que assumem é o de **Advogado ou Defensor dos Direitos** dos adolescentes com maior dificuldade de expressão/comunicação ou reflexão. Neste papel assumem a defesa dos adolescentes, face a acusações desvirtuadas da realidade; Os pais/EE's dos adolescentes com NEEs procuram os Enfermeiros SE e os professores coordenadores PES para conversarem sobre os problemas dos filhos e da sua vida conferindo-lhes o papel de **Conselheiros** (referindo estes que são quase como psicólogos para eles), sentindo-se à vontade para conversarem e adquirindo bem-estar). Neste papel consolidámos um núcleo de qualidades e atributos que já fomos referindo no âmbito das atividades que os enfermeiros devem realizar, mas que definimos no conceito de Atitude Terapêutica consistindo em disponibilizar-se como recurso ou instrumento de ajuda. No desempenho deste papel, deve Acolher pedido de ajuda; Garantir sigilo; clarificar a confidencialidade do relato do adolescente (explicitando quando não o pode fazer); co-definir limites/regras com os adolescentes (construindo a relação); Clarificação dos termos da relação; Não julgar; Abordagem centrada no adolescente, compreensiva do que ele vive e experimenta; Decisão do adolescente escolher o que quer trabalhar no atendimento; Não diretividade. Investimento na Dimensão Atitudinal de Aceitação incondicional; Compromisso; Interesse genuíno pelos Adolescentes; Acompanhar - dar atenção ao longo do processo de cuidado, Permanecer no cuidado, ser autêntico; sincero e honesto com o adolescente. Faltarão o investimento na socioeducabilidade ou no trabalho com grupos, sendo um cuidado a poder ser investido e, a ser realizado com outros atores (outros colegas enfermeiros cujas competências prevejam cuidado com grupos; ou com os psicólogos da escola ou do ACEs, havendo disponibilidade e recursos para efetiva esta colaboração).

Os próprios enfermeiros designaram-se como “**gestores da escola**” dizendo respeito a um modelo que estas equipas de SE, destas UCCs, querem implementar.

Os próprios enfermeiros na saúde escolar, referem-se ao desempenho do **Papel Social dos Enfermeiros na Comunidade** ao estabelecerem relações com parceiros organizações, grupos, famílias, e pessoas singulares, de setores diferentes criando *conexões* entre profissionais, unidades orgânicas e entidades na comunidade. Um outro papel que acresce em responsabilidade e também evidencia a conexão com unidades orgânicas do ensino superior, reporta ao papel de **Enfermeiro na Orientação de estudantes de enfermagem em ensino clínico**, integrando-os no contexto escolar e nas suas complexidades. Os diferentes papéis e competências dos enfermeiros, decorrem das suas **qualidades pessoais** na perspetiva de Phaneuf.

9. TEORIA SUBSTANTIVA DO PROCESSO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE ESCOLAR COM ADOLESCENTES

Antes de apresentarmos a nossa tese entendemos como indispensável referirmos as premissas e pressupostos que consubstanciaram a mesma.

As principais premissas que definimos centram-se em torno da vida, do ser humano e do cuidado de si. Nomeadamente entendemos que a vida e o cuidado de si estão intimamente interligados, mas cuidar de si implica aprendizagem de ações, e reflexão sobre o seu estar a partir das ações de cuidado a si. Também acreditamos que o ser humano sobrevive se identificar e satisfizer as suas necessidades básicas fisiológicas e de segurança, seguindo-se a satisfação das necessidades psicológicas de estima e sociais, que permitem a concretização das necessidades de autorealização. Partindo destas premissas, compreende-se que o ser humano quando não identifica ou atende à compreensão e satisfação das suas necessidades, pode incorrer em prejuízo da saúde e, não procurando restabelecer o equilíbrio, poderá incorrer em perda da vida. Assim, a saúde é relevante para manter a vida pelo que importa ajudar a saber ou conhecer como proteger a saúde, potenciá-la ou melhorar o seu estado. Atualmente entende-se a saúde como uma competência de vida, pelo que cada ser humano deverá ser educado a aprender como manter a sua saúde equilibrada, em todas as suas dimensões, para ter uma vida harmoniosa e saudável. Nesse sentido, acreditamos que educar as crianças e jovens para atenderem à sua saúde, ao longo do ciclo de vida, requererá educar para a compreensão das suas necessidades, identificação e significação dos seus “sintomas” ou dificuldades, através de um agente de educação que tenha facilidade em relacionar-se com as crianças, adolescentes, pais, educadores e outros atores, de forma a ajudá-los a evoluírem no seu desenvolvimento, e a adquirem a maturidade necessária para saberem ajustar-se ou adaptar-se às diversas situações de vida, que podem comprometer temporária ou definitivamente a saúde.

Relativamente aos pressupostos que entendemos estarem relacionados com as premissas anteriores apresentadas, enfatizamos que independentemente do país do mundo, da cultura, das religiões, dos processos de socialização, das crenças, princípios e valores de cada povo do mundo, todos os seres humanos têm necessidades de diferente natureza. Necessitam satisfazer essas necessidades a partir de um conjunto de recursos, mais ou menos disponíveis conforme a região do mundo, para manterem a saúde e vida. Sabemos que o equilíbrio na satisfação dessas necessidades permite manterem-se saudáveis, com sentimentos de bem-estar

revelando boa adaptação aos ambientes interno e externo de cada ser humano, que se encontram em interação permanente e numa dinâmica de coexistencialidade. Então, parece-nos ser possível defender que para satisfazermos as necessidades humanas, necessitamos de ter consciência das mesmas e cuidar em que estas sejam satisfeitas porque garantirão a saúde e a vida, como temos vindo a referir. Sabendo que as necessidades humanas têm dimensões básicas, psicológicas e de autorealização, as mesmas necessitam de aprendizagem na forma como devem ser satisfeitas. Parte desta aprendizagem é realizada na primeira socialização pelas famílias, mas na adolescência e no caminho da procura de si em termos identitários, de ganho de autonomia e responsabilidade, esta aprendizagem é competência de todos os outros seres humanos. Em particular, na escola, enquanto espaço de relações humanas e sociais, revelam-se diversas necessidades dos adolescentes, para as quais pode a esta instituição pode contribuir de duas formas: a primeira realizando a sua função primeira: educar; a segunda realizando outras funções complementares, ajudando na procura da satisfação destas necessidades. Assim, entendemos a escola como um local de oportunidade para a práxis pedagógica enquanto ato de conhecer, mas igualmente local promotor de consciencialização de si, por via de um processo dialógico que está implícito no próprio contexto.

Assim, suportamo-nos em vários autores para podermos apresentar a fundamentação desta teoria que resultou de todo o processo alicerçado na análise dos dados, e da característica dinâmica com que se foi apreendendo ao longo do processo de caracterização dos mesmos.

Freire refere que o ser está no mundo antes de qualquer aprendizagem e concebe esta como transformadora do ser humano. Assume que todo o ser humano tem capacidade para aprender, sendo seres de práxis⁹ que ao pensarem e agirem transformam o ser humano e o mundo, pressupostos que também encontramos no interacionismo simbólico. Inevitavelmente, a partir deste referencial, os seres humanos são seres sociais e desde o nascimento integram um contexto social e histórico, no qual a sua família nuclear tem pertença, passando a ser cuidado por estes até concretizar aprendizagens referentes ao cuidado de si.

Temos vindo desde o enquadramento teórico a enfatizar a atenção relativamente ao cuidado de si, enquanto ação humana de um processo que requer a realização de práticas a si próprio que potenciem a saúde e manutenção da vida. Freire também refere que cuidar de si implica aprendizagem, sendo a educação o instrumento de aprendizagem e transformação.

⁹ Práxis na conceção Freireana é entendida como uma forma de ser no mundo, uma vez que a consciência do mundo, constitui-se na relação com o próprio mundo.

Parece então existir uma interligação entre a educação transformadora e a aprendizagem. Na nossa perspetiva, esta ação educativa que possibilita *transformar-se* implica, também aprender a saber cuidar de si, implica conhecer-se e saber relacionar-se com os outros. A aprendizagem, nesta perspetiva aparenta requerer condições para poder acontecer.

Ao pretendermos caracterizar uma prática de cuidado de enfermagem dos enfermeiros SE com adolescentes no contexto escolar, pensámos inicialmente, quando clarificámos os nossos pressupostos, que iríamos encontrar um cuidado promotor de saúde, realizado pelos enfermeiros, organizado em sessões de educação para a saúde que fomentariam aprendizagens para estes adolescentes. Porém a revelação desta prática permitiu conhecermos uma dimensão dinâmica facultadora da condutibilidade e interconetividade do cuidado de ajuda, mas também favorecedora da transformabilidade e de aquisição de maior expressão em humanidade, que nos foi revelada através dos dados, em ligação a duas estratégias de cuidado realizadas pelos enfermeiros SE.

A neurociência, a partir de evidência recente parece poder contribuir com uma perspetiva que aporta um elemento-chave para a compreensão do cuidado de si, e por inerência da transformabilidade. Poderá aparentemente parecer que a referência à neurociência não tenha nada de relacionável com o que pretendemos defender. Mas iremos ver alguma relação a partir de uma compreensão que está subjacente a este referencial.

A corroborar a existência humana e a sua evolução, Damásio (2020) assim como outros neurocientistas, vêm produzindo evidência sobre resposta à sobrevivência dos seres ao longo dos tempos, em particular sobre o ser humano. Um recurso apontado como tendo permitido a todos os seres terem sobrevivido ao longo da evolução foi o processo homeostático (que se foi complexificando dos seres unicelulares para os multicelulares e multisistemas). O segundo aspeto que Damásio refere, que irá ser importante no âmbito desta tese, refere-se à história da evolução dos seres vivos até ao ser humano, que aparenta ter tido três fases evolutivas distintas: (1) Fase do ser – aceder ao mundo com um corpo: organismo complexo formado por sistemas anatomofisiológicos que coexistem dentro de cada ser humano; (2) Fase do Sentir¹⁰ – o ser humano que conta com o privilégio dos sentimentos, conhece fenómenos no seu corpo que transmitem informações úteis para orientar a saúde e a vida, e (3) Fase do Saber – o ser humano

¹⁰ DE acordo com Damásio, o que cada pessoa sente corresponde a estados internos do organismo humano. O que se sente, é como o organismo se encontra a cada momento, em parte ou no seu todo (...) e aquilo que sentimos são “sentimentos homeostáticos” que funcionam como informadores diretos sobre se o organismo está ou não a funcionar de acordo com as regras homeostáticas. A exposição do organismo humano ao sistema nervoso e ao acesso direto que este tem relativamente a esse interior fazem parte das características únicas da interoção. Esta distingue-se da proprioção por dizer respeito à perceção do sistema musculo esquelético, distinguindo-se também da exteroção, que diz respeito ao mundo que nos rodeia. (Damásio, 2020).

sem consciência, nada pode saber. A consciência, foi imprescindível para a ascensão das culturas humanas, tendo alterado o rumo da história humana.

Refere este autor que o “Eu” está “*«ancorado na moldura do corpo», constituída pelas estruturas musculares e esquelética, e é refinado pela perspectiva orientadora fornecida pelos diversos canais sensoriais. Assim que o ser e o sentir se tornam estruturados e operacionais, ficam prontos a sustentar a «sapiência» que constitui o terceiro elemento do trio: o saber»* (Damásio, 2020, p.55). Este parêntesis foi importante para nos permitir perceber que podemos descrever experiências relativamente aos sentimentos, porém, não precisamos de *aceder à palavra* para poder sentir. Sentir surge como uma etapa prévia ao saber.

Ou seja, sentimos porque temos um sistema nervoso com vias sensoriais que emite informação a uma mente consciente e, somos conscientes porque sentimos. Segundo este autor sentir serve de sentinela informadora do estado do organismo, que nos poderá indicar se o processo homeostático está equilibrado e poderá produzir “bem-estar”, ou pelo contrário sentir dor, desconforto, ou mal-estar, poderá ser indicativo de desequilíbrio nesse processo. Torna-se então clara a importância da coexistencialidade de cada ser humano na repetibilidade do processo filogenético: ser-sentir-saber, na ontogénese.

Damásio acrescenta que é relevante compreender que “por detrás da harmonia ou do horror que reconhecemos na arte criada pela inteligência e pela sensibilidade humanas, estão sentimentos afins de bem-estar, prazer, sofrimento e dor” (Damásio, 2020, p. 268) e que atrás destes sentimentos estão os estados de vida que mantêm ou violam as exigências da homeostasia e, esta assenta nos processos químicos e biológicos responsáveis pela viabilidade ou não da vida. Estes parecem estar diretamente relacionados com a atenção e o cuidado que se dá ao que se sente, de forma a satisfazerem-se necessidades vitais para a garantia da saúde e vida. Ou seja, todos esta referência explicativa pela neurociência não nos deixa esquecer que a estrutura inicial dos seres, e também dos seres humanos está intimamente ligada ao processo homeostático, que sinaliza alterações no estado do organismo pela via do sentir.

Então, consciencializarmo-nos ou ajudarmos outros a consciencializarem-se do que sentem, parece ser uma condição relevante para nos situarmos face aos processos de equilíbrio/desequilíbrio do organismo, e identificarmos necessidades que precisam ser satisfeitas para que este equilíbrio dinâmico se vá (re)equilibrando no sentido de manter a saúde, ou proteger da doença.

Estabelecendo um paralelismo entre toda esta complexa dinâmica entre os “mundos intra-orgânicos” que coexistem e, procuram adaptar-se às circunstâncias do meio em que “vivem”, compreendendo-se toda uma intensa atividade que visa garantir o equilíbrio homeostático, também nos mundos humano, cultural e social estes fenómenos de privação de algo ou atribuição em excesso, parecem igualmente, poder desequilibrar estes mundos.

Os enfermeiros SE no âmbito do seu processo de cuidados também “encontram diferentes meios relativos aos mundos onde realizam a sua prática de cuidado”, nos contextos escolares onde cuidam. E, por via da sua experiência profissional, trazem aportes de grande importância para as escolas. Vimos que numa fase inicial de relação com a escola “organização” estes surgem como estranhos a esse meio e empreendem um núcleo de interações com os atores com responsabilidades na escola para oferecerem o seu processo de cuidados. Toda esta interação que se vai dando a conhecer, fortalecer, construir-se e consolidar-se, é referida pelos atores da escolas como uma grande mais valia. Ao longo desta construção da relação de confiabilidade, emergem dois processos. O primeiro, o processo conhecendo-situando-se, o segundo o “processo interconetando o cuidado terapêutico”.

9.1 O Processo Conhecendo-situando-se

A caracterização do “**processo conhecendo-situando-se**”, surge como necessária uma vez que o exercício de sintetizar de uma forma global o mesmo, procura enfatizar os principais aspetos do processo de cuidados face à complexidade da multidimensionalidade de mundos em que os enfermeiros SE estão implicados. A principal característica que resulta dos dados é a sua interatividade dinâmica, uma vez que estes enfermeiros a cada início de anos letivos necessitam (re)situar-se face às diferentes escolas dos agrupamentos ou escolas não agrupadas, aos novos atores em particular aos adolescentes que iniciam novos ciclos de estudos, e às diferentes circunstâncias que motivam os contatos, solicitações e pedidos de ajuda do mundo da escola (ver figura 18).

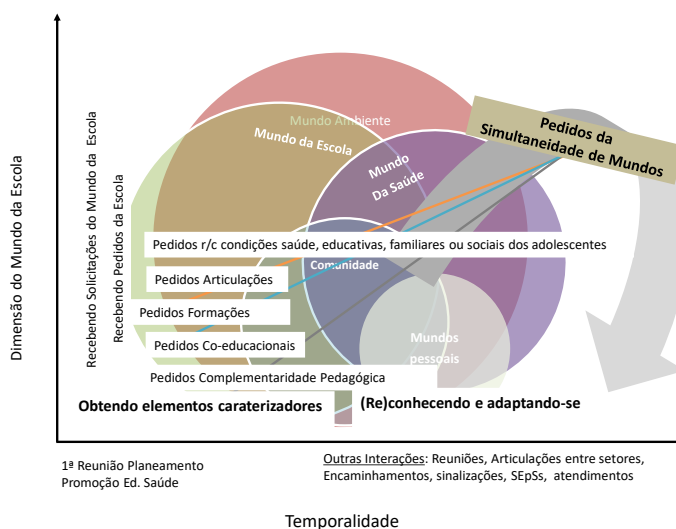
Como vimos, estes pedidos provêm do mundo humano da escola tendo diferentes tipologias e origens. Podem ser pedidos da organização, dos grupos ou pessoais e, todo este reinício de atividade surge com a realização da primeira reunião de planeamento da promoção e educação para a saúde entre as equipas PES e de SE.

Os enfermeiros SE organizam o seu processo de cuidados em função da tipologia de pedidos de ajuda, com que vão sendo contactados e solicitados pelo mundo da escola. Perante a diversidade de atores, acontecimentos e mundos físicos diferentes, procuram obter o máximo

de elementos caracterizadores das situações, para poderem ter o melhor conhecimento possível do todo, a partir das partes.

Importa ressaltar que o “**processo conhecendo-situando-se**” estabelece uma relação de complementaridade diacrónica com o “**processo interconetando o cuidado terapêutico**” não podendo ser

Figura 18. Enfermeiros SE Situando-se no Processo de Cuidado



separados ou divididos, mas antes compreendidos numa relação dialética de retroalimentação. O cuidado terapêutico acontece por via do conhecimento de necessidades do mundo da escola, que diariamente se manifestam e, que os enfermeiros sistematicamente (re)colocam em perspetiva face à definição de prioridades, situando-se a partir dos diferentes elementos para a organização da tomada de decisões autónomas ou colaborativas no âmbito do seu processo de cuidados.

Num contexto de características educacionais e de multidimensionalidade emerge um processo de características similares ao processo de tomada de decisão, dado que a complexidade das situações implica considerar diferentes alternativas e mobilizar diversos atores para encontrar respostas para os problemas.

Esta parceria com outros setores promove a tomada de decisões em complementaridade, permitindo que o cuidado de enfermagem seja personalizado e adaptado a cada pessoa, grupo ou organização em diferentes contextos, porém integrado num processo de raciocínio partilhado e intercolaborativo. Assenta num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, ética, técnica, deontológica e jurídica, sendo uma componente essencial na autonomia profissional dos enfermeiros (Deodato, 2010). O mesmo autor situa a tomada de decisão em três etapas sequenciais: Deliberação, Decisão e Ação, sendo relevante para a tomada de decisão em contexto escolar. Por Deliberação refere ser o processo de pensamento de escolha dos meios, entre várias alternativas possíveis sendo necessário

ponderar cada alternativa encontrada, e atender às consequências, que poderão advir das escolhas tomadas, acautelando possíveis consequências para os atores implicados. Para o mesmo autor, o processo de tomada de decisão é influenciado por fatores internos e externos, os quais correspondem a critérios, a partir dos quais o enfermeiro irá fundamentar a sua decisão. Após a deliberação, o enfermeiro irá decidir dentre as escolhas possíveis, qual a alternativa que orientará o seu cuidado, partilhando-a com os parceiros.

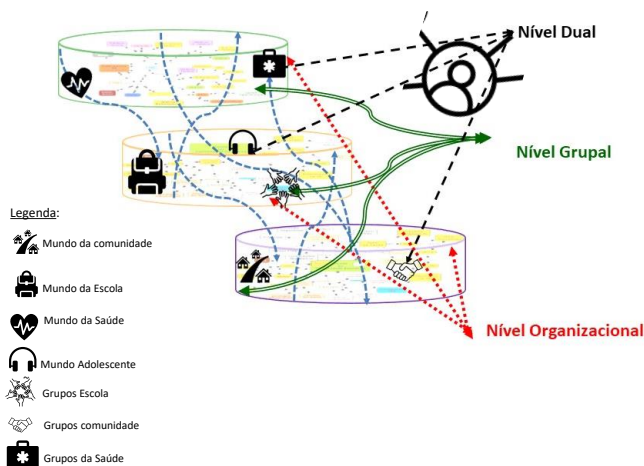
No estudo de Broussard (2007) também por metodologia de grounded theory a autora apresenta um conceito de “ajustando-se aos desafios”, identifica que os enfermeiros escolares enfrentam muitos desafios no contexto escolar, tendo salientado em particular as dificuldades relacionadas com lidar com famílias com limiar de pobreza que não garantem as necessidades dos filhos, surgindo a escola como um contexto protetor das crianças. Dimensão que também encontramos no conceito de abandono adolescente, por via de cuidados familiares pouco estruturados ou, por vezes inexistentes.

Neste processo conhecendo-situando-se os enfermeiros conhecem os diferentes mundos, diferentes realidades, diferentes ritmos, são contactados para diversas solicitações planeadas e imprevistas e recebem pedidos de ajuda a partir dos quais empreendem várias atividades de cuidado que acontecem no processo interconetando o Cuidado Terapêutico.

9.2 O Processo Interconetando o Cuidado Terapêutico

Anteriormente demos conta de termos desocultado todo um cuidado de ajuda que acontece “invisivelmente” por via da necessidade de se estabelecer uma rede de contatos com outros parceiros organizações, ou grupos ou pessoa individual, para ajudar alguns adolescentes, ou pais e encarregados de educação a obterem alguma forma de ajuda. Toda essa rede de contatos visa a obtenção de consultas, realização de encaminhamentos ou sinalizações para os adolescentes e, habitualmente são realizados pelos enfermeiros SE no seu espaço de trabalho, no mundo da saúde. A Figura seguinte (ver fig. 9) procura sintetizar as

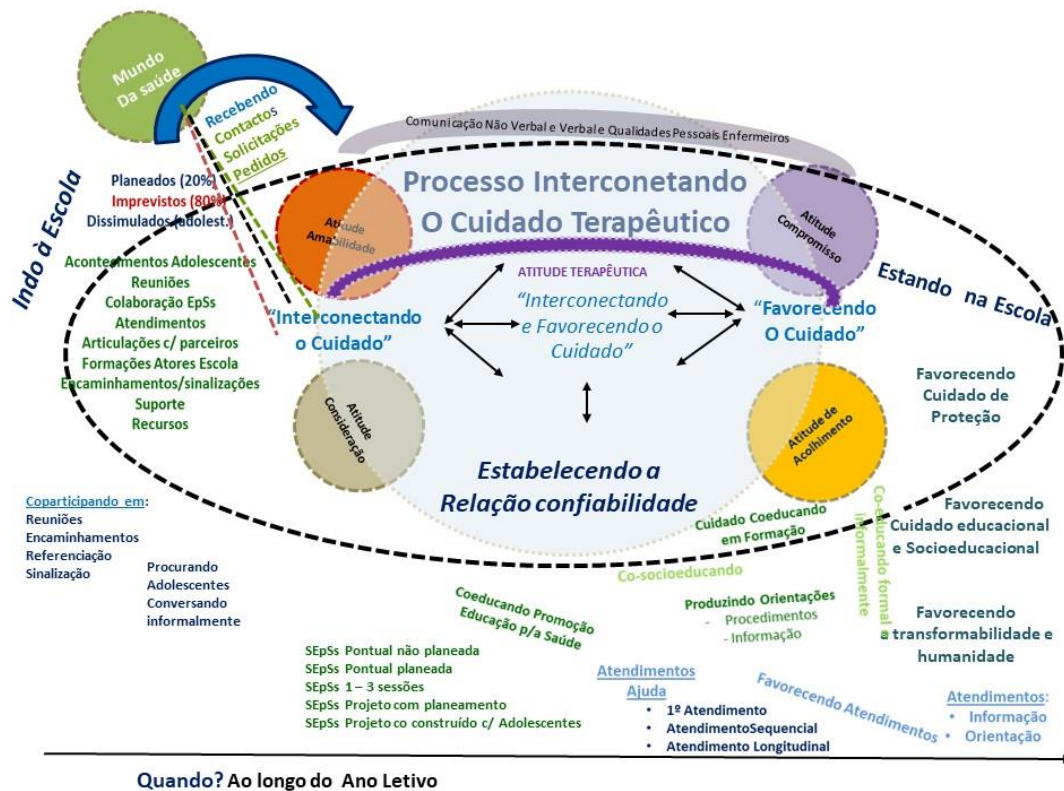
Figura 9. Interconetividade da Ajuda



atividades que os enfermeiros realizam na escola ao longo do ano letivo que se constituem como uma forma de interconectar o cuidado terapêutico (ver fig. 19).

Collière refere que “o campo de competência da enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se verdadeiramente na encruzilhada de um “tríptico” que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio” (collière, 1999, p. 287). Esta perspetiva da autora sobre os cuidados de enfermagem é sobreponível à nossa, uma vez que entendemos que a vida das pessoas não é linear, convocando os enfermeiros a “situarem-se” numa simultaneidade de mundos, procurando compreender as suas interpelações entre potencialidades, recursos, e capacidades para, posteriormente, se determinarem as necessidades de cuidados.

Figura 19. Cuidado Terapêutico dos Enfermeiros SE



Questão que se nos coloca remete para a tipologia de contexto em que os enfermeiros SE realizam o seu processo de cuidados. Sendo um contexto educativo. Anteriormente referimos ter a crença de que os enfermeiros na SE só realizavam sessões de educação para a saúde. Porém, ao estudarmos as suas interações com os outros, compreendemos que não. Começando pelas reuniões, articulações, atendimentos, sinalizações, encaminhamentos em ligação à

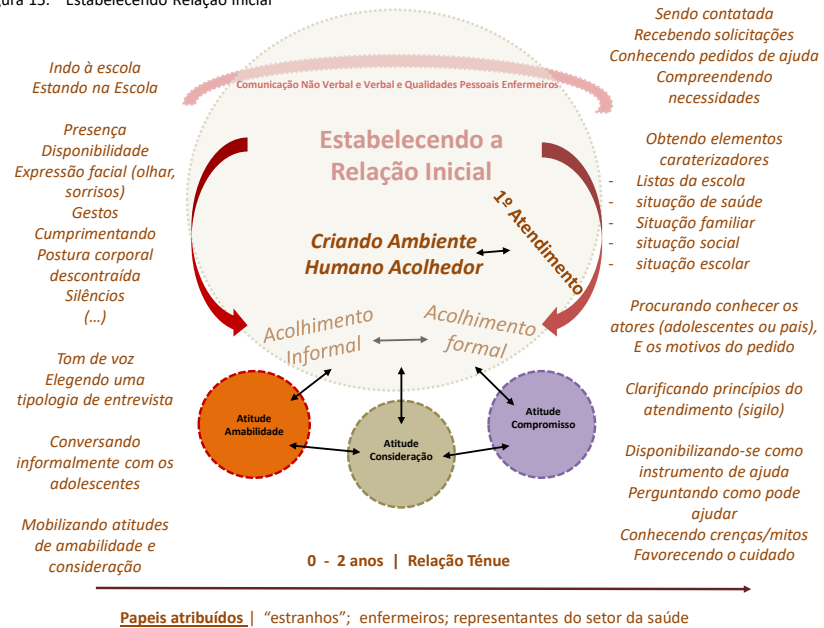
dimensão educacional, em contextos cujo parque escolar médio ronda os 800 a 1000 adolescentes por AE's/ENA's conseguimos fundamentar o construto "interconectando o cuidado terapêutico". A partir dos dados, os atores da escola referem que todos eles poderiam realizar encaminhamentos, porém enfatizam que *da forma como* os enfermeiros realizam ninguém consegue, uma vez que estes se interessam e vão acompanhando o processo. Assim como compreendem que podem ser recurso de ajuda para os adolescentes que têm poucos recursos na sua vida. Pensamos que é perceptível que os enfermeiros SE realizam um cuidado que tem valor de ajuda para os atores neste contexto, sendo a expressão do seu papel social, valorativo e relevante.

Dado que temos vindo a realizar um percurso sociohistórico, voltamos a socorrer-nos de Collière quando afirma que cuidar é ajudar a viver, mas também de Lopes (2006) por ter designado um processo de intervenção terapêutico relativamente à globalidade da intervenção dos enfermeiros, que tal como neste estudo também encontra uma natureza multifocal, num contexto de características clínicas completamente dispares do contexto escolar. A grande diferença é que neste estudo, conseguimos extrapolar o cuidado em direção a diversos outros mundos, aspeto que não surge no estudo referido anteriormente, nomeadamente na articulação com outras organizações na comunidade.

Compreende-se que perante tal diversidade de variáveis o processo de cuidados dos enfermeiros na SE necessita do constante movimento entre *conhecer o que surge* em cada um dos mundos que os enfermeiros estão a contactar e *procurar situar-se face aos mesmos*. É um cuidado de grande complexidade e exigência para os enfermeiros SE porque a dinâmica do contexto está sempre em alteração por via das interações que acontecem. Porém, apreendemos que os enfermeiros não realizam qualquer cuidado, sem estar estabelecida uma relação que esconde uma hierarquização implícita. Os responsáveis da escola (atores da direção, da coordenação PES, da Ed. Especial...) são os primeiros com quem os enfermeiros SE procuram relacionar-se e simultaneamente explicar o cuidado que realizam. E à medida que essa relação vai sendo fortalecida, os enfermeiros SE vão adquirindo diferentes papéis. De certa forma revisitámos a teoria de Peplau ainda que só tenhamos identificado três fases da relação distintas das designadas por esta autora, mas identificámos doze papéis e Peplau identificou seis papéis que os enfermeiros assumem, ao longo da relação. A cada um dos papéis corresponde a realização de determinada atividade realizada pelos enfermeiros que foi anteriormente explicada no processo de caracterização.

A grande categoria “Favorecendo o Cuidado” permitiu-nos descobrir um padrão de cuidado dos enfermeiros que para além de favorecer aprendizagens em saúde, favoreceu o cuidado de si aos adolescentes que os enfermeiros atenderam. Revela-se um Modelo de Aconselhamento com potencial transformador do cuidado de si. Sendo facilitador apresentá-lo através de um acrónimo. Definimo-lo por WAKES representando as fases relacionais que os enfermeiros apreendem nos atendimentos pessoais, também devidamente caracterizadas anteriormente, todos os enfermeiros SE empreendem a relação com os adolescentes acolhendo-os, depois acompanhando-os na sua forma de *ser e estar* até colocarem o pedido de ajuda e, promovendo a tomada de consciência de si e do processo que estão a viver de forma a poderem significá-lo (ver Fig. 15)

Figura 15. Estabelecendo Relação Inicial



À medida que a relação evolui, ambos vão conhecendo-se melhor e aprofundam o conhecimento sobre as dimensões de si e de quem são e que possibilidades

podem vir a ser como pessoas. Todo este trabalho é empreendido com ação, podendo inscrever-se no empower action diversas formas de aprendizagem nomeadamente através do método de resolução de problemas, bastante vantajoso para aprendizagem dos adolescentes e, no final estimular a reflexão sobre todo o processo e aprendizagens realizadas. As três fases relacionais que acompanham todo este processo seja a nível pessoal, grupal ou organizacional apresentam-se seguidamente, a partir das quais se identificam os principais instrumentos de cuidados dos enfermeiros SE.

Podem igualmente apreender-se os diferentes papeis que os enfermeiros realizam no contexto escolar desde que surgem como estranhos até serem profissionais com elevada pertença à escola.

Apresentamos um processo de cuidado de enfermagem de base relacional que se estrutura ao

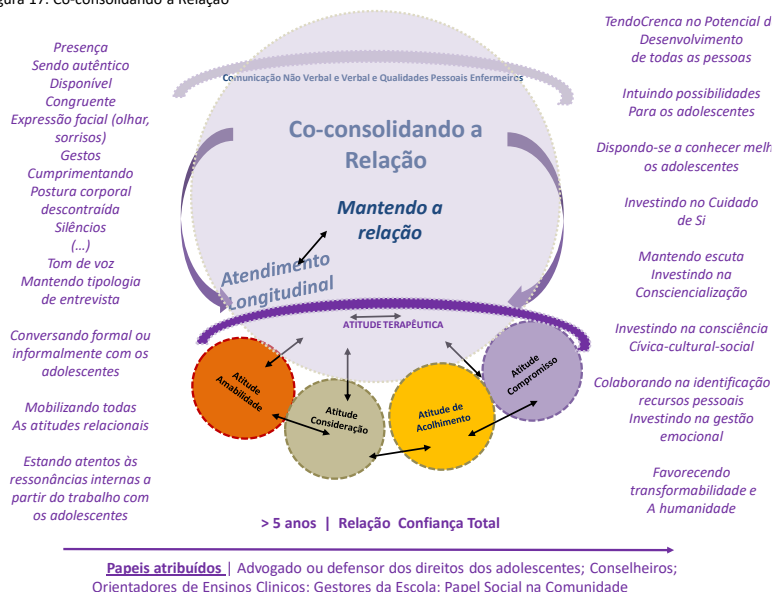
Figura 16. Co-criando a Relação



longo do estabelecimento da relação de confiabilidade, sem a qual este processo não aconteceria. Ambos os processos interrelacionam-se ao longo destas três fases relacionais, que apresentamos (ver fig. 16)

constituindo-se como núcleos de atividades que se inscrevem numa dinâmica de solicitação e receção de pedidos de ajuda, sendo o motor propulsor de toda a atividade, numa dimensão temporal respeitante aos períodos dos anos letivos. As estratégias mobilizadas contam com habilidades relacionais de abertura aos outros, nomeadamente através de uma presença tranquila, revelando disponibilidade, assim como concretizam uma atitude de amabilidade e consideração, que se constituem como os instrumentos de garantia da relação através dos quais os atores se (re) conhecem, adaptam e colaboram nas mais variadas atividades para veicularem o cuidado de ajuda (ver fig. 17)

Figura 17. Co-consolidando a Relação



Os principais focos deste cuidado são os adolescentes em grupos ou turmas que realizam diferentes pedidos co-educacionais, ou necessitam de suporte ou recursos para aumentarem o seu potencial de saúde no

contexto escolar, porém todos os atores da escola, incluindo os pais ou encarregados de educação também são foco do cuidado dos enfermeiros na SE.

Sabemos que a finalidade de produzir uma teoria encerra em si dupla e vasta responsabilidade. Por um lado necessitamos revisitar paradigmas, teorias, modelos e refletir sobre a ciência de enfermagem e, por outro lado, preconizamos assumir um posicionamento claro quanto à perspectiva pessoal, científica e disciplinar de enfermagem que alicerça este estudo, em termos de pressupostos filosóficos, ontológicos e epistemológicos. Sabemos que é uma teoria substantiva e, portanto de âmbito restrito, no entanto permitiu dar visibilidade à ação dos enfermeiros no contexto escolar e, revelar os diferentes papéis que assume, a partir dos quais realiza vastas atividades que se inscrevem no seu processo de cuidados.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num contexto educacional e não clínico, interessou-nos caracterizar a natureza do processo de cuidados dos enfermeiros na Saúde Escolar. Compreendemos que estes enfermeiros realizam parte do seu processo de cuidados nos ACeS, outra parte nos Agrupamentos de Escolas (AEs) ou Escolas Não Agrupadas e, participam ainda com outras entidades na comunidade alargada. Em todos estes setores identificámos um *mundo* distinto em termos de espaços físicos e processuais que implicaram importante atenção dos enfermeiros na obtenção de diversos elementos do seu processo de cuidados.

O facto de termos podido acompanhá-los no meio escolar, estando com eles nesse meio e observando as suas interações, permitiu-nos compreender a existência de um vasto mundo de articulações dentro da escola e, entre instituições, que não teria sido desocultado através de entrevistas individuais ou de grupo. No dia-a-dia da sua intervenção conseguem ter múltiplas interações com diferentes atores a diferentes níveis: organizacional, grupal e dual. Caracterizações que se constituíram como a base de toda a conceptualização teórica da teoria apresentada, que foram fundamentais para a desocultação de toda a intervenção intercolaborativa, mas também autónoma dos enfermeiros na SE. Sobressaíram diferentes culturas organizacionais por via das orientações políticas e técnicas nacionais de cada setor, que inevitavelmente são co-influenciadas pela ordem geopolítica mundial e europeia, atuais, o que imprime ainda maior caráter dinâmico a todo o processo.

Empreendemos um caminho socio-histórico que nos permitiu identificar a raiz dos cuidados de enfermagem nas escolas, que acompanha as etapas da História de Enfermagem e a repetibilidade dos papéis das enfermeiras como “auxiliares do médico” para a aquisição de outro vasto núcleo de papéis que foi desocultado, apreendendo-se um cuidado com características próprias.

Partimos para este percurso com diversas questões sobre o Processo de Cuidado de Enfermagem na saúde escolar com adolescentes, nomeadamente se este sofreria influência de paradigmas de outros ramos de saber ou se existiria efetivamente uma prática de enfermagem na saúde escolar, ou ainda o que nos poderia desvendar esta prática do processo de cuidados de enfermagem, ocorrendo num contexto educativo? Apreendemos um cuidado de enfermagem de dimensão relacional, que permite veicular os conhecimentos empírico, estético, ético em todos os momentos de cuidado, mas essencialmente identificámos que o conhecimento pessoal a partir das qualidades e características destes enfermeiros, permitiu

identificar padrões de cuidado que não foram identificáveis ou realizáveis por outros profissionais.

Identificámos o fenómeno central saúde-humano-universo designado por **“O Processo de Cuidado de Enfermagem Situando-se na Simultaneidade de Mundos”** para o qual concorreram três construtos **“Conhecendo e situando-se”** no qual o Mundo da escola estando em complementaridade aos mundos da saúde e da comunidade, surge como o desencadeador de ambos os processos deste cuidado no contexto escolar. Nesse sentido, os enfermeiros têm que conhecer características diversas de diferentes mundos, em particular o do mundo adolescente; **“Interconetando o cuidado terapêutico”** perante um contexto de intensa interação social os enfermeiros SE precisam apreender a sua dinâmica e definirem as suas respostas de cuidado de ajuda. Compreendemos que a ajuda é conduzida através da sequência de um processo: contato-solicitação-pedido de ajuda e, neste construto foi caracterizada toda a atividade que integra o processo de cuidados destes enfermeiros. Uma dimensão importante deste cuidado surge através da articulação com outros setores para os quais são encaminhados, ou sinalizados os adolescentes e, toda a rede de contatos que permite *conduzir a ajuda* foi desocultada a partir da intensa atividade de estabelecer contatos para pedidos de atendimento pelos adolescentes. Nada acontece sem estar estabelecida uma relação de confiança com os parceiros, que se revelou hierarquizada, uma vez que os enfermeiros SE precisam primeiro estabelecer relação com os atores com poder organizacional, para depois poderem intervir com os grupos ou com os adolescentes numa relação dual.

Definimos como objetivos desta tese, caracterizar o processo de cuidados e produzir uma teoria substantiva sobre o processo de cuidado de Enfermagem na Saúde Escolar com adolescentes, que consideramos atingidos por tudo o que referimos anteriormente.

Peplau conceptualizou a enfermagem como um processo simultaneamente interpessoal e terapêutico, enfatizando que a principal finalidade da enfermagem era educar e ser-se facilitador do desenvolvimento da personalidade e, este foi efetivamente o resultado de toda esta desconstrução e (re) construção dos dados, tendo-nos revelado as propriedades e dimensões que consubstanciam o cuidado educativo como central na promoção da saúde e do desenvolvimento dos adolescentes. Não cremos que haja uma educação para a saúde, mas antes uma educação para o cuidado de si, que inclui aprender sobre saúde a um nível que permita aos adolescentes adquirir esta competência - de literacia em saúde – como competência de vida. Efetivamente descobrimos elevado potencial literador em vida a partir da intervenção de co-socioeducabilidade, deixando como sugestão que a enfermagem na SE possa empreender

por este percurso que confere competências de vida, éticas, cívicas, de saúde e de conhecimento de si. Por via de termos uma compreensão diferente da abordagem da “educação para a saúde” na escola com os adolescentes, entendemos que a aprendizagem é socio-construída e a mesma também edifica e beneficia a saúde a partir de contextos onde existem relações interpessoais acolhedoras e de suporte, promotoras de compromisso, responsabilidade e sentido dos outros, gostaríamos de sugerir um dia um outros estudo para enaltecer um conceito como Educabilidade Compreensiva”, para o qual não temos elementos ou propriedades, para apresentar ou defender nesta tese.

Identificámos, assim como outros autores que os enfermeiros são os profissionais de saúde melhor posicionados para promoverem a saúde na escola. Defendemos que estes profissionais necessitam de formação adequada e, sendo eleitos para trabalharem em saúde escolar devem estar qualificados para o exercício destas funções. Neste âmbito, consideramos que será necessário empreender uma discussão importante e dialogante entre a profissão e a academia por via das possibilidades que esta área de conhecimento pode vir a potenciar, nomeadamente em termos de futuros percursos formativos, mas também ao nível de futuros estudos de investigação que revelem o impacto do cuidado de enfermagem na saúde escolar com as crianças e adolescentes.

Sabemos que trouxemos um contributo humilde no âmbito de conhecimento novo e que o mesmo tem um alcance limitativo. No entanto, procuraremos enfatizar a divulgação dos achados, assim como promover fóruns de discussão sobre a área científica da enfermagem na Saúde escolar.

Perante a assunção da inequívocabilidade da natureza social do ser humano, defendemos que a ação de cada pessoa revela o ser interior que ela vai desenvolvendo a partir de si no contato e interação com os outros. Pelo que defendemos a educação para o cuidado de si, durante o processo de qualquer ato social, enfatizando que o cuidado de enfermagem revelou potencialidades desta natureza.

Referências

- Abreu, C. (1999). Limpos, sadios e dóceis: história de Saúde Escolar em Portugal no Estado Novo: 1930 a 1960. <http://hdl.handle.net/10451/27407>
- Aguiar, W.M., Bock, A.M., & Ozella, S. (2001). A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In M.B. Bock, G.M. Gonçalves, & O. Furtado (Eds.), *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. (pp. 163-178). Cortez.
- Antunes, F.M. (1995). Educação, Cidadania e Comunidade – Reflexões Sociológicas para uma Escola (democrática) de Massas. *Revista Portuguesa de Educação*, 8(1), 191-205.
- Arendt, H. (2001). *A Condição Humana*. Rio de Janeiro Lisboa: Relógio D'água.
- Ariès, P. (1986). *História Social da Criança e da Família*. 2ªEd. Rio de Janeiro Guanabara.
- Bahl, B. M., & Crawford, P. (2018). Perceptions of experiences with interprofessional collaboration in public health nursing: A qualitative analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 178–184. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1386164>
- Baly, M.E. (1999). *Florence Nightingale and the nursing legacy*. 2ªed. London, Whurr.
- Barbosa, L., Leal, P., Bicho, F & Ramos, L. (2014).
- Baroncelli, L. (2012). Adolescência: Fenómeno Singular e de Campo. *Revista da Abordagem Gestáltica*.18(2), 188-196. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000200009
- Barrett, E.A. (2002). What is Nursing Science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 51-60.
- Bender, M., & Feldman, M. S. (2015). A Practice Theory Approach to Understanding the Interdependency of Nursing Practice and the Environment: Implications for Nurse-Led Care Delivery Models. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 96–109. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000068>
- Best, N.C., Oppewal, S. & Travers, D. (2018). Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. *Journal of School Nursing*, 34(1), 14-27. <https://doi.org/10.1177/1059840517745359>
- Biscaia, A., & Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701-711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Blos, P. (1998). *Adolescência uma Interpretação Psicanalítica*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Bonifácio, M.F. (1982). A Revolução de 9 de setembro de 1836: a lógica dos acontecimentos. *Análise Social*, XVIII(71). 331-370.
- Braconnier, A. (2003). *O Guia da Adolescência. À procura da identidade*. Prefácio.
- Braconnier, A., Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Climepsi editores.
- Branco, P.C., & Silva, L. X. (2017). Psicologia Humanista de Abraham Maslow: recepção e Circulação no Brasil. *Revista de abordagem Gestáltica*, XXIII(2):189-199. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-68672017000200007
- Branco, M.E. (2013). *João dos Santos, a Saúde Mental infantil em Portugal, uma Revolução de Futuro*. Coisas de Ler.
- Branco, A.G & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- British Library. (2019). The Nightingale Home and Training School for Nurses, St. Thomas's Hospital. <https://www.bl.uk/collection-items/the-nightingale-home-and-training-school-for-nurses-st-thomass-hospital>
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. In S.L. Friedman & T.D. Wachs (Eds), *Measuring Environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-28). Washinton, DC: American Psychological Association.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2008). *The Sage Handbook of Grounded Theory*. Sage Publications.
- Broussard, L. (2007). Empowerment in School Nursing Practice: A Grounded Theory Approach. *The Journal of School Nursing*, 6(23), 322-328. <https://doi.org/10.1177/10598405070230060401>
- Brown, B.B. (2005). Moving Forward with Research on Adolescence: Some Reflections on the State of JRS and the State of the Field. 15(4), 657-673. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2005.00115.x>
- Buijs, G.J. (2009). Better Schools through Health: networking for health promoting schools in Europe. *European Journal of Education*, (44)4, 507-520. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3435.2009.01410.x>
- Bunkers, S.S. (2002). Nursing Science as Human Science: the new world and human becoming. *Nursing*

- Science Quarterly*, 15(1), 25-30.
- CCHD. (2019). *Carolina Consortium on Human Development*. <https://cchd.web.unc.edu/>
- Carvalho, V. (2011). Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos E Contribuições Aos Estudos Organizacionais. *Administração: Ensino e Pesquisa*, 12(4), 583. <https://doi.org/10.13058/raep.2011.v12n4.140>
- Carvalho, A., von Amann, G., Almeida, C., Pereira, F., Ladeiras, L., Lima, R., Lopes, I., Leal, P., Marta, F., Monteiro, H. (2016). *Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em meio escolar*. DGS/DGE/ESS_IPS/PV. (DGS, Ed.), Lisboa.
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E.A., Nunes, E., von Amann, G., Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J.P., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, M., Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R., & Lima, R. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. (DGS/DGE, Ed.), Lisboa.
- Carrondo, E.M. (2006). Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico. [Tese de Doutoramento, Universidade do Minho-Instituto de Estudos da Criança]. RepositoriUM. <https://hdl.handle.net/1822/6276>
- Charon, J. (1989). *Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration* (3 rd). Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Chinn, P. & Kramer, M. (2018). *Knowledge Development in Nursing. Theory and Process*. 10 ed. St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc.
- Cody, W.K., Mitchell, G. J. (2002). Nursing Knowledge and Human Science Revisited: Practical and Political Considerations. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 4-13.
- Collière, M-F. (1999). Promover a Vida: Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa, Lidel edições técnicas.
- Decreto-Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro da Assembleia da República. Diário da República: 1.ª série, N.º 237 (1986). <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/70328402/202103041704/exportPdf/maximized/1/cacheLevelPage?rp=indice>
- Decreto-Lei n.º 85/2009 de 27 de Agosto da Assembleia da República. Diário da República Diário da República: 1.ª série, N.º 166 (2009). <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/488826/details/normal?q=Lei+n.%C2%BA%2085%2F2009+de+27+de+Agosto>
- Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: 1.ª série, N.º 129 (2018). <https://dre.pt/application/file/a/115648907>
- Denehy, J. (2006). Just What Do School Nurses Do ? *The Journal of School Nursing*, 22(4), 191–192.
- Deodato, S.J (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>
- Dessen, M.A. & Junior, A.L. (2008). *A Ciência do Desenvolvimento Humano. Tendências atuais e Perspetivas Futuras*. Artmed.
- Dezin, N.K., Lincoln, Y. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3rd. ed. Califórnia. Sage Publications.
- Dieckmann, J. (2011). História da saúde pública e da enfermagem de saúde pública e comunitária. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (Eds.), *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade centrados na População* (pp. 22-48). Loures, Lusodidata.
- Diário da República (2019). Portaria n.º 45/2019 de 04 de fevereiro da Educação. Diário da República: 1.ª série, N.º 24. <https://dre.pt/application/conteudo/118994836>
- Dias, A.C. (1940). *Alguns serviços europeus anti-epidémicos e de higiene rural. Escolas de visitadoras sanitárias*. Lisboa, Editora Médica. In Rodrigues, A.P. (2013). *Da Assistência aos Pobres aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: o Papel da Enfermagem 1926-2002*. [Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública] RUN. <http://hdl.handle.net/10362/10616>
- Elder, J.G.H. (1996). Human lives in changing societies: life course and developmental insights. In R.B. Cairns, G.H. Elder., & E. J. Costello (Eds), *Developmental Science* (pp. 31-62). New York: Cambridge University Press.
- Eugênio, A. (2015). A medicina ilustrada e sua recepção pelos médicos que atuavam no Brasil do século XIX. *Locus: revista de história, Juiz de fora*. 20(2), p. 163-190.
- Facci, M.G., & Tomio, N.A. (2009). Adolescência: uma análise a partir da psicologia sócio-histórica. *Revista Teoria e Prática da Educação*, 12(1), 89-99.
- Faria, J.A. (1934). *Administração Sanitária*. Lisboa. Imprensa Nacional de Lisboa. Direção Geral da Saúde, p. 155. In Rodrigues, A.P. (2013). *Da Assistência aos Pobres aos Cuidados de Saúde Primários em*

- Portugal: o Papel da Enfermagem 1926-2002. [Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública] RUN. <http://hdl.handle.net/10362/10616>
- Fawcett, J. (2005a). Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan*, 5(1), 32-43. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100004
- Fawcett, J. (2005b). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 131-135. [10.1177//0894318405274823](https://doi.org/10.1177//0894318405274823).
- Fawcett, J. (2012). Thoughts About Nursing Science and Nursing Sciencing on the event of the 25 th Anniversary of Nursing Science Quarterly. *Nursing Science Quarterly*, 25(1), 111-113. DOI: [10.1177//0894318411429072](https://doi.org/10.1177//0894318411429072).
- Fernandes, E. M., & Maia, Â. (2001). Grounded Theory. In *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*. (pp. 49–76). <https://doi.org/972-8098-98-7>
- Ferraz, I. (2019). *Enfermidades, enfermos, enfermeiros. Dos primórdios ao século XIX*. Falta editora
- Ferreira, O. M. (2013). *História da Escola Técnica de Enfermeiras (1940-1968): Aprender para ensinar e profissionalizar*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Instituto de Educação]. RUL. <http://hdl.handle.net/10451/8681>.
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Afrontamento.
- Freire, P. (2011). *Pedagogia da Autonomia saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro. Paz e Terra.
- Foucault, M. (2006). *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo, Martins Fontes.
- Galvão, B.A. (2014). A Ética em Michel Foucault: do Cuidado de Si à Estética da Existência. *Intuitio*.7(1), 157-168. <https://doi.org/10.15448/1983-4012.2014.1.17068>
- Garcia, E. M. & Amendoeira, J. (2014). O Curso de Visitadoras Sanitárias em Portugal 1929-1952. *Pensar Enfermagem*,18(1), 1-9.
- Garret, B.M., Cutting, R.L. (2015). Ways of Knowing: realism, non-realism, nominalism and a typology revisited with a counter perspective for nursing science. *Nursing Inquiry*, 22(2), 95-105. doi: [10.1111/nin.12070](https://doi.org/10.1111/nin.12070).
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Sociology Press.
- Glaser, A., Strauss, A., (1967). *The Discovery of grounded theory:strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publications.
- Ginger, S., & Ginger, A. (1995). *Gestalt uma Terapia do Contato*. Summus Editorial.
- Gomes, M.M., Ferreri, M., & Lemos, F. (2018). O Cuidado de Si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. *Fractal revista de psicologia*. 30(9), 189-195. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5540>
- Gómez, E. (2021). Desenhos da Investigação Qualitativa, cap. 1. In Gonçalves, S., Gonçalves, J. Marques, C. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa, conceção, análise e aplicações*. Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. Lisboa. Lidel.
- Gonçalves, S., Gonçalves, J. Marques, C. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa, conceção, análise e aplicações*. Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. Lisboa. Lidel.
- Goossens, L. (2006). Adolescent development: Putting Europe on the Map. In S. Jackson, S. & L. Goossens (Eds). *Handbook of Adolescent development (pp. 1-10)*. New York: Psychology Press <https://doi.org/10.4324/9780203969861>
- Graça, L. (2015). História e memória da saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), p.125-127. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.11.001>
- Guerra, M. L. (1977). *História: Idade Moderna, idade Contemporânea*. Porto Editora, Lda.
- Heidmann, I.T., Almeida, M.C., Boehs, A.E., Wosny, A.M. & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas concepções. *Texto e Contexto - Enfermagem*, 15(2), 352-358. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>
- Herculano, A. (1983). *História de Portugal III - Livro II - 1128-1185*. Lisboa, Ulmeiro.
- Hickman, J. (2000). Rosemarie Rizzo Parse. In George, J. (Eds.), *Teorias de Enfermagem: os Fundamentos à prática profissional* (4.ª ed., pp. 267-279). Artmed Editora.
- Instituto de Administração da Saúde (2021). Informação e Documentação/Promoção da Saúde. <https://iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/promocao-da-saude>
- I.A.S. (2021). *A Promoção da Saúde. A Carta de Ottawa*. Instituto da Administração da Saúde. https://iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf

- James, D., Komnenich, P. (2021). Diltheys's philosophy and methodology of hermeneutics: na approach and contribution to nursing science. *Nursing Philosophy*, 2021:00:e12353. <https://doi.org/10.1111/nup.12353>.
- Jorge, R. (1897). *Saneamento do Porto*. Consulta da comissão de saneamento apresentada à ex.^{ma} Camara Municipal do Porto. Porto, Typographia Occidental. <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Biblioteca/BiblioDigit/Documents/insa-20-rj-20.pdf>
- Johansson, A., & Ehnfors, M. (2006). Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspective of adolescent pupils. *Sykepleievitenskap . Omvårdnadsforskning . Nursing Science*. 82(26). 10-13. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740830602600403>
- Junious, D.L., Johnson, R.J., Peters, R.J., Markham, C.M., Kelder, S.H. & Yacoubian, G.S. (2004). A Study of School Nurse Job Satisfaction. *The Journal of School Nursing*, 2(20), 88-93. <https://doi.org/10.1177/10598405040200020601>
- Kerouac, S. (1994). *La pensée Infirmière*. Ed. Études Vivantes. Québec.
- King, I. (2004). Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria de Consecução de Objetivos. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.^a ed., pp. 337-403). Lusociência.
- Kulbock, P.A., Ervin, N.E. (2012). Nursing Science and Public Health: Contributions to the Discipline of Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 25(1), 37-43.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians, a working document*. Government of Canada, Ottawa.
- Lansford, J.E. & Banati, P. (2018). *Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy*. Oxford University Press.
- Larson, R.W., Wilson, S., Brown, B. B., Furstenberg, F., & Verma, S. (2002). Changes in adolescent's interpersonal experiences. Are they being prepared for adult relationships in the 21st century. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 31-68. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00024>
- Laufer, M. (2000). *O Adolescente Suicida*. Climepsi Editores.
- Lopes, M.J. (2011). A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Reflexão a partir dos Resultados de um Trabalho de Investigação.
- Lewin, K. (1950). *Principles of Topological Psychology*. McGraw-Hill.
- Lopes, M.J. (2006). *A Relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Formasau.
- Lopes, M.J. (1999). Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Socio-moral
- Lopes, M.S., Saraiva, K.R., Fernandes, A.F. & Ximenes, L.B. (2010). Análise do Conceito de Promoção da Saúde. *Texto contexto - enfermagem*, 19(3), 461-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300007>
- Liamputtong, P. (2019). Handbook of Research Methods in Health Social Sciences. In L. P. (eds) (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. Springer, Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4>
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A., & Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. *The Sage handbook of qualitative research*, 4(2), 97-128.
- Lins, G.I., Armendaris, M.K., Pinho, D.L., Kamada, I., Jesus, C.A., & Reis, P.E. (2013). Teoria de Tornar-se Humano na Enfermagem ecológica:aplicando o método de avaliação de Meleis. *Reflexão*Texto contexto de enfermagem*.22(4), 1179-86. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400037>
- Loschiavo, J. (2020). *School Nursing. The Essential Reference*. Springer Publishing Company.
- Malinski, V.M. (2004). Nursing Research in the Human Science and Natural Science Perspectives. A dialogue about two Nursing Science traditions: the Roy Adaptation Model and the Human Becoming Theory. *Nursing Science Quarterly*, 17(4), 301-307. Doi: 10.1177/0894318404268812
- Marcelli, D. (2002). Os Estados Depressivos na Adolescência. 1.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M., Gaspar, T., & Aventura Social (2014). Health Behaviour School Age Children. DGS, DGEEC.
- Matos, M., Gaspar, T., & Aventura Social (2022). Health Behaviour School Age Children. DGS, DGEEC.
- McCann, T. V., & Clark, E. (2003). Grounded theory in nursing research: Part 1–Methodology. *Nurse Researcher*, 11(2), 7-8. <https://doi.org/10.7748/nr2004.01.4.2.7.c5918>
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self & Society*. The University of Chicago Press.
- Medeiros, T. (2018). Iluminismo Português e Instrução Pública: as contribuições de António Ribeiro Sanches aos pressupostos educacionais na segunda metade do século XVIII. <https://doi.org/10.17648/rsd-v7i10.401>
- Meleis, A. I. (2016). Theoretical nursing: Development and progress. In *Theoretical Nursing: Development and Progress*. <https://doi.org/10.2307/3425219>

- Michel, G., Purper-Ouakil, D. (2009). *Personalidade e Desenvolvimento. Do Normal ao Patológico*. Instituto Piaget, Epigénese, Desenvolvimento e Psicologia.
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto Lei n. 28/2008 Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. *Diário Da República, 2.ª Série - n.º 38 de 22 de Fevereiro de 2008, 2.ª série(38)*, 1182–1189. https://doi.org/http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_96/DL_28_2008.pdf
- Minayo, M. C. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & saúde coletiva*, 17(3), 621-626.
- Mónico, L., Alferes, V., Parreira, P., & Castro, P. A. (2017). A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *CIAIQ 2017*, 3.
- Morgan, D. L., & Spanish, M. T. (1984). Focus groups: A new tool for qualitative research. *Qualitative Sociology*, 7(3), 253–270. <https://doi.org/10.1007/BF00987314>
- Muylaert, C. J., Sarubbi Jr, V., Gallo, P. R., Neto, M. L. R., & Reis, A. O. A. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 184-189.
- Müller-Granzoto, M.J., & Müller-Granzoto, R.L. (2007). *Fenomenologia e Gestalterapia*. Summus Editorial
- Munari, D., & Esperidão, E. (2000). Ensaio Repensando a Formação do Enfermeiro e Investindo na Pessoa: algumas contribuições da Abordagem Gestáltica: Rethinking Nursing Training and Investing in the Person: contributions from the Gestalt Perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(3), 415–423.
- National Association of School Nurses. (2022, May 17). NASN. <https://www.nasn.org/home>
- Nascimento, E. M. M. do. (2011). Pragmatismo: uma filosofia da ação. *Redescrições*, 3(1), 42–57. <https://revistas.ufjr.br/index.php/Redescricoes/article/view/15278>
- Neuman, B. (2004). Modelo de Sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed., pp. 335-375). Lusociência.
- Northrup, D.T., Purkis, M.E. (2001). Building the science of health promotion practice from a human science perspective. *Nursing Philosophy*, 2, 62-71.
- Northrup, D.T., Tschanz, C.L., Olynyk, V.G., Makaroff, K. L., Szabo, J. Biasio, H. A. (2004). Nursing: Whose Discipline is it anyway? *Nursing Science Quarterly*, 17(1). 55-62.
- Nóvoa, A. & Bandeira, F. (2005). Evidentemente: Histórias da Educação. <http://hdl.handle.net/10451/4810>
- Nunes, L. (2020). Aspetos éticos na investigação em enfermagem. RCAAP.
- Nunes, L. (2003). Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures, Lusociência.
- Ó, J.R. (2009). Ensino Liceal (1836-1975).
- Olabuénaga, J. I. (2012). Teoría y práctica de la investigación cualitativa. *Teoría y práctica de la investigación cualitativa*. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6296/1/Ensino%20Liceal%20.pdf>
- Oliveira, L.C., Moreira, J.O., Silva, B.F., Marinho, F.C., & Souza, J. M. (2019). Curso de Vida, Adolescentes e Criminalidade: uma Leitura a Partir do PIA. *Psicologia & Sociedade*, 31. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31210441>
- Orlando, I.J. (2004). Teoria do Processo de Enfermagem. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed., pp. 445-465). Lusociência.
- Palmer, R. E. (2006). *Hermenêutica. O Saber da Filosofia*, 13ª ed., Edições 70.
- Papalia, D. E., Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. 12ª ed., AMGH Editora.
- Parse, R.R. (2000). Paradigms: a reprise. *Nursing science quarterly*, 13(4), 275-276.
- Parse, R.R. (2004). Tornar-se Humano. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed., pp. 593-628). Lusociência.
- Parse, R.R. (2018). Everything Old is New Again: Implementation Science. *Nursing Science Quarterly*, 31(3), 213-214. DOI: 10.1177//0894318418755757.
- Peplau, H.E. (2004). Enfermagem Psicodinâmica. In In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed., pp. 423-444). Lusociência.
- Perls, F.S. (1947). *Ego, Fome e Agressão*. Summus Editorial.
- Perls, F.S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1979). *Gestalt-therapie*. Tomo 2. Montreal, Stanké.
- Persson, L., & Haraldsson, K. (2017). Health promotion in Swedish schools: School managers' views. *Health Promotion International*, 32(2), 231–240. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat073>
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2013). *Middle Range Theories. Application to Nursing Research* (& W. L. W. (ed.); 3 rd). Wolters Kluwer.
- Pilkington, F.B. (2002). Where is the Nursing Science in Nursing Texts? *Nursing Science Quarterly*, 15(1),

- Polidroni, E.C. & Welch, M. (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary*. Lippincott.
- PSP. (2013). *Promoção da Saúde*. Declaração de Alma-Ata. Saúde para todos no ano 2000. Porta de Saúde Pública. http://portal.anmsp.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm
- Portugal. (1973). Decreto-Lei n.º 223/73. Diário do Governo n.º 111/1973, Série I de 1973-05-11, páginas 779 - 784. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/223-1973-422238>
- Portugal. (1995). Decreto Regulamentar n.º 3/95 de 27 de janeiro. Diário da República n.º 23/1995, Série I-B de 1995-01-27. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-regulamentar/3-140370>
- Portugal. (1999). Lei n.º 147/1999. Diário da República n.º 204/1999, Série I-A de 01-09-1999. <https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/p/cons/20180705/pt/html>
- Portugal. (2005). Decreto-Lei n.º 88/2005. Diário da República n.º 107/2005, Série I-A de 03-06-2005, 3606-3606. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/88/2005/06/03/p/dre/pt/html>
- Portugal. (2006a). Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. Lisboa, 07-02-2006. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/ProtocoloME_MS.pdf
- Portugal. (2006b). Programa Nacional de Saúde Escolar. Diário da República n.º 110,
- Portugal. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 22-02-2008, 1182-1189. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Portugal. (2008). Despacho n.º 31292/2008. Diário da República n.º 236/2008, Série II de 05-12-2008, 49207-49231. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/31292-2008-975648>
- Portugal. (2009). Decreto-Lei n.º 60/2009. Diário da República n.º 151/2009, Série I de 2009, 5097 - 5098. <https://data.dre.pt/eli/lei/60/2009/08/06/p/dre/pt/html>
- Portugal. (2009). Despacho n.º 10143/2009. Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário Da República n.º 74, Série II, 15438–15440*. <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2009/04/2S074A0000S00.pdf>
- Portugal. (2010). Portaria n.º 196-A/2010, Regulamentação da Lei n.º 60/2009. *Diário da República n.º 69/2010, 1º Suplemento, Série I de 2010-04-09, 2-4*. <https://data.dre.pt/eli/port/196-a/2010/04/09/p/dre/pt/html>
- Portugal. (2017). Lei n.º 23/2017. Diário da República n.º 99/2017, Série I de 03-05-2017, 2494-2494. <https://data.dre.pt/eli/lei/23/2017/05/23/p/dre/pt/html>
- Portugal. (2018). Decreto-Lei n.º 54/2018. Diário da República n.º 129/2018, Série I de 2018-07-06, 2918 - 2928. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/54/2018/07/06/p/dre/pt/html>
- Portugal. (2019). Lei n.º 95/2019. Lei de Bases da Saúde. Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, 55-66. <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Portugal. (2022). História do Serviço Nacional de Saúde. Portal do Ministério da Saúde. <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/ms/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>
- Raffagnino, R. (2019). Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal Of Social Sciences, 7*, 66-83. . <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>
- Reed, P. G. (2019). Intermodernism: A philosophical perspective for development of scientific nursing theory. *Advances in Nursing Science, 42*(1), 17-27.
- Reed, P. G. (2018). A philosophy of nursing science and practice: Intermodernism. *Nursing knowledge and theory innovation: Advancing the science of practice*, 21-46.
- Richardson-Todd, B. (2002). GPs: Do they know what school nurses do.pdf. *Primary Health Care, 12*(8), 4.
- Rocha, A.P., Capela, A., Grilo, C., Almeida, C., Valente, C. & Coimbra, J. (2012). Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão da legislação no âmbito da Saúde. *Millenium, 45 (junho/dezembro)*, 193-210.
- Rocha, A.P., Marques, A.L., Figueiredo, C., Almeida, C., Batista, I. & Almeida, M.J. (2011). Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão Legislativa no âmbito da Educação. *Millenium, 41 (julho/dezembro)*, 69-87.
- Rodrigues, A.P. (2013). *Da Assistência aos Pobres aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: o Papel da Enfermagem 1926-2002*. [Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública].RUN. <http://hdl.handle.net/10362/10616>
- Rogers, M. E. (1994). The science of unitary human beings. *Nursing Science Quarterly, 7*(1), 33-35. Doi: [10.1177/089431849400700111](https://doi.org/10.1177/089431849400700111)
- Rolf, G. (2015). Foundations for a human science of nursing: Gadamer, Laing, and the hermeneutics of caring. *Nursing Philosophy, 16*, 141-152. Doi: 10.1111/nup.112075.
- Rothberg, E. (2020). "Lillian Wald" (March 1867-September 1940). National Women's History Museum.

- NWHM. <https://www.womenshistory.org/education-resources/biographies/lillian-wald>
- Sá, I.G. (1996). Os Hospitais portugueses entre a assistência medieval e a intensificação dos cuidados médicos no período moderno. Atas de Conferência. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4313>
- Sampaio, D. (2003). *Vozes e Ruídos. Diálogos com adolescentes*. 14 ed. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém Morre Sozinho: O adolescente e o Suicídio*. Lisboa, Caminho.
- Santos, M.S. (2017). Angústia, Adolescência e Reestruturação de Self na Ótica Humanista-Existencial. *Psicologia pt*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1092.pdf>
- Senna, S. R. & Dessen, M. A. (2012). Contribuições das Teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 101-108. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000100013>
- Souza, S.N., Rosseto, E.G., & Sodré, T.M. (2000). Aplicação da Teoria de Parse no relacionamento enfermeiro-indivíduo. *Revista da Escola de enfermagem USP*. 34(3), 244-251. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234200000300004>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade centrados na Popula o*. Loures, Lusodidata.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). Pesquisa qualitativa. Técnicas e Procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada. Artmed ed.
- Strecht, P. (2002). Crescer Vazio. Repercussões Psíquicas do Abandono Negligência e Maus Tratos em Crianças e Adolescentes. Assírio & Alvim
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). Investiga o Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista. Loures, Lusociência.
- SHE. (2021) Improvingn the Health of Children and Young people in European Region and Central Asia. Schools for Health in Europe. <https://www.schoolsforhealth.org/>
- SNS. (2021). *História do SNS*. Serviço Nacional da Saúde. <https://www.sns.gov.pt>
- Tavares, J., Pereira, A. S., Gomes, A.A., Monteiro, S., Gomes, A. (2007). Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Porto, Porto-editora.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusociência.
- Travelbee, J. (2004). Modelo de Rela o Pessoa-a-Pessoa. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed., pp. 467-479). Lusociência.
- Universidade de Lisboa. (2021). *História*. ULisboa. <https://www.ulisboa.pt/info/historia>
- Villamar n, D. G. (2015). Surgimiento: hacia una ontologia de la praxis. *Cuadernos de Filosofia Latino-Americana*, 113(36), 227-240.
- Vygostky, L.S. (2000). *A Constru o do pensamento e da linguagem*. Martins Fontes.
- von Amann, G., Leal, P., & Monteiro, H. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. (DGS, Ed.), Lisboa.
- Wainwrigth, P., Thomas, J., Jones, M. (2001). Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1083-1091. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01579.x>
- Wall, W.D. (1975). *Adolescência na Escola e na Sociedade*. Livros Horizonte.
- Watson, J., Dossey, B. M., Dossey, L., & Enes, J. M. M. (2002). Enfermagem p s-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem.
- WHO. (2022a). The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. World Health Organization, Health Promotion. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- WHO. (2022b). WHO European Healthy Cities Network. WHO Europe. <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>
- WHO. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. Gen ve, World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- WHO. (2021). *WHO guideline on school health services*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Grupo de apêndices referentes aos instrumentos de colheita de dados

Apêndice 1 - Guião de Entrevista Narrativa



Estudo no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa/ESEL

Título do Estudo: O Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar.

Identificação da Autora do Estudo: Fernanda Paula Santos Leal. Docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Mestre em Saúde Escolar e Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Identificação do Orientador do Estudo: Professor Doutor Manuel Lopes, Professor Coordenador na Universidade de Évora e Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, de Évora.

Guião da Entrevista Narrativa

Código do Entrevistado: _____ N.º da Entrevista: _____	
Data da Entrevista: ___/___/___ Hora de Início: _____ Hora de Término: _____	
Etapa A - Apresentação da Autora e Objetivos da Entrevista:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação pessoal da autora ao(s) participante(s): Nome, profissão, títulos profissionais e académicos e no papel de estudante de doutoramento; 2. Apresentação sumária do estudo de doutoramento e objetivos da entrevista: explicação sucinta do estudo, explicação pormenorizada da importância da entrevista para o estudo; 3. Apresentação da Autorização do Estudo pelo ACEs: apresentação do documento da Direção do ACEs a autorizar o estudo e documento de consentimento informado para a(o) participante. 	
Etapa B – Dados de Caracterização da(o) participante:	
<ol style="list-style-type: none"> 4. Idade: _____ anos 5. Sexo: Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> 6. Tempo de Exercício Profissional: _____ 7. Tempo de Exercício na Saúde Escolar: _____ 	
Etapa C – Entrevista Narrativa ao(s) participante(s):	
<p>Explicação do Objetivo da Fase Narrativa</p> <p>Pretende-se que a(o) participante conte uma interação significativa de um processo de cuidado enquanto Enfermeiros na Saúde Escolar com adolescentes, na escola, visando obter a perspectiva desta sua experiência.</p>	<p>Tipologia de Questões</p> <p>Gostaria de pedir-lhe que pensasse numa situação de interação com adolescentes, no âmbito do seu cuidado em Saúde Escolar, que tenha sido importante/significativa para si, vivida na escola, contando-me a mesma com o máximo de factos e detalhes que se lembrar.</p>
<p>Explicação do Objetivo da Fase Exploratória</p> <p>Pretende-se aprofundar dimensões da fase narrativa particularmente relevantes da experiência de interação entre as(os) enfermeiros com as(os) adolescentes.</p>	<p>Tipologia de Questões</p> <p>Gostaria de pedir-lhe que me contasse em pormenor aquela situação (...) que referiu anteriormente;</p> <p>Gostaria de pedir-lhe que explicasse a importância da sua intervenção como enfermeira(o) nessa situação (...).</p> <p>Em que é que/como ajudou a (o) adolescente?</p>
<p>Explicação do Objetivo da Fase Final</p> <p>Pretende-se que a(o) participante enfatize os principais contributos dessa experiência de interação do ponto de vista da sua perspectiva pessoal.</p>	<p>Tipologia de Questões</p> <p>Para finalizarmos a entrevista, vou pedir-lhe que me diga os principais contributos, aprendizagens, vantagens/desvantagens (...) que entende terem sido importantes/fundamentais para si, nesta interação como enfermeiros na saúde escolar.</p>

Assinatura da autora: _____
(Paula Leal)

Apêndice 2 - Guião de Observação



Estudo no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa/ESEL

Título do Estudo: O Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar.

Identificação da Autora do Estudo: Fernanda Paula Santos Leal. Docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Mestre em Saúde Escolar e Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Identificação do Orientador do Estudo: Professor Doutor Manuel Lopes, Professor Coordenador na Universidade de Évora e Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, de Évora.

Guião Referencial da Observação das Interações

Data da Observação: ___/___/___		N.º da Observação: _____	
Hora de Início da Observação: _____		Hora de Término da Observação: _____	
Etapa A - Apresentação da autora e objetivos do momento da observação:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação pessoal da autora ao(s) presente(s) no momento da interação; 2. Apresentação sumária do estudo de doutoramento e objetivos da observação; 3. Esclarecimento sobre as autorizações obtidas pelas instituições de saúde e educativas p/ os períodos de observação; 			
Etapa B – Referencial para a observação:			
Referencial de base ao registo observacional do(s) processo(s) de Interação dos Enfermeiros de Saúde Escolar com os presentes (pessoa individual ou grupo)		Notas de Campo	
<p>Início e desenvolvimento da Interação:</p> <p>Após autorização dada, procurar local reservado onde seja possível observar a interação em curso entre enfermeiras(os) na SE com adolescentes. Permanecer em silêncio e procurar não perturbar o curso da interação.</p> <p>Observar:</p> <p>(Intervenções/ações dos Enfermeiros: cumprimentos, escuta ativamente, compreende a situação do outro, empática, demonstra atenção e interesse, pergunta referencial, sinaliza, cuida, informa, colabora na resolução de problemas de saúde do aluno/comunidade educativa, utiliza o raciocínio clínico em Enfermagem, trabalha em equipa multiprofissional, outras...);</p> <p>(Atitudes dos enfermeiros: cumprimenta os participantes; explica o objectivo da sua intervenção neste dia; solicita participação aos presentes; escuta as questões ou dúvidas suscitadas, ... , centra-se nas necessidades de aprendizagem/cuidados dos alunos, mantém contacto visual com os participantes, respeita todos os alunos independentemente da sua cultura, religião, outras).</p> <p>(Características comunicacionais verbais: utiliza estilo de comunicação assertiva; tom de voz moderado; negocia as regras necessárias à intervenção a realizar, com os alunos; cativa a atenção dos participantes, expressa mensagem confiante e congruente... outras).</p> <p>(Características comunicacionais não verbais: sorri, apresenta olhar direto e franco, utiliza vestuário adequado; expressão facial serena, expressão gestual moderada, postura corporal de atenção aos participantes, ..., outros)</p> <p>(Outros)</p>		<p>(Avaliação das respostas dos intervenientes no momento de interação, observadas pela autora).</p> <p>(Questões que suscitam interrogações à autora)</p> <p>[Registo dos Pensamentos, sentimentos, comportamentos, (...) observados]</p>	
<p>Final da Interação</p> <p>(Atitudes dos enfermeiros: disponibiliza-se para responder a questões/dúvidas, deixa forma de contacto aos participantes, despede-se dos participantes, combina próxima interação com a turma, outros)</p>			

Assinatura da autora:

(Paula Leal)

Apêndice 3 - Guião Entrevistas Grupo/Focus-Grupos



Estudo no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa/ESEL

Título do Estudo: O Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar.

Identificação da Autora do Estudo: Fernanda Paula Santos Leal. Docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Mestre em Saúde Escolar e Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Identificação do Orientador do Estudo: Professor Doutor Manuel Lopes, Professor Coordenador na Universidade de Évora e Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, de Évora.

Guião da Entrevista *Focus Group*

Código do Entrevistado: _____ N.º da Entrevista: _____	
Data da Entrevista: ___/___/___ hora de Início: _____ Hora de Término: _____	
Etapa A - Apresentação da Autora e Objetivos da Entrevista:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação pessoal da autora ao(s) participantes do grupo: Nome, profissão, títulos profissionais e académicos e no papel de estudante de doutoramento; 2. Apresentação sumária do estudo de doutoramento e objetivos da entrevista: explicação sucinta do estudo, explicação pormenorizada da importância da entrevista para o estudo; 3. Apresentação dos Consentimentos Informados e autorizações da DGE, CNPD, AEs/ENAs/EES-RLS 	
Etapa B - Dados de Caracterização dos participantes do grupo:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Idades: _____ anos 2. Sexo: Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> 3. Profissão/Papel Social 	
Etapa C - Tópicos Orientadores da Entrevista aberta do <i>Focus Group</i>	
<p>Explicação do Objetivo da Entrevista</p> <p>O objetivo de um <i>focus group</i> não é chegar a um consenso, mas pelo contrário permitir aos participantes a exposição ampla de ideias subjacente a uma temática, ou a um assunto.</p> <p>“As entrevistas do <i>focus group</i> dão ao investigador a oportunidade de estudar o modo como os membros do grupo coletivamente analisam um tópico e constroem significados à sua volta”¹ (Doody, Slevin & Taggart, 2013, p.17).</p>	<p>Tipologia de Questões</p> <p>Proceder ao agradecimento a todos os participantes a sua presença nesta entrevista garantida por autorização prévia e, o consentimento para a gravação áudio da mesma.</p> <p>O tema subjacente a esta entrevista ao grupo, refere-se à intervenção dos enfermeiros nas escolas.</p> <p>Para começar, gostaria de colocar uma sequência de questões:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Serão os enfermeiros, um grupo profissional da área da saúde, importante para promover a saúde na escola? 2. Como se processa a intervenção dos enfermeiros, para a promoção da saúde na escola? – Ou seja, o que fazem os enfermeiros neste <i>setting</i>? 3. Qual o contributo desta intervenção para a saúde dos alunos/docentes/pessoal não docente/representantes legais? 4. (Surgirão outras questões de aprofundamento do tema, que emergirão das respostas do grupo de participantes e, que não podem ser previstas neste guia orientador).
Assinatura da autora: _____	
(Paula Leal)	

¹ Doody, O., Slevin E. & Taggart L. (2013). Focus group interviews in nursing research: part 1. *British Journal of Nursing*. 22 (1), 16-19.

Apêndice 4 – Declaração de Consentimento Informado para Representantes Legais dos Alunos



Declaração de Consentimento Informado para Representantes Legais dos Alunos

Título do Estudo: O Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar

Identificação da Autora e Orientador do Estudo: Chamo-me Fernanda Paula Santos Leal, sou professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e frequento o doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa. O Orientador do estudo é o Sr. Professor Doutor Manuel Lopes, Professor Coordenador na Universidade de Évora.

Informação aos Representantes Legais sobre o estudo:

O estudo intitulado O Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar, pretende conhecer a intervenção dos enfermeiros nas escolas.

Nesse âmbito, a autora necessita observar a interação dos enfermeiros com os alunos, e posteriormente, entrevistar os alunos para conhecer a sua opinião sobre o trabalho deste profissional de saúde, na escola.

Tanto a observação como as entrevistas são essenciais para o estudo, uma vez que possibilitam conhecer as perspectivas pessoais de cada aluno sobre a intervenção ou o trabalho dos enfermeiros na sua escola.

Aceitando a participação do seu educando neste estudo, a autora respeitará as seguintes condições:

- A participação do seu educando, acontecerá com a sua autorização (representante legal do aluno: pais, encarregados de educação ou tutores), através da assinatura do presente documento;
- A participação do seu educando neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo;
- Garantirei o anonimato da identidade do seu educando, assim como a confidencialidade das informações transmitidas;
- As informações obtidas são utilizadas somente para este estudo tendo fins estritamente científicos;
- As entrevistas implicam gravação áudio (MP3) pedindo-se, também neste documento, consentimento prévio para o efeito. Estes registos serão destruídos no final do estudo;
- A qualquer momento poderá pedir à autora esclarecimentos adicionais sobre o estudo;
- Poderá contactar a autora a pelo telefone institucional ou mail (disponibilizados no final deste documento).

Informado das condições anteriormente referidas e dos objetivos deste estudo, **declaro que autorizo o meu educando a participar no mesmo podendo ser entrevistado e/ou observado no que à interação com os Srs. Enfermeiros, diz respeito.**

Eu, _____

Data: ___/___/___

Assinatura do Representante Legal do Aluno: _____

Assinatura da autora: _____

(Fernanda Paula Santos Leal)

¹ **Contacto Institucional:**

Escola Superior de Saúde, Campus do IPS, Estefanilha, Edifício da ESCE
2914 - 503 Setúbal | Portugal
Tel: + 351 265 709 300
Fax: + 351 265 709 392

Apêndice 5 – Declaração de Assentimento para Menores (Alunos)



Declaração de Assentimento para Menores (Alunos)

Título do Estudo: O Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar

Identificação da Autora e Orientador do Estudo: Chamo-me Fernanda Paula Santos Leal, sou docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e frequento o doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa. O Orientador do estudo é o Sr. Professor Doutor Manuel Lopes, Professor Coordenador na Universidade de Évora e Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, de Évora.

Informação aos alunos, sobre o estudo:

O estudo, intitulado O Processo de Cuidados de Enfermagem na Saúde Escolar, pretende conhecer a intervenção dos enfermeiros nas escolas. Os enfermeiros também trabalham nas escolas, sendo muito importante, conhecer a opinião dos alunos sobre este tipo de trabalho que os enfermeiros realizam. Para isso, a autora necessita observar a interação dos enfermeiros com os alunos em sala de aula, e entrevistá-los posteriormente. A tua opinião será fundamental.

A observação, decorrerá na escola, em sala de aula. A entrevista decorrerá na escola (em período não lectivo, em local a combinar: biblioteca da escola ou outro), tendo como objectivo conhecer a tua perspectiva pessoal sobre o trabalho dos enfermeiros na tua escola.

O teu representante legal (pais, encarregado de educação ou tutor) tem conhecimento deste pedido e autorizou-te a participar.

Aceitando participares neste estudo, a autora respeitará as seguintes condições:

- A tua participação, acontece com conhecimento e autorização do teu representante legal (pais, encarregados de educação ou tutores), através da assinatura do presente documento;
- A tua participação neste estudo é voluntária, podendo desistires a qualquer momento sem qualquer prejuízo;
- Garantirei o teu anonimato e a confidencialidade das informações transmitidas;
- As informações obtidas são utilizadas somente para este estudo tendo fins estritamente científicos;
- As entrevistas implicam gravação áudio (MP3) pedindo-te, também neste documento, consentimento prévio para o efeito. Estes registos serão destruídos no final do estudo;
- A qualquer momento poderás pedir à autora esclarecimentos adicionais sobre o estudo;
- Poderás contactar a autora a pelo telefone institucional ou mail (disponibilizados no final deste documento).

Assim, informado das condições anteriormente referidas e dos objetivos deste estudo, declaro que voluntário-me para participar, sendo entrevistado e/ou observado, não tendo sido sujeito a quaisquer pressões para o efeito.

Eu, _____ Assinatura do Aluno: _____

Assinatura do Representante Legal: _____ Data: ____/____/____

Assinatura da autora: _____

(Paula Leal)

Contato Institucional:

Escola Superior de Saúde, Campus do IPS, Estefanilha, Edifício da ESCE
2914 - 503 Setúbal | Portugal
Tel: +351 265 709 300
Fax: +351 265 709 392

APÊNDICE II – Exemplos da construção da amostragem teórica

Apêndice 1 - CATEGORIA MAJOR: Situando-se na Simultaneidade de Mundos1 - Mundo da Escola, Mundo dos Adolescentes na Escola, Apreendendo o Mundo Familiar na Escola

Excertos das Fontes de Dados (exemplos)	Códigos/Conceitos	Subcategorias
<p><i>Situando-se no Mundo da Escola, Obtendo Elementos Caracterizadores</i> <i>Conhecendo e adaptando-se ao Mundo da Escola</i></p>		
<p>“(...) Isto é um mundo!” (V.Enf.SE6)</p> <p>“(...) Também é difícil para os enfermeiros a questão de estar em várias escolas (imperceptível), porque as escolas estão em ritmos diferentes, têm aspirações diferentes e depois o enfermeiro tem que dar resposta a tudo, em contextos distintos...” (FG-ENA9,1)</p> <p>“(...) Mas aqui, há escolas com realidades diferentes.” (V.Enf.SE1)</p> <p>“(...) Gostaria mais que ele fosse o nosso (Risos). Eu pensei muito, sinceramente era o ideal. Tem que estar a dividir com outras escolas.” (FG-AE8,3)</p> <p>“(...) conhecer a escola...” (FG-AE6)</p> <p>***</p> <p>“(...) Sim. Isto é o agrupamento. Isto é o mesmo agrupamento ... a ... EB 2,3 e tem a EB1, fazem parte do mesmo agrupamento. A secundária ... à parte.” (V. Enf.SE4)</p> <p>“(...) É uma escola que é considerada uma escola TEIP, portanto num território educativo de intervenção prioritária.” (V.Enf.SE5);</p> <p>“(...) A escola TEIP (EB 2,3 e Secundária) em termos de espaço físico é espaçosa, limpa e cuidada.” (NC: Obsv1. Enf_SE6_250516)</p> <p>“(...) nós somos uma escola com mais de 1300 alunos.”; (...) somos uma escola do 7º ao 12º ano, se calhar não temos os problemas associados aos meninos mais pequenos e traquinas...” (FG_ENA9,1)</p>	<p>Cada Escola é um Mundo</p> <p>Enfs. SE colaboram com vários AE`s/ENAs</p> <p>Entram e necessitam adaptar-se sistematicamente a “mundos diferentes” ou seja, compreende-se que as realidades de cada Escola são contextos distintos e, portanto os Enfs. SE necessitam “situar-se” simultaneamente nos contextos, pedidos, pessoas, culturas organizacionais, ...</p> <p>Conhece as <u>tipologias de escolas</u> dos AE`s /ENA`s e programas específicos</p> <p>Agrupamentos de Escolas são constituídos por escolas básicas e secundárias</p> <p>Número de alunos da ENA Mais de 1300</p>	<p>Referindo que cada Escola é um Mundo</p> <p>Conhecendo a constituição dos AE`s e ENA`s:</p> <p>Estando em Escolas Não Agrupadas</p> <p>Estando em várias Escolas de vários AE`s: escolas 2/3 CEB; Escolas 3CEB/secundário; Escolas TEIP</p> <p>Conhecendo Escolas com ritmos diferentes</p> <p>Conhecendo Escolas com aspirações diferentes</p> <p>Escolas com realidades diferentes</p>

Conhecendo o Mundo Físico da Escola

<p>***</p> <p><i>“(…) Bem, pensando nos agrupamentos de escolas e nos atendimentos em que faço em todas as escolas de segundo e terceiro ciclo e secundárias do concelho. (...) “É uma escola que é considerada uma escola TEIP, portanto num território educativo de intervenção prioritária ... tendo em conta também a zona rural e a problemática que foi identificada em relação à própria escola e aos alunos. E, todas as semanas estou duas horas nesse gabinete, a fazer atendimento aos adolescentes.</i></p> <p><i>É uma escola de segundo e terceiro ciclo, portanto tem meninos de quinto, sexto, sétimo, oitavo e nono (...)” (V. Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(…) Por outro lado, onde a escola está integrada, os pais têm noção dos cuidados básicos nesta escola e não temos aqueles surtos problemáticos que existem noutras escolas, pronto, de miúdos, de pessoas que às vezes não sabem ... tratar bem dos filhos.” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“(…) Ao portão da escola...” (NC: Obsv1. Enf_SE6_250516)</i></p> <p><i>“(…) Entramos no edifício principal da escola (...) chegamos ao gabinete de orientação disciplinar (...); “(...) dirigimo-nos para o gabinete de atendimento.” (NC: Obsv1. Enf_SE6_250516)</i></p> <p><i>“(…) espaço da sala de convívio.” (NC: Obsv1. Enf_SE5_311016)</i></p> <p><i>“(…) Chegamos a um pavilhão da escola e subimos para o 1º andar. Está a terminar o intervalo, os alunos concentram-se às portas das salas de aula existindo um ambiente ruidoso e alegre.”</i> (NC: Obsv1. Enf_SE7_101116)</p> <p><i>“(…) Percorremos um bom espaço de terreno do recinto exterior da escola,” (NC: Obsv1. Enf_SE6_250516)</i></p> <p><i>“(…) É num Gabinete que temos na, ... na escola.” (V.Enf.SE7)</i></p> <p><i>“(…) alguns alunos que frequentam a unidade de multideficiência...”</i> (FG-AE8,3)</p>	<p>localização geográfica das escolas: região rural ou urbana</p> <p>Identifica os <u>Locais da Escola</u></p> <p>“<u>espaços formais</u>”: gabinete da Direção, gabinete de Psicologia e Orientação Disciplinar, gabinete de Acção Social Escolar, gabinete de Apoio ao Aluno, biblioteca e, nas salas de aula (regulares, de laboratórios ou oficinas);</p> <p>“<u>espaços informais</u>”: o pavilhão polivalente ou sala de convívio com bar e refeitório, nos átrios e corredores, e no espaço exterior aos edifícios (recreio).</p> <p>Portão da Escola</p> <p>Edifício central da escola,</p> <p>Gabinete de orientação disciplinar e gabinete de atendimento.</p> <p>Sala de convívio</p> <p>Pavilhão (monobloco)</p> <p>Salas de Aula</p> <p>No piso térreo do pavilhão da escola</p> <p>Recinto exterior da Escola</p> <p>Unidade de Multideficiência</p>	<p>Identificando a região geográfica das escolas: rural ou urbana</p> <p>Identificando o contexto em termos físicos:</p> <p>Locais da Escola formais “espaços formais”</p> <p>Locais da escola informais “espaços informais”</p> <p>Conhecendo Escolas com e sem Espaços previsto para atendimento:</p> <p>Escolas com gabinete de apoio ao aluno: gabinete com localização discreta, fora ou dentro da escola.</p> <p>Escolas sem gabinete de apoio ao aluno</p>
--	--	---

<p>***</p> <p><i>“(…) junto dos professores, junto dos assistentes operacionais que também no meu ponto de vista são quem conhece melhor os adolescentes no espaço recreio e os professores conhecem na sala de aula, e eles têm uma percepção diferente das relações entre eles no espaço de recreio.” (V.Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(…) foi-nos atribuído um espaço para fazer esse atendimento que é fora da estrutura física, inicial, da escola portanto são monoblocos como a escola os designa, mas são contentores climatizados que ficam fora da estrutura. De qualquer forma como não fica próximo das salas de aula nem da sala dos professores nem do pbx, portanto, facilita a ida dos adolescentes, dos alunos aquele atendimento.” (V. Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(…) Não tenho um Gabinete ... não, não. Na infraestrutura da escola, também, não tem um local para, ..., não comporta um sítio, porque houve uma altura que a gente até falou nisso. Não comporta um sítio. Pelo menos aquela escola não tem..., ...um local.” (V.Enf.SE2)</i></p> <p><i>“(…) Bem, pensando nos agrupamentos de escolas e nos atendimentos em que faço em todas as escolas de segundo e terceiro ciclo e secundárias do concelho. (...) “É uma escola que é considerada uma escola TEIP, portanto num território educativo de intervenção prioritária ... tendo em conta também a zona rural e a problemática que foi identificada em relação à própria escola e aos alunos. E, todas as semanas estou duas horas nesse gabinete, a fazer atendimento aos adolescentes. É uma escola de segundo e terceiro ciclo, portanto tem meninos de quinto, sexto, sétimo, oitavo e nono (...)” (V. Enf.SE5)</i></p>	<p>Recinto exterior</p> <p>Espaço recreio</p> <p>Salas de aulas</p> <p>Espaço próprio atendimento</p> <p>Fora da estrutura física da Escola</p> <p>Contentores climatizados</p> <p>Localização do espaço discreta, facilita ida dos adolescentes ao atendimento pela Enf.SE, porque é longe da sala de professores e do PBX</p> <p>Ausência de Gabinete de apoio ao aluno em algumas escolas, por dificuldades estruturais.</p>	
<p>Conhecendo os atores do Mundo Humano da Escola</p>		
<p><i>“(…) quarto ano na direcção...” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“(…) o Coordenador PES, a Direção Executiva (...) (V.Enf.SE7)”;</i></p> <p><i>“(…) com uma assistente técnica do agrupamento; ... A assistente social do agrupamento (...) (V.Enf.SE6)”;</i></p> <p><i>“(…) a Coordenadora de Educação para a Saúde e ... Diretores de Turma.” (V.Enf.SE2)</i></p> <p><i>“(…) surge uma professora que aborda a Enf.ª (é a vice-diretora)” (NC: Obsv1. Enf_SE5_311016)</i></p>	<p>Identifica <u>Atores da Escola</u></p> <p><u>Organização</u>: Escola (comunidade educativa) Direção Executiva.</p> <p><u>Grupos</u>:</p> <p>Conselho turma</p> <p>Conselho Geral</p>	<p>Conhecendo o contexto em termos humanos: os atores da Escola</p> <p>Organização Grupos</p>

<p>“(...) professores do Ensino Especial. (...) A técnica de Saúde Ambiental” (V.Enf.SE3)</p> <p>“(...) mesmo ao nível de técnicos de outras áreas de psicologia, técnicas de psicomotricidade e afins ...” (FG-AE8,1)</p> <p>“(...) temos psicóloga, temos assistente social.” (...) (V.Enf.SE8)”</p> <p>“(...) a ida dos adolescentes ...; a professora tutora; ... chegarmos então ao encarregado de educação; ... teve um professor ou alguma assistente operacional a dizer-lhe (...) (V.Enf.SE5)”;</p> <p>“(...) Achámos que deviam ser os grupos disciplinares...” (FG-ENA9,1)</p> <p>“(...) reunir com um grupo de alunas.” (NC: Obsv1. Enf_SE2_230516).</p> <p>“(...) trabalhámos com a turma...” (V.Enf.SE3)”</p> <p>“(...) para todo o Conselho de Turma ...” (V.Enf.SE2)”</p> <p>“(...) Fazem parceria connosco e pertencem mesmo à escola, à equipa, alias a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) faz parte do nosso conselho geral...” (FG-A8,1)</p> <p>“(...) Deixe-me só dizer que nós também fazemos parte do Conselho Geral da Escola e está sempre um representante do Centro de Saúde.” (FG1-Pais-EEs-RLs)</p> <p>“(...) enquanto direção, o que fazer nos conselhos de turma.” (FG-ENA9,1)</p>	<p>Famílias</p> <p>Grupos de alunos</p> <p>Grupos disciplinares de docentes</p> <p>Turmas</p> <p><u>Atores Docentes e não docentes:</u></p> <p>Adolescentes</p> <p>Assistentes operacionais</p> <p>Assistente Social</p> <p>Coordenadores operacionais</p> <p>Coordenadores PES</p> <p>Diretores de Turma</p> <p>Encarregado de Educação/Pais</p> <p>Enfermeiros (Eq.ª Saúde Escolar)</p> <p>Professores</p> <p>Professores da Educação Especial</p> <p>Professora-tutora</p> <p>Técnicos de Saúde Ambiental</p> <p>Técnicos de Psicomotricidade</p> <p>Terapeuta da Fala</p> <p>Vice-Diretora</p>	<p>Atores Docentes</p> <p>Atores não Docentes</p>
<p>Apreendendo o Mundo Humano da Escola</p>		
<p>“(...) A Escola é um ambiente protector para estas ... para as crianças ... sobretudo para estas crianças: altamente protector. (...)”</p> <p>“Tenho professores excelentíssimos, que se esforçam muito, e que eles é que são verdadeiramente cuidadores das crianças. (...) Tenho, neste momento, uma professora que está a acompanhar uma menina” (...)“Estas pessoas são pessoas cuidadoras e, a escola está cheia de pessoas cuidadoras. Porque se não fossem estas pessoas serem cuidadoras, se fossem lá simplesmente ser ... debitar matéria para as crianças, então a Escola não era o ambiente protector que é, não é? – Claro que também há professores que isto passa-lhes tudo ao lado, muitas coisas lhes passam ao lado.” (V.Enf.SE6)</p> <p>“(...) Portanto, o que nós pretendemos principalmente, é que ela continue na escola. Achamos que é um ambiente muito mais protector do que ... agora, simplesmente ..., treze anos: deixar de estudar, deixar de ir à escola que é, ... pronto, complicado, não é?”</p>	<p>Escola ambiente protetor p/ crianças</p> <p>Professores excelentes, Pessoas cuidadoras,</p> <p>muito esforçados,</p> <p>verdadeiros cuidadores das crianças,</p> <p>Escola cheia destas pessoas cuidadoras,</p> <p>Se fossem só “debitadores de matéria” a escola não era protetora</p> <p>continuidade da adolescente na escola, ambiente mais protetor,</p> <p>tem 13 anos,</p> <p>deixar de estudar é fator de risco p/ projeto de vida,</p> <p>acontecimento não significa suspender o seu percurso escolar</p> <p>Escola com poucos problemas</p> <p>Pais têm cuidados básicos</p>	<p>Complexidade do Mundo da Escola</p> <p>Escola Protetora com professores cuidadores</p> <p>Conhecendo Escolas com poucos problemas</p> <p>Acontecimentos e situações dos adolescentes</p>

<p><i>E, fazer-lhe ver que o facto de ter tido uma criança, nesta idade, não quer dizer que ela não consiga continuar a fazer o seu percurso escolar.” (V.Enf.SE6)</i></p> <p><i>“(…) Por outro lado, onde a escola está integrada, os pais têm noção dos cuidados básicos nesta escola e não temos aqueles surtos problemáticos que existem noutras escolas, pronto, de miúdos, de pessoas que às vezes não sabem ... tratar bem dos filhos.” (FG-ENA9,1)</i></p> <p>***</p> <p><i>“(…) os problemas estão aqui todos os dias dentro da nossa casa que é a escola.” (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) Esta escola integrada, portanto, neste espaço, tem tantas problemáticas ... tantas crianças com tantos problemas de ordem familiar, social, de integração, de inclusão..., tudo. E ... ao longo do ano, vão surgindo tantos problemas: uns em cima dos outros e, cada um mais grave que o anterior..., que a assistente técnica... A assistente social do agrupamento, teve ... está a pensar organizar (e, eu acho que isso faz todo o sentido) um grupo de trabalho (...) os professores identificarem aquelas situações de risco, de vários riscos ... que é para ela poder trabalhar antecipadamente, não é?” (V.Enf.SE6)</i></p> <p><i>“(…) Importante porque principalmente a maioria dos encarregados de educação não dão importância ao aspeto da saúde dos seus educandos...” (FG-AE9,2)</i></p> <p><i>“(…) Porque é assim ... os problemas ... a criança. Estas situações todas, são muitas vezes, identificadas na escola, não é?” (V.Enf.SE6)</i></p> <p><i>“(…) Esta pressão que existe sobre a escola e, portanto a instabilidade dos próprios professores, ...a falta de auxiliares, essa falta de..., Isto é, verbalizado muitas vezes por eles, também.” (V.Enf.SE7) “(…) As escolas estão muito sobrecarregadas com muitas intervenções externas. Isto, também tem que ser verdade..., Chega a uma altura, estas coisas começam ..., Há alturas, então, do ano que saturam profundamente. Eu, também percebo isso.” (V.Enf.SE6)</i></p> <p><i>“(…) Se a criança não reconhece na escola ... este ambiente, não sente este acolhimento na escola (... que também isto acontece ...),</i></p>	<p>Sem surtos problemáticos</p> <p>Problemas surgem na Escola, todos os dias</p> <p>Escola integrada em Local com problemas de ordem familiar, social, integração e inclusão.</p> <p>Maioria dos EEs não atribui importância à saúde dos educandos;</p> <p>Maioritariamente é a Escola que identifica os problemas das crianças e adolescentes</p> <p>Escolas estão sobrecarregadas Há muitas intervenções Determinadas alturas, saturam. Instabilidade de professores (devido à mobilidade docente), a falta de assistentes operacionais</p> <p>Se Criança não se sentir acolhida na escola por problemas intrínsecos à criança, ou problemas intrínsecos à escola, ou vários fatores conjugados SE tem papel muito importante aí</p>	<p>Conhecendo Escolas com muitos problemas</p> <p>Necessidade de intervenção intersetorial</p> <p>Escola refletora de problemas</p> <p>Escola substituta dos pais/EE's</p> <p>Escola diagnóstica</p> <p>Escola sobrecarregada</p> <p>Escola não acolhedora</p>
---	--	---

<p><i>E, isso pode acontecer por problemas intrínsecos da criança ou até mesmo da própria escola, ou então de uma conjugação de vários fatores..., aí eu penso que a saúde escolar tem um papel importantíssimo (...). Que os professores, depois não conseguem ver as coisas..., Eles estão sobrecarregados...,” (V.Enf.SE6)</i></p> <p>***</p> <p><i>“(...) E, teve acompanhamento da educação especial. Ela portanto foi ... manteve-se sempre ... neste momento também tem. Só que ... a mãe tem que autorizar que ela ... certas coisas e que não autoriza..., Portanto, que ela, das duas ... uma: agora passe a ir para o ensino profissional ou não. Portanto, nunca compareceu a uma única reunião, este ano, na escola, desde o momento que eu voltei a acompanhá-la na escola, à miúda ...,” (V. Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(...) Naquele caso específico, ... os alunos que têm dificuldades de aprendizagem e mau aproveitamento têm professor para os orientar nos trabalhos e não noutra situação. Embora outras escolas utilizam a terminologia para ser um tutor relativamente até a outra dimensão mais pessoal e familiar. Ali não.” (V. Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(...) E, isso é uma coisa preocupante, mas eu acho que tem a ver um bocadinho com este sistema de ... que é o exame e, que tem que ter a nota. Portanto, se calhar há aqui ..., Ainda ... da exigência em termos curriculares. E, eu acho que não é o currículo, não é por aí. Todos aprendem, mas todos aprendem de maneiras diferentes. E, eu acho que isso, a escola hoje não tem.” (V.Enf.SE7)</i></p> <p><i>“(...) Que é ... o aumento da escolaridade obrigatória, porque, portanto, no secundário ficariam os alunos que queriam seguir o secundário e as coisas eram muito mais organizadas..., ...fáceis. Hoje, como têm que estar até ao 12º, os que querem e os que não querem, as coisas complicam.” (V.Enf.SE7)</i></p> <p><i>“(...) Mas, as respostas..., mas eu acho que ainda ... precisamos de outras respostas formativas. Diferentes. Um vocacional, vocacionais, mais práticos, porque os cursos vocacionais continuam a ser essencialmente lectivos, no fundo. Fecham-se os miúdos ... numa sala de aulas, eles têm quase só conteúdos teóricos e, é aquilo que eles não gostam. E, portanto, era, mesmo os vocacionais, os PCA’s era preciso uma outra abordagem, porque, continua uma abordagem muito, muito conservadora.” (...) A escola está a ficar só com a parte que eles gostam menos, que é aula, professor, matéria ... e está muito formal, que é a escola antiga.” (V.Enf.SE7)</i></p>	<p>Educação Especial na Escola</p> <p>Necessita da autorização dos pais</p> <p>Pais não comparecem às reuniões</p> <p>Ausência decisória do poder parental: condicionamento ou interrogações sobre o futuro da adolescente</p> <p>Alunos com dificuldades de aprendizagem, Têm professor-tutor p/ orientar nos trabalhos da escola</p> <p>Outras escolas têm professor-tutor também para dimensão pessoal e familiar.</p> <p>Exigência(s) na escola, não é do currículo,</p> <p>todos aprendem de formas diferentes</p> <p>Escola não tem resposta (ofertas formativas) p/ as diferentes formas de aprendizagem</p> <p>Aumento da escolaridade obrigatória</p> <p>têm que estar até 12º ano;</p> <p>quem quer e quem não quer;</p> <p>coisas complicam-se (contrariedade)</p> <p>Necessidade de outras ofertas formativas; diferentes; mais práticas; cursos vocacionais mantêm-se Letivos; PCAs com outra abordagem</p> <p>Escola estrutura e edifício, não ensina.</p> <p>Aprendizagem decorre na Escola através da dimensão humana</p> <p>Inclusão é assunto novo, incompreendido,</p> <p>É questão de saúde mental</p>	<p>Problemas na dimensão pedagógica</p> <p>Descontinuidades na Educação Especial</p> <p>Obstaculização das aprendizagens e desenvolvimento integral dos adolescentes</p> <p>Professores-tutores p/ orientação escolar c/ adolescentes c/ dificuldades de aprendizagem ou pessoal/familiar</p> <p>Iniquidade de respostas do sistema educativo p/ adolescentes c/ dificuldades de aprendizagem</p> <p>Necessidade de Ofertas formativas vocacionais práticas</p>
---	--	---

<p><i>“(…) Dentro destes moldes da inclusão, porque não basta dizer às ... escolas. Porque a escola pode, a escola enquanto edifício, enquanto estrutura, de facto é, mas a escola não são paredes, são pessoas e as pessoas não são ... não percebem. (...) não percebem estas coisas e, isto é, novo, também, não é? Isto é, muito novo e é um sentimento que, também (...) aquele menino está ali a perturbar, não é? Isto é, uma questão de Saúde Mental ... trabalhar Saúde Mental.” (V.Enf.SE3)</i></p> <p>***</p> <p><i>“(…) Aliás, o plano do PES: o plano de atividades faz parte do plano anual de atividades da escola, que é um documento de gestão estratégico, associado ao seu projeto educativo.” (FG-AE6) “(...) é verdade que a escola tem projeto de Educação para a Saúde desde sempre que existe ... desde a gripe A, desde 2009. Eu não conheço antes.” (FG-AE8,2)</i></p> <p><i>“(…) E caíram áreas que para nós saúde, era bom para trabalhar as coisas, como a Área de Projeto. (...) o Estudo Acompanhado, tinham a Área de Projeto e isso permitia..., A Formação Cívica ... e isso permitia trabalhar algumas coisas que ajudavam depois nas outras. Agora é retirado esta, que eu acho que era uma inovação e que era uma maneira de os incentivar ... terem áreas e havia miúdos na Área de Projeto que eram ótimos. Aquilo era, era ... o bombom que os fazia gostar da escola ... hoje em dia ... é só aula massuda.” (V.Enf.SE7)</i></p> <p><i>“(…) Nós, agora, temos muita dificuldade, porque é o currículo e, não fica espaço. Portanto não se pode ..., na aula de matemática, não se pode ir e, portanto a nossa intervenção com a turma é muito mais descontinuada e cada vez mais pontual.” (V.Enf.SE7)</i></p> <p><i>“(…) foi há dois anos escolares, com uma turma de 11º ano, de Marketing (...) Portanto, era uma turma muito engraçada. Eles eram 22 alunos de Marketing e eles têm ... na, nos cursos profissionais, geralmente, são eles que fazem o projeto de Educação Sexual da turma e que escolhem uma vertente.” (V.Enf.SE7)</i></p> <p><i>“(…) Portanto, este ano ... estes meninos eram à quinta-feira na, na, na aula de Formação Cívica. Estes meninos da turma grande era,</i></p>	<p>Projeto Educação para a Saúde Projeto PES</p> <p>Alterações nos planos de estudos retiram disciplinas importantes para articular-se a EpS retiradas áreas inovadoras</p> <p>incentivavam os miúdos ótimos em área projeto bombom que fazia gostar da escola Fica aula “massuda”</p> <p>Existência de dificuldades Não há espaços curriculares EpS ficou mais descontinuada e pontual</p> <p>Projeto de Educação sexual de turma de Percurso escolar alternativo . Curso profissional</p> <p>Aula às 5ªs feiras com DT Formação cívica DT transmissora promovia importância da EpS</p>	<p>Impreparação para a Escola Inclusiva. Incompreensibilidade</p> <p>Conhecendo alterações dos planos de estudos: redução de disciplinas p/ espaços EpS</p> <p>Inexistindo tempos letivos específicos para a EpS</p> <p>EpS mais descontinuada e pontual no percurso regular</p> <p>EpS refém da importância atribuída pelos professores (DTs)</p> <p>Percurso alternativo, cursos profissionais, realizam Projeto EpS.</p>
--	--	---

<p><i>sempre, que eles tinham aula com a Diretora de Turma e, porquê? Porque, a Diretora de Turma é importante. E, ela própria ... conseguia, passou a mensagem ... aos outros professores". (V.Enf.SE3)</i></p>		
<p>Conhecendo os Adolescentes pelo Mundo na Escola</p>		
<p><i>"(...) Nós temos aqui este trabalho regular que foi direcionado para as unidades, para as duas unidades, segundo e terceiros ciclos e secundário, portanto temos meninos com autismo, temos meninos com outras síndromes que se inscrevem dentro desta perturbação, temos também doenças cognitivas graves." (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>"(...) um grupo de 12 jovens ... quando cheguei, deparei-me ... são miúdos muito heterogéneos com patologias de trissomia 21 ... jovens do espectro do autismo ..., com problemas a nível cognitivo ... jovens com paralisia cerebral ... estão nesta turma. (...) (V. Enf.SE3)"</i></p> <p><i>"(...) os problemas que por vezes têm, não só pela hiperatividade, como também problemas em ser gozado na escola, o bullying, casos de lutas, os traços físicos (...) os professores acabaram... não sabiam até eu vir á escola." (FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>"(...) Em sala de aula eram meninos muito conflituosos. Eram miúdos que abandonavam a meio da aula porque se enervavam, diziam eles. Porque o outro incomodava. Portanto, eles não conseguiam gerir as suas emoções e muito menos as emoções que tem a ver com, as suas relações ... com outros.(...) Apercebi-me que estes meninos tinham necessidades várias. Necessidades, não só, a nível da saúde individual. Era preciso perceber quais, quem eram, o quê que tinham, quais ... e as suas necessidades, não esquecendo que eles faziam parte de outra turma." (V. Enf.SE3)</i></p> <p><i>"(...) geralmente é uma criança ou que tem pouco aproveitamento, ou não se consegue sentar numa cadeira, na escola..., porque está desatenta..., porque... não se concentra..., porque tem dislexia..., porque vê mal..., porque ouve mal..., porque ..., mas geralmente é porque está desatenta." (VEnf.SE4)</i></p>	<p>Identificando adolescentes com repercussões na saúde devido a alterações neuro-desenvolvimentais, genéticas ou outras.</p> <p>Meninos c/ autismo; Meninos c/ outros síndromes (espetro do Autismo); Meninos c/ doença cognitiva grave; Meninos c/ trissomia 21 Meninos com paralisia cerebral</p> <p>Identificando adolescentes com repercussões na saúde devido a alteração da saúde mental</p> <p>Conflitos Dificuldades na gestão emoções Dificuldades na interação com os pares</p> <p>São várias situações Pouco aproveitamento, desatenção, inquietação, desconcentração; vê mal, ouve mal</p> <p>Identificando adolescentes com repercussões na saúde devido a alteração metabólica</p>	<p>Conhecendo os Adolescentes na Escola com condição de saúde alterada, através dos professores</p> <p>(1) doença crónica: - doenças do foro metabólico, neurológico, respiratório, oftalmológico; auditivo (...) (adolescentes c/ alergias; acne profundo; asma; diabetes NIT; diminuição acuidade auditiva, ou visual; dismenorreia; epilepsia; obesidade; neoplasia;) - perturbação neurodesenvolvimental (adolescentes c/ perturbação do espectro do autismo; c/ trissomia 21; c/ doença cognitiva grave; c/ paralisia cerebral); c/ perturbações da aprendizagem (dislexia, défice de atenção, hiperatividade)</p> <p>(2) Situação aguda/transitória da saúde mental (adolescentes c/ perturbação da ansiedade; tristeza; baixa de auto-estima; com</p>

<p><i>“(...) com dificuldades de integração nas turmas, situações às vezes de ...de bullying, também, de intra, e inter-turmas com todos os ... com a gravidade que depois isso tem.” (V.Enf.SE2)</i></p> <p><i>“(...) Sim. Ora bem, há algumas, há problemas de imagem. Às vezes começamos a ter grupos de adolescentes com ... comportamentos anoréticos ..., grupos de alguma discriminação às vezes entre uns e outros, ..., ..., uma preocupação excessiva com os exames e com as notas, mesmo dos miúdos ... e às vezes dos pais.” (V. Enf.SE7)</i></p> <p><i>“(...) uma menina com Síndrome de Down, depois de ter sido acompanhada pelo Ensino Especial e, foi para uma turma de ... 20 alunos” (V.Enf.SE8)</i></p> <p><i>“(...) aluna ... a frequentar o 8º ano ... já com retenções ... com 16 anos... e, comportamento ... em relação à automutilação. (...) (VEnf.SE5)”;</i></p> <p><i>“(...) A jovem sempre muito, muito apática (...) ela estava com sarna, também, ativa, o que era uma situação complicada, porque ..., Depois não veio com nenhuma..., indicação. (...) eu depois vim a descobrir..., Relativamente, outra vez à adolescente, que a menina sofria de um problema de ansiedade grave (VEnf.SE6)”;</i></p> <p><i>“(...) menino ... com 12 anos, tem diabetes tipo 1, diabetes tipo 1 ... já foi diagnosticado quando ele tinha ... 2 anos.” (V.Enf.SE2)”;</i></p> <p><i>“(...) porque está desatenta..., porque... não se concentra..., porque tem dislexia..., porque vê mal..., porque ouviu mal..., porque ..., mas geralmente é porque está desatenta (...)” (VEnf.SE4)”</i></p> <p><i>“(...) é uma jovem que ..., houve aqui um processo familiar muito complexo. Vivia com a mãe ... o pai muito interessado ... em outubro comunica-me que a filha estava já chumbada por faltas. (V.Enf.SE8)”;</i></p> <p><i>“(...) tenho um caso de uma menina, que comecei a seguir há 5 anos ..., tem atualmente quinze anos, perto de dezasseis ..., menina com</i></p>	<p>Identificando adolescentes com repercussões na saúde devido a condições de saúde física</p> <p>Adolescente com retenções</p> <p>Maioria relacionadas com questões comportamentais anti-sociais e de indisciplina graves</p> <p>Absentismo Escolar</p> <p>Situações de doença sem acompanhamento parental adequado</p> <p>Absentismo escolar</p> <p>Absentismo a consultas</p>	<p>comportamento autolesivo; c/ comportamento anorético; c/ comportamento oposição; c/ apatia; c/ ideação suicida; c/ crises de pânico; com dificuldade na gestão de emoções; gravidez adolescente; consumos com e sem substâncias; Não aceitação da diferença: estigma; preconceito; humilhação; bullying intraturma e interturmas, cyberbullying; comportamentos sexual desprotegido; violência no namoro...)</p> <p>(3) Situação social (adolescentes c/ comportamento de indisciplina ou anti-social grave; absentismo escolar; sem acompanhamento parental adequado: aparência, higiene e vestuário descuidados; c/ fome; em luto; como cuidadores informais; impedidos de estudar; Dificuldades de relação c/ pares; dificuldades de adaptação à escola-turma; sujeitos a abusos: trabalho e sexuais; Histórico de retenções e insucesso escolar; residem longe da escola-contexto rural;</p> <p>(4) Situação Escolar Sucesso; Insucesso; histórico de retenções; inteligentes mas não aprendem/dificuldades aprendizagem; absentismo</p>
--	--	---

<p><i>Têm é que conseguir viver na sua diferença e sentir-se respeitados ... e fazer-se respeitar com a sua diferença, não é? Exatamente. Diversidade. E, se aprendemos de maneiras diferentes ... aceitámos. E, se calhar somos melhores, porque somos muitos, porque a essência da vida começa de uma forma heterogénea, não é homogénea ... é um espermatozoide e um óvulo..., ... não são dois espermatozoides.” (V. Enf.SE3)</i></p>		
<p>Aprendendo o Mundo Familiar dos Adolescentes</p>		
<p><i>“(…) Como no outro dia fizemos uma reunião aqui, por exemplo na secundária, em que uma menina tinha o pai em fase terminal. E, era ela que cuidava do pai. Era ela que lhe prestava os cuidados de higiene (...)” (V.Enf.SE1)</i></p> <p><i>“(…) ela farta-se de trabalhar, o pai não a deixa estudar. Ela farta-se de trabalhar lá no campo e a madrastra também. Está sempre a dizer-lhe que ela tem que fazer isto, aquilo e o outro. E ela dizia que sim, com a cabeça...” (V.Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(…) E, teve acompanhamento da educação especial. Ela portanto foi ... manteve-se sempre ... neste momento também tem. Só que ... a mãe tem que autorizar que ela ... certas coisas e que não autoriza...,. Portanto, que ela, das duas ... uma: agora passe a ir para o ensino profissional ou não. Portanto, nunca compareceu a uma única reunião, este ano, na escola, desde o momento que eu voltei a acompanhá-la na escola, à miúda ...,.”(V.Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(…) É ... como é que se diz? «cada tiro, cada melro» (riso). E, tudo ... quando se começa a falar do contexto familiar ... são tudo pais não cuidadores.” (...) “Ou porque estão separados e não se entendem. Ou estão desempregados, ou ele desempregou-se e, ou ela...,. Ou vieram de fora: imigrantes ... e, depois um dos cônjuges desapareceu: ou a mãe ou o pai...,. E, depois, são situações... já estive cá o irmão. O irmão, mais velho já foi assim, tem este problema. Alguns, com problemas graves de aprendizagem. Uns são mesmo cognitivos ... e, porque... ou de desenvolvimento. Outros, não se percebe.” (V.Enf.SE6)</i></p> <p><i>“(…) O pai, os pais são, estão divorciados. O pai muito preocupado com a situação da filha e a filha queria estar com a mãe (...) porque com o pai havia regras.” (V.Enf.SE8)</i></p>	<p>Adolescente cuidadora do pai com doença terminal</p> <p>Adolescentes impedidos de ir à escola para trabalharem no campo</p> <p>Apoio Ed. Especial, Ausência decisória do poder parental,</p> <p>Causas físicas são pouco prevalentes, existe associação entre contextos familiares pouco estruturados, pais não cuidadores, com a perturbação vivida por estas crianças</p> <p>Identificação de factores causadores da falta de estrutura familiar: divórcio, desemprego, imigração, desaparecimento de um cônjuge ...</p> <p>Educação Especial na Escola</p> <p>Necessita da autorização dos pais</p> <p>Pais não comparecem às reuniões</p>	<p>Contornos do abandono adolescente:</p> <p>Abandono de referências</p> <p>Abandono de sustentação</p> <p>Abandono ético-moral</p> <p>Condicionamento ao desenvolvimento provocado pela família</p> <p>Transgeracionalidade das problemáticas</p> <p>Estilos parentais</p> <p>Estilo autocrático</p>

<p><i>“(…) Uma mãe... que... portanto, portanto, muito interventiva: ela é que fala, ela é que diz tudo, ela é que responde pela filha.” (V. Enf.SE6)</i></p>	<p>Mãe que responde pela adolescente; muito interventiva</p>	
<p>Conhecendo Dificuldades no Mundo da Escola</p>		
<p><i>“(…) Eu penso que muitas vezes, nas escolas se falha determinadas coisas é porque as pessoas não têm conhecimento de que existem, ou não têm conhecimento que têm que ser feitas: determinados passos.” (V.Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(…) como a enfermeira é só uma para tantas questões; (...) quando os próprios serviços não o permitem, porque já tivemos aqui uma situação em quase íamos perdendo a nossa enfermeira de Saúde Escolar porque tinha que estar muitas horas em trabalhos continuados, e víamo-nos muito aflitos. E começámos sinceramente a ver as coisas a andarem para trás.” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“(…) A parte do professor coordenador para a saúde..., está um pouco dúbia quais são as funções do professor coordenador para a saúde. E o que é que cada parte tem ou não que ... fazer... que têm a seu cargo, pronto. E, aqui nesta escola, o coordenador para a saúde está responsável por pensar nas acções de formação que se fazem, ou no projecto educativo ..., tudo o resto não existe ... pronto.” (V.Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(…) Regras. Que esteja bem definido qual é o papel de cada pessoa. E que sejam iguais. Uma orientação., exato. Tem de ser das duas áreas..., senão não é entendida. Tem que ser sempre em parceria e, deveria ser, uma articulação.” (V.Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(…) E, agora esta parte do professor coordenador para a saúde, levantou em muitas escolas, alguma confusão . Em principio será o, a pessoa que faz o intercâmbio, faz a ponte entre a escola e a saúde. Portanto, deveria ser aquela pessoa..., ou então se não é nestes campos, deveria haver alguém com esse papel..., a especificar melhor...” (V.Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(…) Por outro lado, a direcção também não tem um relacionamento assim tão ... às vezes não tem noção: o entregar a</i></p>	<p>Falhas na Articulação</p> <p>Por desconhecimento do que precisa ser feito</p> <p>Desconhecimento de passos a dar</p> <p>Rácio desproporcional para necessidades</p> <p>Decisões ACeS de alocar Enfs. SE para cuidados continuados</p> <p>Indefinição de funções nas Escolas (Coord. PES: quem faz o quê???)</p> <p>Escolas diferentes, funções distintas</p> <p>Direções pouco presentes e dificultadoras da articulação</p> <p>Necessidade de definição ou clarificação de papéis</p> <p>Coordenador PES realiza intercâmbio entre Escola e Saúde</p> <p>Direções que não facultam dados dificultam a intervenção da SE</p> <p>Intervenção Enf.SE: Pedir as listas dos alunos, a cada escola (como motivo das reuniões)</p>	<p>Experienciando descontinuidades na intervenção por decisões hierárquicas.</p> <p>Identificando Rácios desadequados.</p> <p>Vivenciando indefinição de funções face ao papéis de diversos intervenientes.</p> <p>Pedindo dados às escolas por ausência de dados na SE.</p> <p>Sentindo dificuldades na Articulação AE's e SE e na comunicação</p> <p>Obstaculização da informação da SE devido ao fenómeno da mobilidade docente</p>

<p><i>lista, o entregar os nomes, o facultar datas, o facultar dados, não é assim tão facilitado e..., isto .” (V.Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(...) Qual é o problema que nós nos temos deparado? – nós, técnicos da saúde escolar e a própria escola: é que os professores mudam todos os anos. Agora, neste momento ... num agrupamento é capaz de mudar de professores ... um número considerável de professores...,. Sim, exactamente. E, a informação depois já não passa.” (V.Enf.SE6)</i></p> <p><i>“(...) Dizem, no primeiro ano: olha, temos que dizer que existe uma enfermeira de saúde escolar. Há saúde escolar, a enfermeira: se tiveres algum problema. Já sabes que podes ligar... ou podes... falar com a professora, que é adjunta da direcção (...). Tens sempre que preencher este papelinho. Ou, então telefonas e marcas uma reunião com..., (pausa) “Depois, diz-se no primeiro ano. No segundo já não se diz. Ou uma escola até diz sempre, e outra já não diz.” (V.Enf.SE6)</i></p>	<p>Mudança considerável de professores por agrupamento, Informação depois não passa</p> <p>Processo de veicular a informação: dizem no 1º ano, Existe SE, existe Enf.SE, perante problemas, contactar professora adjunta da direcção, preencher papelinho telefonar a marcar reunião, Informa-se no 1º ano e já não no 2º ano, Uma escola informa sempre, e outra não</p>	
--	---	--

Apêndice 2 – CATEGORIA MAJOR: **Interconectando o Cuidado Terapêutico**

Excertos das Fontes de Dados (exemplos)	Códigos/Conceitos	Subcategorias
Condutibilidade da Ajuda		
<i>Sendo Contatados e Recebendo Solicitações dos atores da escola: Conhecendo Motivos da Solicitação</i>		
<p>“(...) Enquanto estamos naquele espaço, dois professores que passam ali, cumprimentam a enfermeira e dizem-lhe que precisam falar com ela” (NC: Obsv1. Enf_SE2_230516).</p> <p>“(...) Toca para a entrada, os alunos correm para as salas e, nesta azáfama, a diretora da escola encontra a enfermeira e solicita que ela a acompanhe por causa da situação de uma aluna. No caminho para o gabinete da direção, ao longo dos corredores, explica a situação.” (NC: Obsv1. Enf_SE5_311016)</p> <p>“(...) No caminho de regresso do gabinete da direcção para o gabinete da saúde, encontra-se uma assistente operacional com um aluno com queixas no membro superior direito, após queda no recreio.” (NC: Obsv1. Enf_SE5_311016)</p> <p>***</p>	<p>Interpelação: através de interações direta com diversos atores da escola</p> <p>Contato presencial por professores</p> <p>Contato e Solicitação presenciais, pela diretora da escola</p> <p>Contato e solicitação de AO e adolescente</p>	<p>Sendo contactado presencialmente</p>
<p>“(...) E, como já foi dito, depois temos sempre a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) disponível as vezes que precisamos de alguma ajuda, para perceber o que é que está a acontecer ou de que forma que podemos resolver, ela não pode estar presente mas o telefone, a mensagem, o email, tudo funciona.” (FG-AE6)</p> <p>“(...) também, neste momento a relação é muito próxima em termos de ..., é fácil, neste momento dialogarmos ... por e-mail, por telefone, presencialmente, pronto.” (FG-AE8,3)</p> <p>***</p>	<p>Contato à distância por telefone, mensagem ou email</p>	<p>Sendo contactado à distância</p>
<p>“(...) Foi marcada uma reunião com a Enf.ª SE, a Coordenadora PES e um Professor Diretor de turma devido a uma situação de um aluno que veio</p>	<p>Solicitação planeada</p>	<p>Recebendo solicitações planeadas</p>

<p><i>transferido de outra escola.” (NC: Obsv3. Enf_SE6_081116)</i></p> <p><i>“(…) Como é que eu conheci, por exemplo, o adolescente (omissão do nome do adolescente? Fui à escola. É. Exatamente. Fui à escola. Primeiro fui ter com a Diretora de Turma ... e a Diretora de Turma é que me apresentou o adolescente. Pronto, foi a Diretora de Turma.” (V. Enf.SE2)</i></p> <p><i>“(…) E, este ano numa aula de Cidadania, fui chamada para fazer uma, uma formação na área de Educação Sexual. Eram jovens ... jovens que estão, que têm ... currículo ... social e individual e penso até que a palavra social não é correta, mas entretanto ao longo da entrevista, posso-me lembrar. E, deparei, esses é um grupo de doze jovens com os problemas da ... de jovens entre os 16 e os 20 anos que estão integrados em várias turmas e que um dia por semana se juntam e numa aula, numa disciplina que é Cidadania” (V.Enf.SE3)</i></p> <p><i>“(…) reunião de planeamento entre a equipa PES da escola e a equipa de SE do ACES (a equipa de SE, nesta reunião está representada por: médico de saúde pública, enfermeira, psicóloga e técnica de saúde ambiental).” (NC: Obsv5. Enf_SE5_311016)</i></p> <p><i>“(…) A Enf.SE2 chega à escola durante um intervalo entre aulas. Uma aluna (16 anos) junto ao portão acena-lhe e pergunta: a enfermeira vai estar lá hoje? (referindo-se ao gabinete). Enf.ª: responde que sim e diz-lhe que ela pode lá ir ter.” (NC: Obsv4. Enf_SE2_141116).</i></p> <p><i>“(…) Enquanto deambulamos pelo espaço da sala de convívio, surge uma professora que aborda a Enf.ª (é a vice diretora) que lhe faz um pedido de ajuda (...) a vice-diretora solicita a ajuda da Enf.ª da SE sobre a</i></p>	<p>Sendo solicitada para participar numa reunião devido a situação de adolescente</p> <p>Solicitação planeada</p> <p>Sendo solicitada para conhecer Adolescentes com doença crónica e neurodesenvolvimental</p> <p>Solicitação planeada</p> <p>Sendo solicitada para fazer Formação em EpS a adolescentes com NEEs</p> <p>Solicitação planeada</p> <p>Reunião de planeamento PES-SE</p> <p>Solicitação inesperada</p> <p>Solicitação inesperada de Adolescente</p> <p>Solicitação inesperada</p>	<p>Solicitação por interpelação ou contato à distância</p> <p><u>Explicitam</u>: dia, hora, local da interação, atores intervenientes e motivo da solicitação;</p> <p>Antecipam a previsibilidade da interação acontecer em <u>espaços formais</u>, em termos dos locais da escola</p> <p>Recebendo solicitações inesperadas</p> <p>Ocorrem presencialmente no espaço da escola, sendo os enfermeiros abordados diretamente pelos atores da escola.</p> <p>Conhecendo Motivos e Atores da escola que realizam as solicitações</p> <p>independentemente de ser planeada ou imprevista</p> <p><u>Principais motivos de solicitações</u>:</p> <p>Escola fazer pedidos de ajuda devido a acontecimentos com adolescentes que impliquem uma condição de saúde alterada, perda de rendimento escolar, situação familiar ou social que resulte em experiência de sofrimento para estes e que a escola não consiga resolver sozinha; ou pedidos de colaboração na Promoção</p>
--	--	--

<p>situação de um jovem de 15 anos.” (NC: Obsv1. Enf_SE5_311016)</p> <p>“(…) Toca para a entrada, os alunos correm para as salas e, nesta azáfama, a diretora da escola encontra a enfermeira e solicita que ela a acompanhe por causa da situação de uma aluna. No caminho para o gabinete da direcção, ao longo dos corredores, explica a situação.” (NC: Obsv1. Enf_SE5_311016)</p>	<p>Ida à escola por decisão autónoma dos Enfs.SE p/ validar dúvidas ou resolver situações</p> <p>Solicitação inesperada</p> <p>Interpelação da Enf.SE</p> <p>Espaço informal da escola</p> <p>Solicita que a acompanhe para apresentar situação de aluna</p> <p>Explica a situação ao longo do percurso</p>	<p>e Educação para a Saúde, ou para Formação dos atores da escola;</p> <p>Pedidos de colaboração para atendimentos; ou pedidos de articulação (...)</p> <p><u>Atores da escola que realizam as solicitações aos Enfs. SE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - adolescentes (individualmente) - adolescentes pares - assistentes operacionais - assistente social - assistente operacional - professora coordenadora PES - professores - professores DTs - pais/EE`s - Psicólogas -Turmas (através dos professores) - vice-diretora (...)
<p><i>Recebendo Pedidos de Ajuda (Todos as tipologias de Pedidos de Colaboração)</i></p>		
<p>“(…) continua sempre disponível com a sua agenda sempre a anotar aqueles que são os nossos pedidos, e as nossas necessidades, e as nossas vontades, tem sido mesmo um trabalho muito positivo e fundamental.” (FG-AE6)</p> <p>***</p> <p>“(…) Às vezes são propriamente dúvidas que eles têm. Às vezes não é propriamente o pedido de consulta ... querem expor uma dúvida. Muitas vezes é porque o amigo tem a dúvida ... e às vezes não é amigo nenhum ... é para eles mesmos. Mas é muito na base da dúvida que querem ouvir se é mesmo assim, se eu fizer assim estou a fazer bem....” (V.Enf.SE7)</p>	<p>Recebendo pedidos</p> <p>Necessidades e vontades</p> <p>***</p> <p>Pedido adolescente é “indireto”</p> <ul style="list-style-type: none"> - não personalizado - relacionado com dúvidas ou desconhecimento(s) - querem validar as “opções/decisões” - maioritariamente questões no âmbito da sexualidade 	<p>Os enfermeiros SE recebem pedidos da escola</p> <p>***</p> <p>Pedidos Co-educacionais dos Adolescentes</p> <p>Conhecendo o Formato do Pedido de Ajuda dos Adolescentes</p>

<p><i>“(…) Eu acho que os enfermeiros são bastante importantes porque, às vezes, há falta de conhecimento, ou o conhecimento não é bom: o que se tem. E eles esclarecem as dúvidas e ajudam (...) ... Porque podemos adquirir mais conhecimentos e eles podem-nos ajudar a esclarecer as dúvidas.” (FG1-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(…) porque, pronto, os nossos pais não são os mais informados nestes aspetos, e são coisas importantes que e... com que nós nos vamos deparar quando entrarmos na puberdade, sobretudo.” (FG1-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(…) Acho que é mesmo a experiência. A experiência, o à vontade, o conhecimento mais alargado. Os professores sabem tudo muito teórico, mas é mesmo só isso, é só mesmo teórico. O enfermeiro movimentar-se no meio, dentro destas coisas e, pronto, acaba por ter um conhecimento mais prático ... mais real...,” (FG3-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(…) Porque são especializados nessas áreas! têm experiência. Podem ensinar a gente (...)” (FG2-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(…) Porque acho que é importante promover os ideais corretos para nós, da nossa idade, porque somos jovens e é nesta idade que nós começamos a construir, ... digamos, a nossa vida ..., sim. E é importante promover aquilo que está certo.” (FG2-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(…) Nós somos crianças, não sabemos nada sobre saúde, estamos em crescimento.” (FG1-Adolescentes)</i></p>	<p>- em grupo conseguem colocar questões por ser ambiente contentor</p> <p>Enfs. SE na escola são importantes Esclarecem dúvidas e ajudam</p> <p>Os pais não são muito informados na saúde sexual E precisam saber deste assunto quando entrarem na puberdade.</p> <p>Enfs. SE têm experiência Conhecimento alargado e “à vontade”.</p> <p>Professores têm conhecimento teórico. Enfs. SE são profissionais da prática da saúde Têm conhecimento prático e real Transmitem conhecimento e têm experiência para poder ensinar</p> <p>Importa promover ideais corretos Nesta idade jovem iniciam a construção da sua vida Aceitando a promoção de conhecimento correto</p> <p>Assumem desconhecimento sobre saúde, por estarem em crescimento</p>	<p>Conferindo credibilidade aos Enfs. SE para os ensinarem, porque são experientes na saúde e Profissionais destas áreas</p> <p>Descredibilizando os pais Nesta área de saber Considerando o conhecimento dos professores nesta área muito teórico</p> <p>Conotando conhecimento experiencial aos Enfs. SE devido à sua prática profissional ser no ambiente da saúde e, terem o “à vontade” pelo conhecimento prático e real</p> <p>Sentindo importância do conhecimento da saúde em geral para a promoção da saúde, para a vida.</p> <p>Identificando desconhecimento sobre assuntos</p>
---	---	---

<p>“(...) abordar um pouco o que ... a importância da educação física para a saúde...: do aquecimento, do alongar e, no final, a mesma coisa ... se acontecer X ou Y... o que é que temos que fazer... há muito a dúvida do... ponho gelo? ponho água quente?” (FG3-Adolescentes)</p> <p>---</p> <p>“(...) Portanto, muitas destas dúvidas são na área de saúde sexual e reprodutiva, que é muito mais fácil porque aqui é muito mais incógnito, é um ambiente que estão todos e ninguém está contra, do que irem ao centro de saúde.” (FG-AE8,1)</p> <p>“(...) Falam de relações sexuais. Sim. Porque é que é importante? Então, para ... para não arranjarmos problemas aos nossos pais..., Para nos alertar.” (FG2-Adolescentes)</p> <p>“(...) Sim. Há muitas dúvidas que nós temos. Eles dizem lá “factos ou mitos”, mas também dizem coisas que estão a ser descobertas de momento, então nós podemos ir perguntar ... podemos estar a ver aquilo e ir perguntar a um enfermeiro que esteja na escola.” (FG1-Adolescentes)</p> <p>“(...) porque na internet ... é diferente de falarmos cara a cara com uma pessoa. E lermos na internet, onde se pode escrever tudo e toda a gente pode escrever tudo, acho que é completamente diferente..., Temos mais segurança.” (FG3-Adolescentes)</p> <p>“(...) Porque, às vezes, quando alguém que faz uma pergunta que pode parecer assim um bocadinho mais parva ... depois há pessoas que fazem aquela cara tipo ... [Nota: aparente expressão de gozo, desagrado ... (a deprender da expressão facial da adolescente)] e acho que a enfermeira não faz isso e acaba por ... abordar tudo com a maior normalidade” (FG3-Adolescentes)</p> <p>---</p>	<p>Maioria das dúvidas são no âmbito da saúde sexual</p> <p>Abordagem na escola é 238acilitador</p> <p>Abordam a educação sexual</p> <p>Assunto importante para estarem alerta e prevenirem riscos</p> <p>Têm muitas dúvidas</p> <p>Precisam validar com Enfs. SE</p> <p>Procuram informação na internet</p> <p>Ficam inseguros com a informação da internet</p> <p>Preferem falar presencialmente com pessoas</p> <p>Têm maior segurança</p> <p>Alguns adolescentes colocam questões diferentes</p> <p>Enfs. SE aceitam todas as questões colocadas e abordam tudo com normalidade</p>	<p>da saúde</p> <p>pedindo abordagem sobre importância da educação física e conhecimento mais prático</p> <p>Pedindo conhecimentos Específicos na educação sexual para prevenirem riscos</p> <p>Sentindo insegurança com as informações da internet, que precisam validar com pessoas</p> <p>Atribuindo aos Enfs. SE crédito para Poderem validar a informação da internet</p> <p>Aceitando todas as questões e respondendo com normalidade</p>
--	---	---

<p>“(...) SIDA. Mas também há outras ... por exemplo, podíamos falar sobre a diabetes porque não se sabe, um dia pode vir pessoas para a escola com diabetes e... (já deve de haver...) sim, e podemos ajudar.” (FG2_Adolescentes)</p> <p>“(...) Não devemos consumir..., O alcoolismo, o consumo de drogas. Álcool, tabaco”. Sim, mas isso não são doenças. Por exemplo, o cancro. (FG2-Adolescentes)</p> <p>“(...) Eu acho que ... eu acho que o assunto da violência no namoro, por exemplo, também se aplica muito principalmente à faixa etária desta escola, sim. ... violência doméstica, pronto todos os tipos” (FG3-Adolescentes)</p> <p>“(...) As doenças comuns da adolescência... nós devemos conhecer as doenças para depois ajudarmos os outros.” (FG2-Adolescentes)</p> <p>“(...) Isto é só a minha opinião, mas em termos de saúde eu acho que não devemos só preocuparmo-nos em termos só da saúde física mas também mais em termos de saúde mental, que acho que é um dos grandes problemas que existem sobretudo, pelo menos, cá em Portugal. O físico não é assim muito problemático, mas sim o mental e acho que é uma coisa que a escola devia batalhar para ajudar as crianças.” (FG1-Adolescentes)</p> <p>“(...) Nós nunca falámos sobre doenças mentais, na escola. Nunca ouvi falar sequer uma vez sobre uma doença mental, e acho que é uma coisa muito importante.” (FG1-Adolescentes)</p> <p>“(...) Eu acho que a intervenção deve ser mais tarde, não tao cedo, porque, prontos, nós não temos dúvidas, normalmente, por exemplo, na palestra da SIDA, quem fazia perguntas eram, normalmente, as pessoas que estavam no 11º, 12º, que já têm</p>	<p>Pedem abordagem das SepSs sobre doenças gerais (SIDA, Diabetes; cancro; consumos...)</p> <p>Para saberem ajudar</p> <p>Discordância entre abordagens dos temas</p> <p>Abordagem dos temas dos consumos</p> <p>Abordagem do cancro</p> <p>Abordagem da violência no namoro</p> <p>Todos os tipos de violência</p> <p>Abordagem das doenças comuns da adolescência</p> <p>Não centrar a atenção na doença física</p> <p>Enfatizar a abordagem da saúde mental</p> <p>Escola devia ajudar em termos de saúde mental</p> <p>Intervenção deve ser mais tarde</p> <p>Adolescentes mais velhos colocam questões</p>	<p>Pedindo outros temas</p> <p>Para as SEpSs nomeadamente conhecimento sobre várias doenças, consumos, todos os tipos de violência</p> <p>Pedindo abordagem particular sobre as doenças comuns da adolescência nas SepSs</p> <p>Atribuindo importância à Saúde Mental a ser abordada na escola e não ser só a dimensão física</p> <p>Referindo necessidade de adequar os temas e a intervenção</p>
--	---	---

<p><i>consciência do que é que se está a falar realmente, e dos problemas que aquilo realmente trás. Quando somos crianças aquilo é uma fantochada, estamos ali para perder tempo de aulas..., exatamente” (FG1-Adolescentes)</i></p> <p>---</p> <p><i>“(...) Porque mesmo que não conhecemos os outros enfermeiros, basta a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) dizer alguma coisa lá, ou nós dizermos que foi ela que marcou ajuda. Neste caso, ela marcou a consulta para ver se havia um problema ou não.” (FG3-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(...) É assim, se a adolescente ou os pais já sabem e quer marcar a consulta, ela vai com os pais e, pode-se marcar um planeamento familiar. Se, ela quiser algum sigilo, nós combinamos com o médico, com o enfermeiro da Unidade e, portanto, ela vai ... de acordo com aquela programação e ... pronto. Nós, depois, perguntamos se foi, se não foi e as colegas dizem: geralmente corre bem. E, as adolescentes vão e, e ficam lá com a sua situação ... resolvida.” (V.Enf.SE7)</i></p> <p>---</p> <p><i>“(...) ela veio uma vez à nossa turma falar sobre a sexualidade e..., Sim, e depois ajudou-nos...: tipo a ensinar como se faziam várias coisas,. Sim (risos). Eu lembro-me...” (FG1-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(...) Eu sinto-me incapacitada, sinceramente, porque eu não sei o que é que tenho que fazer. (...) Eu acho ..., Eu lembro-me que nós o ano passado falámos, pelo menos, numa aula sobre isso, de que se alguém tiver uma convulsão o que é que devemos fazer para salvar... e por açúcar debaixo da língua.” (G1-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(...) Sim ... Na turma, não. Mas conheço. Não tenho, mas também já tive. Eu conheço um que faz aqui na escola: que ele pica”; (...) Dos diabetes... de uma</i></p>	<p>Adolescentes mais novos vão às SEpSs para não terem aulas</p> <p>Não conhecem outros enfermeiros</p> <p>Enfs. SE ajudam adolescentes a aceder aos serviços de saúde</p> <p>Articulação com os serviços de saúde.</p> <p>Pais/EE's têm conhecimento, realiza-se a marcação de CPF</p> <p>Adolescente pede sigilo, combina-se ida à unidade</p> <p>Informa-se a adolescente</p> <p>Valida-se concretização da “consulta”</p> <p>Enfs. SE abordou a sexualidade na turma</p> <p>Ensinou a “fazer coisas”</p> <p>Adolescentes lembram-se</p> <p>Sentem-se incapacitados</p> <p>Recordam-se pouco das aprendizagens</p> <p>Confundem intervenções</p>	<p>em função da idade</p> <p>Pedindo ajuda aos Enfs. SE para saberem como proceder nos serviços de saúde</p> <p>Pedindo para aprenderem a intervir</p> <p>Sentindo-se incapacitados para agir.</p>
--	---	--

<p><i>baixa de... Depois... não sabemos como socorrê-lo. Chamamos os bombeiros ...” (FG2-Adolescentes)</i></p> <p>***</p>	<p>Desconhecem como socorrer adolescentes com hipoglicemia</p> <p>***</p>	<p>***</p>
<p>Pedidos Co-educacionais Dos pais/EE`s</p> <p><i>“(...) É assim, eu acho que é quem está diretamente na saúde, porque tem a percepção a nível de cada faixa etária, quais são as necessidades que existem para a promoção da saúde e quais os cuidados a ter para haver saúde. Portanto, nesse caso, estão mais acreditados...” (FG1-Pais-EEs)</i></p> <p><i>“(...) Cada faixa etária tem uma necessidade diferente, portanto nós como pais, pelo menos eu falo por mim, há certas coisas que nos passam ao lado não é? e que vamos acabando por não ter essa noção porque vamos crescendo, vamos deixando de ligar a uma coisa e ligamos a outra e acabam por nos ajudar possivelmente a especificar e a estar mais atentos a estas necessidades.” (FG1-Pais-EEs)</i></p> <p><i>“(...) Também trabalhar e explicar às crianças o que é que eles necessitam de fazer, o que é que devem ou não fazer, e que hábitos é que devem ter ou não para promover essa mesma saúde ... e têm noção para cada faixa etária qual é a necessidade que existe.” (FG1-Pais-EEs)</i></p> <p><i>“(...) Eu acho que é importante. Primeiro porque os próprios miúdos levam a informação que vocês lhes dão para casa e esse assunto pode ser logo debatido com os pais e também informar os pais... Por que</i></p>	<p>Profissionais de saúde estão acreditados para promoverem a saúde dos outros</p> <p>Sabem as necessidades de cada faixa etária e os cuidados a ter para haver saúde</p> <p>Enfs.SE sabem das necessidades de cada idade</p> <p>Ajudam pais a estarem atentos às necessidades dos filhos, em cada faixa etária</p> <p>Explicarem às crianças o que necessitam de saber e fazer para promoverem a saúde, de acordo com cada idade</p> <p>Os filhos transportam as informações para casa.</p> <p>Há debate entre pais e filhos</p>	<p>Conferindo credibilidade aos Enfs. SE educarem os filhos em Promoção da saúde</p> <p>Ajudando os Pais a focar atenção na saúde dos filhos a cada faixa etária</p> <p>Pedindo para os Enfs. SE Educaram os filhos sobre hábitos Promotores da saúde Explicarem de acordo com cada idade</p> <p>Ajudando a veicular o conhecimento em saúde, através da informação que os filhos levam para casa</p>

<p><i>nem todos os pais são detentores de todo o conhecimento, muito menos o de pessoas especializadas na área.” (FG1-Pais-EEs)</i></p> <p><i>“(…) Pois eu acho que muitas vezes são os nossos próprios filhos que não se sentem á vontade para falar connosco sobre certos temas nomeadamente a sexualidade que é um dos mais difíceis, às vezes pode também acontecer de terem vergonha de perguntar, ou de tirar uma dúvida.” (FG1-Pais-EEs)</i></p> <p><i>“(…) claro… há coisas que eles também não têm facilidade em contar aos pais.” (FG1-Pais-EEs)</i></p>	<p>Há aumento da informação e conhecimento</p> <p>Há aumento da comunicabilidade na família em assuntos de saúde</p> <p>Abordagem de assuntos que não têm facilidade em falar com os pais</p>	<p>Pedindo disponibilidade para poderem responder às dúvidas ou perguntas Dos filhos sobre sexualidade</p>
<p><i>“(…) são bastante importantes até porque o trabalho que eles realizam visa complementar um bocadinho aquilo que a educação pode fazer aqui na área da saúde.” (FG-AE6)</i></p> <p><i>“(…) há uma área específica que muitos de nós não dominamos, a maioria não domina, em termos de direção de turma, em termos daquilo que está planificado para a formação cívica: educação para saúde e muito mais, e os diretores de turma aderem e pedem mais, sempre mais. ” (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>“(…) Quando os grupos disciplinares não são de ciências esse problema é maior, porque os professores não têm tanto à-vontade para falar, por exemplo, de sexualidade, e de coisas assim não é? ” (FG-AE9,2)</i></p> <p>***</p>	<p>DTs referem não dominar a área específica (Ed. Sexual) na formação cívica. Os Grupos disciplinares de outras áreas (sem serem da área de ciências) têm maiores dificuldades e pedem ajuda na abordagem da Educação para uma sexualidade saudável com os adolescentes das suas turmas; DTs aderem e pedem mais colaboração Enfs. SE</p> <p>Pedidos de colaboração em complementaridade Pedagógica</p> <p>Na área da Educação Sexual, na disciplina formação cívica.</p> <p>Na área da Inclusão</p> <p>Na área da Alimentação</p> <p>Na área dos consumos</p> <p>Na área da indisciplina (prevenção da)</p> <p>***</p> <p><u>Colaboração em Planeamento:</u></p>	<p>Recebendo Pedidos de Ajuda de:</p> <p>Colaboração em Complementaridade pedagógica</p> <p>Compreendendo as dificuldades dos professores na concretização da abordagem letiva da educação para sexualidade saudável</p> <p>***</p> <p>Recebendo Pedidos de Ajuda de:</p>

<p><i>“(…) há escolas que fazem palestras para alunos e que juntam todos e fazem. Ele (referindo-se ao enfermeiro) vai individualmente a todas as turmas. Ou seja, o calendário fica com várias sessões, o ano passado fizemos sexualidade, alimentação, consumos e acho que não me estou a esquecer ... pelo que eu me lembro... nas turmas.” (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) Muitas vezes, nós temos uma intervenção programada ... com os 8ºs anos, por exemplo, e vamos fazer uma sessão. E, ... programamos que vamos fazer uma sessão de debate em cada turma. Mas geralmente, e todos os anos acontece, há 1, 2, 3 turmas em que uma sessão não chega e, nós voltamos num segundo momento e, quando voltamos num segundo momento ... já é diferente” (V.Enf.SE7)</i></p> <p><i>“(…) mas eu acho que ... e cada vez mais em termos da equipa da ... de Saúde Escolar, a nossa metodologia é uma metodologia que a gente quer dar alguma continuidade. (...) Tentamos não fazer sessões pontuais, mas por exemplo ... se não conseguimos ir mais que uma vez por ano, pelo menos seguir as turmas. Começar a trabalhar e, em termos da ... da sexualidade fazemos as coisas ... Geralmente começamos pelos, às vezes pelos ... 5ºs, 6ºs anos e, vamos fazendo umas abordagens diferentes conforme eles vão seguindo. ... há uma sequencialidade...” (V.Enf.SE7)</i></p> <p>---</p> <p><i>“(…) Então, a Diretora de Turma que estava com eles e que tinha, e que era responsável pelo projeto, apresentou-nos o projeto da turma, o que é que eles tinham pensado, e pediram a colaboração da equipa de Saúde Escolar.” (V.Enf.SE7)</i></p> <p><i>“(…) E parece-nos uma grande mais valia, porque os miúdos das unidades são miúdos que têm grandes problemas a nível comportamental, e há aqui um projeto desenhado no sentido de se intervir</i></p>	<p>i) Planeamento PES-AE/SE :</p> <p>Calendarização e realização de Sessões EpS (pontuais; 1-3 SEpS)</p> <p>Sessões EpS pontuais Realizadas entre 1 a 3 Sessões EpS em turmas</p> <p>Calendarização e realização de EpS por projetos (curricular turma, sendo facilitadores e planeando c/ psicol. ACeS)</p> <p>- clarificação de não serem ações isoladas; - É um projeto da escola; - projeto conjunto PES/SE - envolve ambos os ministérios saúde e educação, definida em parceria</p> <p>Calendarização e co-realização de SEpS c/ adolescentes em inclusão no AE, em projeto co-construído.</p> <p>Desenharam projeto p/ intervenção áreas: - comportamental, - emoções, - sexualidade, Temas difíceis p/ professores Educação Especial; psicólogos, psicomotricistas, etc</p>	<p>Colaboração em Planeamento da Promoção e Educação para a Saúde (PES), orientações e Eventos da Escola (relacionados com a saúde):</p> <p>Pedindo ajuda para a concretização da Educação para a saúde na escola.</p> <p>Encontram-se diferentes formas de planear a Educação para a Saúde nas escolas</p>
--	---	--

<p><i>relativamente a esta área e a outra área que nós já levantámos como de extrema necessidade de intervenção. Não só relativamente aos alunos, mas também com as famílias, que tem a ver com as questões das emoções e da sexualidade. É um tema muito difícil para nós, enquanto docentes de educação especial, não temos muita preparação para trabalhar esta área, nunca trabalhámos, mesmo ao nível de técnicos de outras áreas de psicologia, técnicas de psicomotricidades e afins, também não se sentem muito confortáveis em falar sobre estas questões ou de que forma que nós vamos abordar, uma vez que as necessidades são tão díspares no grupo que nós temos.” (FG-AE8,1)</i></p> <p>---</p> <p><i>“(…) Era o que a (omissão do nome da professora coordenadora PES) estava a dizer à pouca. E nós agora estamos a focar-nos mais nos projetos de escola em termos de planeamento. Mas em questões físicas, em questões médicas ... a (omissão do nome da enfermeira) é uma ajuda preciosa.(…) Eu estava a dar o exemplo ainda à bocado do posto médico, dos procedimentos que nós criámos para a gestão do posto medico, para os funcionários, o que é que os professores devem fazer em caso de acidente ou de mau estar súbito do aluno, o que é que os assistentes operacionais têm de fazer, o que é que a direcção ... nós criámos este conjunto de procedimentos que revemos todos os anos, porque todos os anos achamos que pode haver melhorias, ainda fizemos isso com a (omissão do nome da enfermeira). É de facto, um exemplo, pequenino, mas o que é certo é que nunca conseguiria fazer aquilo sozinha como é evidente, porque é uma questão técnica que nós não sabíamos dar destino.” (FG-ENA9,1)</i></p> <p>---</p> <p><i>“(…) Nós fizemos aqui há alguns anos a feira da saúde, e a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) costuma vir e faz-se ali uma banquinha e está sempre</i></p>	<p>ii) <u>Planeamento de Orientações para a Escola</u></p> <p>- Planeamento do “posto médico” (disposição, materiais, normas de procedimento em situações de 1º socorro simples)</p> <p>- Planeamento de Orientações para intervenção com adolescentes c/ NSE’s</p>	<p>Pedindo ajuda para construir orientações de cariz normativo e técnico para saberem como intervir</p>
---	--	--

<p>rodeada de miúdos a fazerem todas as perguntas e mais algumas ... individualmente, portanto não em termos de turma, é a nível individual..." (FG-AE5)</p> <p>"(...) Para já abriram-se uma serie de portas que estavam fechadas antes. Bem, por exemplo pensando na feira da saúde ... as coisas que entram aqui dentro e as coisas que entrariam aqui dentro se não tivéssemos esta parceria ... É uma dinâmica mais virada para..., É uma escola mais aberta, não é uma escola tão fechada e o contato com coisas que nós não teríamos." (FG-AE6)</p> <p>***</p> <p>"(...) até porque na primeira vez que lhe aconteceu ninguém sabia, até aquela data. A situação clinica da menina, e quando se deu aquilo na aula foi um bocado complicado de gerir. O professor ficou muito aflito, (logo ao entrar: ás 8h. Os colegas a dizer que nós pensámos que a (omissão do nome da adolescente) ia morrer. Porque a família também não tinha de facto referido a situação clinica da criança. Faz todo sentido termos aqui um grupo maior. Porque a formação ... nós não sabemos tudo. Por isso é que há varias profissões ... lá está a importância da equipa multidisciplinar." (FG-AE8,3)</p> <p>"(...) No caminho para o gabinete da direcção, explica a situação. Uma aluna que tem espina bífida e necessita de realizar várias vezes ao dia "esvaziamento vesical". Transitou este ano para o 2º ciclo e, na escola do 1º ciclo (que tinha unidade de multideficiência) tinha sido realizada formação das assistentes operacionais, para a realização desta intervenção. Porém, nesta escola, os assistentes operacionais não tiveram ainda esta formação e, a encarregada de educação tem feito queixas.</p>	<p>iii) Planeamento Eventos Saúde</p> <p>AE</p> <p>- Feiras ou quinzenas da Saúde</p> <p>Participação dos Enfs. SE no processo de planeamento e operacionalização das feiras.</p> <p>- Esta participação da saúde conferiu abertura da escola à comunidade e maior conhecimento.</p> <p>***</p> <p>i) <u>Temas de doenças dos adolescentes com NSE`S e NEE`s:</u> DMIT, Epilepsia, Hemofilia; Espinha bífida; Doença oncológica, Autismo, Síndrome Down,</p> <p>ii) <u>Outros Temas de Saúde:</u> 1ºs Socorros, SBV, Crise ansiedade/ataque pânico, Crises/surto psicótico</p> <p>Recebem pedidos de Ajuda para Formação: dos atores da escola: - Docentes e não docentes - dos pais</p> <p>Escola Identifica Necessidades Formativas</p>	<p>Pedindo ajuda para planearem e participarem nos eventos de saúde da escola</p> <p>Ajudando a escola a abrir-se à comunidade e começando a criar interconetividade</p> <p>***</p> <p>Pedido de Colaboração para Formação aos Atores da Escola</p> <p>- Docentes - Não Docentes - Pais</p> <p>Recebendo as necessidades de formação identificadas para os atores da escola</p>
--	---	---

<p>Assim, pede à enfermeira, o planeamento de uma sessão de formação sobre esta condição de saúde e, também para conversar com a mãe da aluna.</p> <p>A enfermeira vai anotando as situações num bloco/agenda e, referindo as suas disponibilidades à diretora.” (NC: Obsv1. Enf_SE5_311016)</p> <p>“(…) Nós identificamos os meninos que têm problemas: asma, diabetes ..., Depois nós não sabemos como trabalhar com a informação, só a recebemos e depois passamos à enfermeira e em conjunto vemos de que maneira é que a enfermeira pode atuar e depois dá-nos indicações do que a direção pode fazer...” (FG-ENA9,1)</p> <p>“(…) sim era muito bom que houvesse um enfermeiro que pudesse estar mais ou menos disponível, que pudesse auxiliar em situações mais complicadas para vir às escolas, era, de facto, algo de grande importância. Mas dar essas formações nas escolas, às pessoas que lá trabalham, professores, auxiliares, até aos próprios alunos e também pais, porque não? seria de facto de grande utilidade e supriria as necessidades. (...) Também concordo.” (FG1-Pais-EES-RLs)</p>	<p>Escola apreende Risco(s) para a Saúde.</p> <p>Escola pede Formação, porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Famílias não informam sobre situações saúde dos filhos; - Famílias informam e exigem intervenção da escola <p>Escola Identifica Temas Formação R/c Adolsct (NE's): <u>Aprendizagem Teórica:</u></p> <p>Cuidar de adolescentes c/ espinha bífida: esvaziamento vesical;</p> <p>Cuidar de adolescentes com crise psicótica</p> <p>Cuidar de adolescentes com crises epilépticas</p> <p>Cuidar de adolescentes com crises ansiedade</p> <p>Cuidar de adolescentes com diabetes</p> <p>Escola Identifica Necessidades em Formação <u>Aprendizagem Prática:</u></p> <p>Formação no procedimento de esvaziamento vesical;</p> <p>Formação no procedimento de avaliação glicémia capilar;</p> <p>Formação no procedimento de administração de insulina ou glucagon;</p> <p>Formação em 1^{es} socorros;</p> <p>Formação em SBV;</p>	<p>Ajudando a escola a preparar-se para conhecer e saber intervir em situações agudas da doença crónica, ou crises dos adolescentes</p>
<p>“(…) E o facto de nós termos uma pessoa que está nos dois mundos, e que ouve o lado de cá, era esse exemplo que eu queria dar, é alguém que não está</p>	<p>Enfs.SE que estão nos 3 mundos (saúde/Escola/cpcj)</p>	<p>Pedidos de Colaboração Para articulação com outros atores ou setores</p> <p>Articulando a ajuda entre</p>

<p><i>limitado à informação que chega via pais ou quando entrevista na comissão. Mas que sabe! «para semana vou lá abaixo» ... vir aqui ao agrupamento... «já vou falar com pessoas A ou B, já sei o outro lado - o motivo que levou á sinalização - e o que é que está a acontecer», e isto sim! é que é importante. E faz toda a diferença. É completamente diferente eu lá estar ao telefone «olhe o aluno é isto ou aquilo...» do que a pessoa estar aqui comigo, conhecer o aluno, ver o contexto escolar. Faz toda a diferença. Ver aquilo que nós vemos. Não é só ligar ...: diga lá, ou façam lá o relatório giro e com umas palavras...” (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(...) Pronto, eu preocupei-me com isto, articulei com o Diretor de Turma e, pronto ... encaminhei a situação com a máxima urgência para o Tribunal, visto que realmente, a nível da CPCJ já não conseguia fazer muito mais. Porque havia aqui uma situação de abandono e a familiar com quem a jovem estava ... encapotava a situação. Dizia que ela já ia para uma escola profissional em Lisboa, pronto. Uma série de ... de «fugas para a frente» ... que eu via que era a jovem que começava a estar em causa”. (V.Enf.SE8)</i></p> <p><i>“(...) Relativamente à participação da enfermeira aqui na CPCJ ... ela representa a saúde e, como tal, também lhe compete fazer a devida articulação entre os casos que vamos tendo, e os processos que vamos tendo aqui na Comissão e as unidades da saúde.” (FG-CPCJ)</i></p> <p><i>“(...) Existe um estreitamento das relações, acho que é mais ... acho que é isso... (...) Relativamente aqui ao contributo da saúde em relação ao CAFAP, portanto, o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental também me parece que há um grande contributo por parte da enfermeira (omissão do nome da enfermeira) até no acesso, tanto ás consultas...” (FG-CAFAP)</i></p>	<p>Tem informação factual da escola</p> <p>Escuta parceiros da escola,</p> <p>Atende os jovens</p> <p>Constata os problemas reais</p> <p>Identifica o que acontece</p> <p>Valida informação sobre razões sinalização</p> <p>Preocupação com adolescente</p> <p>Cpcj já não podia intervir</p> <p>Remete situação ao tribunal</p> <p>Desenvolvimento da adolescente estava em causa</p> <p>Pedido de articular com o Sistema de Saúde</p> <p>Pedido de consultas nos serviços de saúde para as crianças e para os pais</p>	<p>O Mundo da escola e da comunidade</p> <p>Conhecendo as situações vivenciais dos adolescentes e Explicitando os motivos da sinalização</p> <p>Articulando com o mundo da comunidade-tribunal Adolescente em risco</p> <p>Articulando a ajuda entre O Mundo da comunidade e o mundo da saúde</p> <p>Articulando a ajuda marcando consultas ou encaminhando para o Mundo da Saúde</p>
---	--	---

<p><i>“(…) Por exemplo, quando nós também necessitamos de alguma consulta específica ou de algum encaminhamento para ... seja para os pais da criança, seja para a própria criança ... a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) agiliza muito bem junto do centro de saúde ou até junto do Centro Hospitalar.” (FG-CPCJ)</i></p> <p><i>“(…) Depois ela falhou-lhe na enfermeira. Ela já sabia que a enfermeira existia, porque tínhamos estado em sessões anteriores, sessões de Educação para a Saúde em anos anteriores, portanto ela sabia quem eu era. E, aqui eu acho que esta situação também pode espelhar um bocadinho a nossa articulação, tanto na escola como com os outros profissionais” (V.Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(…) Portanto, é um ponto de vista muito diferente daquilo que a professora (omissão do nome da professora coordenadora PES) estava a falar, mas igualmente importante. Portanto aqui é uma articulação muito clínica, também. Aqui será mais formativa, aqui será muito clínica da saúde e da saúde mental, também estamos a falar da saúde física e saúde mental dos nossos alunos, portanto temos as duas valências. Já para falar não falar da articulação que fazemos a nível da criação da proteção de menores também, de casos que passamos ter em conjunto, que articulamos, muitas das vezes. (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) É aquelas coisas que os pais não têm coragem de nos dizer. Lá está, nós já sabemos só que eles não têm aquela coisa de nos dizerem, então a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) às vezes, fala connosco e conta-nos a nós, diz-nos as coisas e depois fala com os pais que é para os pais chegarem á conclusão que a gente sabe (...). Ficam mais descansados porque há alguém que tem de falar connosco e não são eles.” (FG4-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(…) Então, na altura eu estava no 7º ano e dava-me com um rapaz que tinha uns 13 anos. Dava-me com o</i></p>	<p>Pedido de consultas nos serviços de saúde</p> <p>Pedido de encaminhamento</p> <p>Professores da Escola: Conhecem os Enf.SE Clarificam a existência de Enf.SE aos adolescentes Encaminham adolescentes para a Enf. SE</p> <p>Articulação educativa Articulação “clínica” da saúde e saúde mental Articulação com a proteção de menores</p> <p>Pedido para mediar a informação entre familiares e adolescentes (informação sobre sexualidade).</p>	<p>Recebendo adolescente referenciada por professora Articulação entre mundo da escola e da saúde</p> <p>Explicitando as diferentes Articulações que Enfs. SE realizam Na escola</p> <p>Mediando a articulação de Informação entre os adolescentes e Pais ou EE`s</p>
--	---	--

<p><i>rapaz sexualmente ... uma grande asneira, mas pronto...! ... o que aconteceu foi que não tomámos as medidas de precaução corretas, e depois, entretanto vieram a descobrir isto, contaram à professora (omissão do nome da professora) e ela queria ir contar á minha avó, que é a minha encarregada de Educação. E eu com medo, disse que não, porque a minha família não tem um histórico muito bom relativamente a gravidezes, ... foi tudo ainda muito novo. Foi então, que a professora (omissão do nome da professora) contactou a enfermeira (omissão do nome da enfermeira), elas as duas estiveram a conversar e acharam que o melhor era contarem à minha avó.</i></p> <p><i>Ligaram então à minha avó, e depois, reunimo-nos todos, na outra escola... e disseram: «queres contar tu, ou preferes que contamos nós?» E eu pedi para que fosse a enfermeira a contar. A enfermeira contou. A minha avó ficou de rastos, mesmo.” (FG3-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(...) acaba por agilizar melhor as coisas porque vai a reuniões e acaba por agilizar as coisas ... o (omissão do nome do adolescente) também está referenciado por causa do comportamento à CPCJ ... e, ontem, como a enfermeira também faz parte da Comissão, e também acaba por facilitar em muitos aspetos porque está tudo interligado e acabamos por comunicar muito mais facilmente umas com as outras quando é preciso intervenção.” (FG2-Pais-EEs)</i></p> <p>***</p>	<p>Acontecimento de Exp.^a sexual desprotegida.</p> <p>Histórico familiar de gravidez adolescente na família.</p> <p>Teve medo de contar à avó e EE.</p> <p>Pedi à Enf.SE para contar por ela.</p>	
<p><i>“(...) E quando lhe perguntei: foste ao hospital? também não foi (pausa) porque efetivamente à mãe não disse (...) e, naquele dia que foi ao centro de saúde... ela... disse que iria uma tia com ela (ela efectivamente telefonou à tia, mas a tia não pode ir naquele momento), e ela não foi com ninguém.(...) “E eu tentei alertá-la para os riscos de saúde que ela estava a correr, (porque ela tinha tido um aborto em</i></p>	<p><u>definição conjunta de Estratégias e Tomada decisão:</u></p> <p>situações de saúde física aguda/crónica,</p> <p>situação de dificuldades de aprendizagem (insucesso escolar sem causa física/doença provável</p>	<p>Colaboração para Resolução de Problemas</p> <p>Recebendo Pedidos institucionais (escola e entidades) para resolução conjunta de problemas dos adolescentes</p>

<p>curso) e, qual não foi o meu espanto quando ela só repetia muitas vezes «isto está tudo bem, não posso ser pessimista. Isto está tudo bem. Eu estou bem». E, eu tentei-lhe chamar-lhe a atenção: «mas tu não estás bem, tu tens que ver». «mas a minha mãe não pode saber! – a minha mãe não pode saber!»” (V.Enf.SE1)</p> <p>“(…) quando temos um problema real não temos muitas maneiras de o resolver e acho que estando um enfermeiro na escola facilita mais falarmos e termos sempre alguém com quem podemos falar e resolver quaisquer problemas que tenhamos.” (FG3-Adolescentes)</p> <p>“(…) E é muito bom termos um braço que nos apoie porque nem sempre podemos contar com a nossa mãe ou com o nosso pai porque muitas vezes o problema é com eles...” (FG3-Adolescentes)</p> <p>“(…) os problemas estão aqui todos os dias dentro da nossa casa que é a escola.” (FG-AE8,3)</p> <p>“(…) Porque aquele, aquele local, com aquele agrupamento ... é, em termos de referências para a saúde, é uma, uma coisa incrível. Depois é assim, nós não conseguimos dar resposta...,” (V.Enf.SE6)</p> <p>“(…) Portanto..., e estamos ao alcance de um telefonema e isso facilita bastante porque às vezes temos problemas que não podem esperar. E não podem, infelizmente, entrar nas listas de espera ditas normais dos serviços de saúde porque são casos muito graves do ponto de vista clínico e que não se compadecem com esses tempo de espera. E para o bem-estar de todos, dos jovens, das famílias e nós próprios, que lidamos com eles, estas pontes são fundamentais.” (FG-AE8,3)</p> <p>“(…) Porque é que, porque é que nós escolhemos ir às turmas onde estão estes meninos do Espetro de Autismo? Porque, são os mais iguais nas suas</p>	<p>situações de dificuldades adaptação à turma, Escola, AE situações comportamentais situações familiares/sociais</p> <p>Surgem problemas todos os dias na Escola, com os adolescentes. O agrupamento (AE TEIP) referencia muito para a saúde, Imensas situações Enf.SE não consegue dar resposta</p> <p>Dimensão não presencial Enfs. SE (telef.) é facilitadora Casos clínicos muito graves de alunos Não resistem a tempos de espera</p>	<p>Sendo presença de ajuda com quem podem falar quando vivem problemas reais</p> <p>Estando disponíveis à distância para ajudar a escola a resolver problemas dos adolescentes</p> <p>Respondendo aos problemas com Os recursos existentes Muitos problemas ficam sem resposta</p>
--	---	---

<p>diferenças. Porque, a deficiência física é visível. Ele está numa cadeira de rodas, percebe-se.</p> <p>O que era muito difícil de perceber para os professores, para os colegas e para os pais dos colegas é: ele é mal-educado. Ele é igual! «Ai mas para apalpar as meninas já tem jeito. Ai não é? Porque, eles ... ou pelo toque ... mas às vezes querem o toque ou não querem o toque». Não compreendiam. Portanto, cada um é único, não é? Não percebiam.” (V.Enf.SE3)</p> <p>“(…) Então, quais eram essas dúvidas? Uma delas era sobre se a diabetes era contagiosa? Claro que eu expliquei, que não, expliquei assim por alto, muito solto, mas dei, dei a entender que não era, que não era por o adolescente (omissão do nome do Adolescente) ter diabetes que eles iriam ... correr riscos.(…) Ah! se por o adolescente (omissão do nome do Adolescente) ter comido muitos doces ou ter uma alimentação muito incorreta, se era por isso que ele tinha ficado com diabetes? Foi, também, uma, uma das questões. Depois outra questão que se prendia também, e tinha a ver com a situação dele era, ele, ele estava em programa de colocação de bomba de insulina ... e, então algumas questões também se remetiam a isso. O que é que é isso da bomba da insulina?” (V. Enf.SE2)</p>	<p>Pais dos colegas dos adolescentes com autismo</p> <p>Professores</p> <p>Não compreendem a forma de ser destes adolescentes</p> <p>Interpretam como “má educação”</p> <p>Situação-problema numa turma</p> <p>Desmistifica mitos</p> <p>Clarifica algumas dúvidas e questões</p> <p>Esclarece que enquanto colegas não correm riscos</p> <p>Explica causas da doença do colega</p> <p>Explica a bomba de insulina</p>	<p>Recebendo pedido de turma</p> <p>Sobre um problema</p>
<p>“(…) E gostam. Mesmo para falarem de determinados assuntos porque os enfermeiros já nos ajudaram. Pessoalmente falam com eles (alunos com enfermeiros) de determinados assuntos que com o professor não. É individual, de problemáticas individuais, sim. Por isso, é sem dúvida, muito importante.” (FG-AE8,3).</p> <p>“(…) acho que acima de tudo é o psicológico porque vê-se ... imensas pessoas que se vê que estão mal na escola. (...) Eu conheço casos de pessoas com</p>	<p>Colaboração em Atendimentos</p> <p>Alunos gostam falar assuntos pessoais c/ Enfs.SE</p> <p>Enfs.SE ajudam</p> <p>Problemáticas individuais</p> <p>Manterem Enfs. SE no Gabinete</p> <p>Serem Adulto de suporte, recurso ou de referência (estarem</p>	<p>Colaboração em atendimentos</p> <p>Ajudando os adolescentes</p> <p>Pelos atendimentos</p> <p>Escolhendo abordar os assuntos</p> <p>Pessoais com os Enfs. SE</p> <p>Sendo adulto de Suporte</p> <p>para procura de ajuda na escola</p>

<p><i>depressão, daquilo da mutilação, e acho que devia ser mais abordado para não ser tanto um tabu, porque é basicamente um tabu: «ah eu não tenho isso, não posso ter» é muito de dentro, não é tão físico e que devíamos falar mais abertamente sobre isso porque podiam procurar ajuda mais facilmente.”(FG1-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(…) Até podem falar, falam connosco e nós sabemos naquele dia se a enfermeira está cá. Aliás já aconteceu ter que vir noutros dia sem ser aquele dia que está marcado, portanto temos tido essa vantagem de ... de ela conseguir vir cá noutros dias conseguir falar com eles. É assim por exemplo quando ela chega ali as vezes só vem por uma questão comportamental, não é? mas depois acaba por ser explorado uma serie de coisas, não é? quando se começa a desmontar aparece uma situação é necessário recorrer à enfermeira.” (FG-AE5)</i></p> <p><i>“(…) Exato...! fica um bocadinho estranho. E, sendo um enfermeiro, temos que ver o enfermeiro mesmo quando nós queremos. Quando nós queremos vamos lá ... falamos. quando não queremos vamos embora ... e acho que a nível de confiança temos mais confiança com o ... porque sabemos que também o enfermeiro não pode falar das coisas que nós falamos, tem sigilo profissional e um professor não.” (FG3-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(…) Eu até acho que a enfermeira, pronto, agora é a enfermeira (omissão do nome da Enfermeira), pode aparecer outro, não é? mas eu acho que a escola devia de ser, pronto, como está, com a enfermeira (omissão do nome da Enfermeira) ... não falo só pela minha filha, mas também pelas outras crianças que precisam.” (FG2-Pais-EEs)</i></p> <p><i>“(…) No momento, eu tinha uma ... uma ... reunião e não podia atendê-la. Pedi a outra colega que a atendesse e que estivesse com ela. Depois a colega</i></p>	<p>disponíveis e escutarem os adolescentes (pq há assuntos que eles não falam com os pais)</p> <p>Poderem ser recurso do psicólogo da escola e intervirem em articulação</p> <p>Poderem atender pais</p> <p>Professores realizam 1º atendimento</p> <p>Questões comportamentais</p> <p>Identificam outros problemas</p> <p>Contatam Enfs. SE</p> <p>Adolescentes procuram os Enfs. SE por sua iniciativa e vontade</p> <p>Têm maior nível de confiança</p> <p>Sabem que Enfs. Se têm dever de sigilo</p> <p>Mantem Enfs. SE em atendimentos na escola</p>	<p>Atendendo os adolescentes após o Primeiro atendimento pelos professores</p> <p>Conferindo confiança ao atendimento Pelos Enfs. SE devido ao dever de sigilo</p> <p>Mantendo os Enfs. SE nos Atendimentos</p>
--	---	--

<p>esteve com ela e disse-me que a situação tinha sido ... resolvida. Ela contou. Ou seja: quando eu não pude estar com ela ... ela contou o que se passou à colega que a atendeu Ou seja, naquele dia os técnicos que a atenderam: médica de família e a colega, fizeram tudo aquilo que podiam ter feito, mas a menina em questão não cumpriu a parte dela.” (V.Enf.SE1)</p>	<p>Impossibilidade de atender adolescente devido a compromisso anterior.</p> <p>Encaminha a adolescente para colega no C. Saúde</p>	<p>Delegando atendimento a colega perante impossibilidade</p>
<p>“(…) portanto, é uma mais-valia no sentido em que todos os pedidos de informação que temos, relativamente a informações de saúde, passam pela enfermeira que, depois, avalia com os médicos as informações que deverão prestar à Comissão.” (FG-CPCJ)</p> <p>“(…) como aos dados para percebermos se tem existido regularidade no acesso à saúde, portanto, neste sentido do estreitamento da articulação.” (FG-CAFAP)</p> <p>“(…) Em termos da saúde escolar parece-me que também é uma mais valia, neste momento, termos a enfermeira de saúde escolar porque muitos dos processos que nós acompanhamos ... a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) já tem um conhecimento prévio destas situações porque já eram crianças ou jovens que já havia intervenção por parte da escola e, portanto, quando nós discutimos em reunião de equipa aquela sinalização que foi feita, já há aqui também, algumas informações que a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) ... vai podendo acrescentar” (FG-CPCJ)</p>	<p>Pedidos de informação de saúde (crianças/adolescentes)</p> <p>Pedidos de informação complementar (p/ processo sinalização)</p> <p>Mais valia representante da saúde ser da SE</p> <p>Enfs.SE têm conhecimento prévio das situações das crianças</p> <p>Já havia intervenção na Escola</p> <p>Na discussão em reunião CPCJ</p> <p>Acrescem informações</p>	<p>Pedidos de informação em saúde</p> <p>Ajudando a aceder e Compreender a informação de saúde</p> <p>Ajudando a monitorizar o cumprimento do acesso à saúde pelas famílias</p> <p>Ajudando a conhecer Informação adicional para discussão em reunião multiprofissional</p>
<p>“(…) Por exemplo, nós quando queremos fazer alguma coisa e não sabemos se estamos a fazer bem ou se não ... explicamos a situação e a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) pode dizer: «podes ir por aí, estás a ir bem. Ou, não vás por aí que estás a ir mal ...</p>	<p>Pedido para apoiar nas dúvidas e enquadramento para tomadas de decisão</p>	<p>Colaboração em Confirmação</p>

<p>e a gente para porque sabemos que ela tem razão porque nunca nos falhou».. (FG4-Adolescentes)</p> <p>“(...) Relativamente aqui ao contributo da saúde em relação ao CAFAP, portanto, o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental também me parece que há um grande contributo por parte da enfermeira (omissão do nome da enfermeira) até no acesso, tanto às consultas como aos dados para percebermos se tem existido regularidade no acesso á saúde, portanto, neste sentido do estreitamento da articulação...”(FG-CAFAP)</p> <p>***</p>		
<p>“(...) Porque nós na escola nunca temos assim um grande apoio em termos da nossa doença. Nós somos ali um grãozinho de areia no meio de muita coisa. E, com as enfermeiras nas escolas, elas apoiam-nos muito em termos de ... pronto, quando nós precisamos, nem só na diabetes, porque eles não estão lá na diabetes... porque nós ganhando confiança nas enfermeiras de tantos anos de vivencia connosco, nós podemos partilhar qualquer situação com as enfermeiras e sentimos um grande à vontade para com isso. (FG3-Adolescentes)</p> <p>“(...) Porque nós temos vergonha, e depois não dizemos e, às vezes, agrava-se. Exato!” (FG3-Adolescentes)</p> <p>“(...) A gente tem conseguido, mas a (C) está muito melhor... muito, muito melhor... para aquilo que... ela é assim como o (D) ... uns dias está bem, há outros dias que está mal. A enfermeira..., aqui desta escola... ajudou muito quando a (C) foi gozada e insultada pela sua aparência e complexo físico.E foi a enfermeira da escola que falou com ela e que a ajudou a superar tais coisas, sendo que a (C) ficava muito magoada, muitas vezes ao ponto de chorar. Até ir ao hospital ... com a ajuda deles todos lá conseguimos uma consulta ... foi a CPCJ, não é? ... também ajudaram nesse aspeto, que</p>	<p>Adolescentes com NSE`s não sentem muito apoio na escola</p> <p>Enfs. SE ajudam a</p> <p>Vergonha em contar as situações de saúde conduz a agravamento” da situação de saúde</p>	<p>Colaboração em Suporte</p> <p>Apoiando os adolescentes Com NSE`s e NEE`s na escola</p> <p>Revelando dificuldades em Pedir Ajuda</p> <p>Ajudando a aceitar a doença</p> <p>Apoiando os adolescentes como Entidade de 1º linha</p>

<p><i>eu não tinha dinheiro para ir. Com a ajuda da enfermeira para lá, pronto... sempre! ela está sempre... e quando há coisas...,. (FG2-Pais-EEs)</i></p> <p><i>“(...) Eu conheci a enfermeira no meu 6º ano, devia ter 12...13 anos. (...) Eu, para já, nunca aceitei muito bem a diabetes, ... Mas é uma situação que nós temos de aprender a viver. Tem os seus lados positivos. Como também tem os seus lados negativos ... já tive um AVC por causa da diabetes e, hoje, estou aqui são e salvo”. (FG3-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(...) Porque nós temos vergonha, e depois não dizemos e, às vezes, agrava-se. Exato!” (FG3-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(...) Eu conheci a enfermeira no meu 6º ano, devia ter 12...13 anos. (...) Eu, para já, nunca aceitei muito bem a diabetes, ... Mas é uma situação que nós temos de aprender a viver. Tem os seus lados positivos. Como também tem os seus lados negativos ... já tive um AVC por causa da diabetes e, hoje, estou aqui são e salvo”. (FG3-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(...) estava-me a lembrar de situações em que já não há uma situação de perigo específico para a criança e que a Comissão pode arquivar o processo mas se permanecerem alguns riscos na situação e que os mesmos possam ser resolvidos por via da saúde escolar e do trabalho que é feito nas escolas, a Comissão já pode, efetivamente, arquivar o nosso processo deixando nota, à mesma, à entidade de primeira linha, Escola com o apoio da saúde escolar, para então poderem continuar esse trabalho com a criança...” (FG-CPCJ)</i></p>	<p>Aprender a aceitar a doença</p> <p>Pedido para continuar a apoiar adolescentes na Escola</p> <p>Como entidade de 1ª linha</p>	
<p><i>“(...) E não vamos mais longe, quando nos surgiu estes casos dos meninos diabéticos ... para nós de grande responsabilidade ... ficámos até um pouco assustados, mesmo com as formações (como são práticas que não são nossas e que não temos tanta experiência), a</i></p>	<p><u>Pedidos de Recursos</u></p> <p>Pedido para estarem mais tempo na Escola;</p> <p>Pedido para estarem só num AE;</p>	<p>Colaboração em Recursos</p>

<p>Enf.SE apercebeu-se e disse assim: «qualquer coisa, telefonem».” (FG-ENA9,1)</p> <p>“(…) Era melhor mais tempo na escola (risos), eu pelo menos ... era bom mais tempo na escola, não estou a dizer o dia inteiro, ou pelo menos alguns dias.” (FG-AE9,2)</p>	<p>Pedido para poderem estar disponíveis à distância</p>	
<p>“(…) E, depois, quanto mais cedo chegarem os pedidos, melhor a gente consegue projetar a nossa intervenção.” (V.Enf.SE7)</p>	<p>Necessidade dos pedidos chegarem cedo no ano letivo, para a Eq.^a SE planear a intervenção</p> <p>Escola desconhecer situações de saúde das crianças;</p> <p>Famílias não informam;</p> <p>Ocorre Risco para a saúde da criança;</p>	<p>“(…) Porque nós este ano recebemos alguns alunos que têm situações de saúde, que para mim também foi uma novidade, digamos. Embora eu tenha conhecimento, e também trabalho com alunos que têm essa problemática ... que é a nível de epilepsia ..., mas não tem sido uma situação que tem chegado às escolas, pelo menos, que tenha sido identificada nas escolas, pois, porque, às vezes, os miúdos saem e nos, não sabemos, não é?</p> <p>Este ano temos. E temos um número significativo. E, tivemos de alargar a nossa intervenção também a essas situações. E lembro-me, uma das mães ficou mesmo muito surpreendida em como é que havia... como é que nós nos organizávamos para..., E senti, mesmo da parte da senhora (hesitação)... como se respirasse fundo...” (FG-AE1)</p>
<p><i>Interconectando o Cuidado Terapêutico condutibilidade da Ajuda</i></p>		
<p>“(…) Eu acho que as pessoas não têm noção de que isto é uma coisa tão integrada, portanto vai ser também a nossa preocupação este ano quer junto do pessoal assistente, quer junto dos docentes, quer junto dos pais, quer junto dos alunos, talvez até sejam os miúdos que têm mais essa noção já que são chamados a participar em muitas atividades, que isto</p>	<p>Intervenção muito integrada</p> <p>Enfs.SE credibilizam informação dos professores e currículo</p> <p>Profissional de fora;</p> <p>Transmissão informação mais válida/da saúde;</p>	<p>Condutibilidade da Ajuda</p>

<p><i>não são ações desgarradas, pontuais, não é? Que isto obedece a um plano e que, de facto, existe este projeto na escola que envolve uma serie de pessoas, dentro e fora da escola, portanto envolve até dois ministérios: o ministério da educação e ministério da saúde e portanto, há aqui um trabalho conjunto para atingir certos e determinados objetivos, determinadas metas.” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“(…) Eu acho que essa intervenção acaba por dar mais crédito à mensagem que queremos passar. Porque, quando é o professor eles tendem a associar mais o professor à disciplina e aos conteúdos de uma dada disciplina e quando vem alguém de fora falar do mesmo tema que até o professor poderia tratar, penso que para eles é uma transmissão mais válida por ser de uma área diferente, mais específica da saúde.” (FG-AE8,2)</i></p> <p><i>“(…) acho que as duas partes se complementam muitíssimo bem.” (FG-AE8,2)</i></p> <p><i>“(…) são bastante importantes até porque o trabalho que eles realizam visa complementar um bocadinho aquilo que a educação pode fazer aqui na área da saúde.” (FG-AE6)</i></p> <p><i>“(…) Temos, só que o que acontece é assim, uma questão de programas, uma questão do próprio ensino e das diretrizes que nos dão, não é? Nós ... os professores estão muito centrados... no currículo. E, cada vez mais, se deveria pensar mais no global. Por isso é que existe um insucesso crescente e questões comportamentais crescentes. Que é uma situação que me assusta, porque está muito relacionada com muitas situações emocionais, muitas relacionadas com... do foro psiquiátrico, e que é um trabalho que a enfermeira tem sido fundamental, porque articula conosco relativamente aos médicos, não é? ...</i></p>	<p>Formação base dos professores muito centrada no currículo escolar</p> <p>Há necessidade de pensar-se mais global.</p> <p>Existe insucesso crescente</p> <p>Existe crescentes questões comportamentais</p> <p>Assunto da indisciplina e dificuldades comportamentais assusta professores</p> <p>Advém de dificuldades associadas a situações emocionais</p> <p>situações foro psiquiátrico</p> <p>Articulação com Enf.SE nestas situações é fundamental</p> <p>Alunos não aprendem devido à “instabilidade” comportamental.</p>	<p>articulação Enf.SE/coord. PES perante situações comportamentais e de insucesso crescentes, ligadas às dificuldades emocionais (saúde mental) é fundamental.</p> <p>Adolescentes “inquietos” não aprendem</p>
--	---	---

<p>Porque assim as competências escolares também não são assimiladas...” (FG-AE1)</p> <p>“(…) No piso térreo de um dos pavilhões da escola, a enfermeira dirige-se à assistente operacional e anuncia que vem para uma reunião com professores.” (NC: Obsv1. Enf_SE2_230516).</p> <p>“(…) reunião de planeamento entre a equipa PES da escola e a equipa de SE do ACES (a equipa de SE, nesta reunião está representada por: médico de saúde pública, enfermeira, psicóloga e técnica de saúde ambiental).” (NC: Obsv5. Enf_SE5_311016)</p> <p>“(…) A enfermeira inicia o trabalho nesta escola com uma reunião agendada com um grupo de docentes e técnica social.” (NC: Obsv1. Enf_SE2_230516).</p> <p>“(…) Foi marcada uma reunião com a Enf.ª SE, a Coordenadora PES e um Professor Diretor de turma devido a uma situação de um aluno que veio transferido de outra escola.” (NC: Obsv3. Enf_SE6_081116)</p> <p>“(…) Vamos conversando ao longo do recinto exterior dentro da escola e a enfermeira explica à investigadora que vai estar com turmas do 8º ano, em sessões de educação em saúde, onde irá responder às questões da “caixinha das perguntas”. (NC: Obsv1. Enf_SE7_101116)</p> <p>“(…) O Enfermeiro explica que gosta de vir à escola e estar com os alunos. Reforça a importância da alimentação para a saúde, a vida e a continuidade da espécie.</p>		
--	--	--

<p><i>Apresenta os objectivos da Sessão de Educação para a Saúde (SEpS).(NC: Obsv1. Enf_SE8_041116)</i></p> <p><i>“(...) A assistente operacional, já tem conhecimento dessa reunião e, responde à enfermeira, sorrindo-lhe, que ela pode subir para o gabinete.” (NC: Obsv1. Enf_SE2_230516).</i></p>		
<p><i>Interconectando a Ajuda</i></p>		
<p><i>“(...) acaba por agilizar melhor as coisas porque vai a reuniões e acaba por agilizar as coisas ... o (omissão do nome do adolescente) também está referenciado por causa do comportamento à CPCJ ... e, ontem, como a enfermeira também faz parte da Comissão, e também acaba por facilitar em muitos aspetos porque está tudo interligado e acabamos por comunicar muito mais facilmente umas com as outras quando é preciso intervenção.” (FG2-Pais-EEs)</i></p> <p><i>“(...) Eu acho que as pessoas não têm noção de que isto é uma coisa tão integrada, portanto vai ser também a nossa preocupação este ano quer junto do pessoal assistente, quer junto dos docentes, quer junto dos pais, quer junto dos alunos, talvez até sejam os miúdos que têm mais essa noção já que são chamados a participar em muitas atividades, que isto não são ações desgarradas, pontuais, não é? Que isto obedece a um plano e que, de facto, existe este projeto na escola que envolve uma serie de pessoas, dentro e fora da escola, portanto envolve até dois ministérios: o ministério da educação e ministério da saúde e portanto, há aqui um trabalho conjunto para atingir certos e determinados objetivos, determinadas metas e portanto, foi uma coisa que também consideramos.” (FG-ENA9,1)</i></p>	<p>Vai a reuniões Agiliza as coisas O adolescentes está referenciado à CPCJ Enf SE faz parta da cpcj Facilita pq está interligado Comunicam mais</p> <p>Projeto EpS implica uma articulação integrada de vários sectores e a diversos níveis: - clarificação de não serem acções isoladas; - É um projeto da escola; - projeto conjunto; - envolve ambos os ministérios saúde e educação</p> <p><u>Articulações distintas</u></p>	<p>Interligando a ajuda</p> <p>Articulação a diferentes Níveis</p> <p>Projeto PES implica articulação integrada de vários profissionais (internos à Escola) entre os quais os Enfs.SE (externos à escola), seguindo orientações dos diferentes sectores: educação e saúde</p> <p>Articulação interna na Escola Articulação clinica</p>

<p><i>“(…) Portanto, é um ponto de vista muito diferente daquilo que a professora (omissão do nome da professora coordenadora PES) estava a falar, mas igualmente importante. Portanto aqui é uma articulação muito clinica, também. Aqui será mais formativa, aqui será muito clinica da saúde e da saúde mental, também estamos a falar da saúde física e saúde mental dos nossos alunos, portanto temos as duas valências. Já para falar não falar da articulação que fazemos a nível da criação da protecção de menores também, de casos que passamos ter em conjunto, que articulamos, muitas das vezes. (FG-AE8,3)</i></p>	<p>Articulação clinica - saúde física - saúde mental Articulação formativa; Articulação protecção de menores;</p>	<p>Articulação formativa Articulação protecção de menores</p>
<p><i>“(…) Vou-lhe dar um exemplo concreto, de alguns alunos que frequentam a unidade de multideficiência (omissão do nome do concelho), portanto, que pertencem ao agrupamento. Onde temos casos clínicos bem complexos e, por vezes, recorreremos aos serviços de ação dos enfermeiros para fazerem até de ponte e de articulação com outros serviços da saúde, que atendem ou que não atendem ainda, mas que poderão vir atender, os nossos alunos.” (FG-AE8,3)</i></p>	<p>Alunos c/ NEEs na unidade multideficiência do AE; Cuidado Enfermagem com os alunos c/ situações clinicas complexas; Enf.ºs facilitadores da articulação c/ serviços de saúde</p>	<p>Articulação com os Serviços de Saúde Enfs.SE estabelecem ponte com serviços de saúde (distintos)</p>
<p><i>“(…) Fiz parte também do núcleo do apoio especial, com os meninos de educação especial, como aqui, e não havia esta parceria. Eu não me lembro. Quase também já estou aqui há 10 anos, mas já tenho 20 de serviço e não me lembro. Sim porque havia muitos meninos também com doenças graves mesmos estas problemáticas que são tratadas nas aulas ... não me lembro de existir.” (FG-AE8,3)</i></p>	<p><u>Não existia esta parceria</u> 20 anos de leccionação Integrou núcleo de apoio especial em outras escolas Meninos da educação especial e outros meninos c/ doenças graves Não se recorda desta articulação</p>	<p>Articulação diferente entre parceiros Professora não se recorda de ver este tipo de parceira em outras escolas onde tb trabalhou com alunos da educação especial</p>
<p><i>“(…) Sim, inclusivamente, tivemos aqui a mãe do (omissão do nome do adolescente), que o menino partiu o braço e tinha epilepsia. Eu não sei se ele veio de uma escola publica ou não, mas é assim, a senhora chegou-me a dizer «eu tinha uma ideia muito errada</i></p>	<p>mãe de adolescente (c/ epilepsia) grata pelo acompanhamento do filho em matéria de saúde; - mãe compreendeu a interligação entre os profissionais de</p>	

<p>do que era uma escola pública, porque o meu filho veio este ano para cá e eu não tenho razão de queixa, desde a professora que o está a acompanhar, desde a enfermeira, e até aos assistentes operacionais e só tenho a agradecer». Graças a Deus nunca aconteceu nada com ele, mas pelo que ela me transmitiu, percebeu que entre a professora que tem conhecimento, a enfermeira e os assistentes operacionais que está ali, tudo interligado.” (FG-AE1)</p> <p>“(…) Eu tenho o prazer de estar a trabalhar com a saúde escolar desde 2007. E sei o que é trabalhar sem ter ninguém na escola, portanto já estou a trabalhar à 19 anos sem ter enfermeiro na escola e faz toda a diferença.” (FG-ENA9,1)</p> <p>“(…) Portanto, senti que sozinha estava muito só e precisava de outras vozes em uníssono para trabalharmos nesta área. E que achava que era um setor que fazia todo sentido estar dentro da escola, que não poderíamos desligar, portanto a parte da educação sem integrar, portanto, a educação e a promoção da Saúde, porque é algo que na realidade nos diz respeito. Portanto, sempre achei que tinha que ser por aí que tinha que arranjar parceiros para não me sentir sozinha” (FG-AE8,1)</p> <p>“(…) A ligação que nós tínhamos na altura era o Conselho Executivo. Pronto, íamos ter logo com a Diretora de Turma, depois ela entretanto delegava alguém do, do ... da Direção ... para nos fazer um bocadinho estas ligações, mas nunca era tão próximo. É fundamental. Até, porque eles, depois, articulam, e acaba por ser a coisa da saúde, ou seja, fazem uma articulação muito, muito estreita com, connosco.” (V.Enf.SE2)</p> <p>“(…) Aliás, foram o primeiro grupo de profissionais com quem começámos a trabalhar, em termos de saúde dentro da escola. Hoje em dia já temos outros</p>	<p>educação e da saúde, perante qualquer ocorrência com o filho;</p> <p>Anota os pedidos</p> <p>Necessidades</p> <p>Vontades</p> <p>Trabalhar há 19 anos sem enfermeiros na Escola</p> <p>Tem Enfs.SE desde 2007</p> <p>Estava sozinha, necessitava de mais profissionais</p> <p>Saúde: setor que necessitava integrar as escolas;</p> <p>não separar educação e promoção da saúde;</p> <p>Arranjar parceiros da saúde</p> <p>Articulação antes de ter coordenador PES (<2009) era diretamente com DTs;</p> <p>Conselhos executivos delegavam pessoa da direcção para fazer as interligações</p> <p>Único grupo profissional muito importante;</p>	
--	---	--

<p><i>parceiros noutras áreas, mas os enfermeiros, o centro de saúde neste caso ... a saúde escolar através dos enfermeiros, foram mesmo os primeiros parceiros.” (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>“(…) Uma questão muito importante ...: por que é que nós estamos a falar disto este ano e, porque é que nós estamos aqui neste focus grupo? - porque nós temos cá um enfermeiro. Que é o primeiro ano que isto acontece, haver essa disponibilidade e haver este tempo, por pouco que seja, só para fazer a articulação ou, para essa pessoa estar cá, é uma novidade.” (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>“(…) Muito positivo. Cada vez mais o trabalho do senhor enfermeiro é conhecido. Se há 4 anos atrás providenciou praticamente contactos (...) começou, pouco a pouco a soar em toda escola, e toda a gente sabe e conhece quem é ... (impercetível) é um trabalho muito comunitário.” (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) Portanto tem sido uma mais valia, portanto, ao longo dos anos temos alargado o leque de intervenção, começámos com os alunos, neste momento já temos, na realidade, já intervimos com os funcionários, com auxiliares de ação educativa, com os pais, e mesmo com os alunos a vários níveis.” (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>“A gente tem conseguido, mas a (C) está muito melhor... muito, muito melhor... para aquilo que... ela é assim como o (D) ... uns dias está bem, há outros dias que está mal. A enfermeira..., aqui desta escola... ajudou muito quando a (C) foi gozada e insultada pela sua aparência e complexo físico. E foi a enfermeira da escola que falou com ela e que a ajudou a superar tais coisas, sendo que a (C) ficava muito magoada, muitas vezes ao ponto de chorar. Até ir ao hospital ... com a ajuda deles todos lá conseguimos uma consulta ... foi</i></p>	<p>Mais valia;</p> <p>1º grupo da saúde na escola;</p> <p>Existem outros grupos, atualmente</p> <p>Articulação de 1 ano com Enfs.SE</p> <p>É uma novidade</p> <p>Haver disponibilidade</p> <p>Haver tempo</p> <p>Haver presença da pessoa</p> <p>Há 4 anos providenciou contactos.</p> <p>Atualmente todas as pessoas na Escola conhecem Enfs.SE</p> <p>É um trabalho muito comunitário e muito positivo.</p> <p>Alargado leque intervenção ao longo dos anos;</p> <p>Alunos (diversos níveis)</p> <p>(Auxiliares de acção educativa, atualmente designados por Assistentes Operacionais)</p> <p>Pais.</p>	<p>Informação apresentada pelos profissionais de saúde é melhor assimilada pelos filhos, do que referida pelos pais</p> <p>Imprescindibilidade do suporte na Escola de adolescentes c/ dificuldades na integração na Escola</p>
--	---	---

<p><i>a CPCJ, não é? ... também ajudaram nesse aspeto, que eu não tinha dinheiro para ir. Com a ajuda da enfermeira para lá, pronto... sempre! ela está sempre... e quando há coisas...,. (FG2-Pais-EEs)</i></p> <p><i>“(...) Nós identificamos os meninos que têm problemas: asma, diabetes ...,. Depois nós não sabemos como trabalhar com a informação, só a recebemos e depois passamos á enfermeira e em conjunto vemos de que maneira é que a enfermeira pode atuar e depois dá-nos indicações do que a direção pode fazer...” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“E também há outra questão que é «os santos de casa não fazem milagres» portanto, eu posso ter o mesmo discurso que o enfermeiro com a minha filha, mas ela vai perceber e assimilar muito melhor do que toda a informação que eu lhe possa dar, mas mesmo muito melhor.” (FG1-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>“(...) Portanto, esta parceria fez na realidade com que o nosso trabalho se tornasse mais abrangente e mais profícuo. (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>“(...) Importante porque principalmente a maioria dos encarregados de educação não dão importância ao aspeto da saúde dos seus educandos. Então através dos enfermeiros nós conseguimos sinalizá-los, encaminhá-los para consultas, quer sejam de psicologia quer portanto, as consultas de outras especialidades, ou mesmo quando tem alguns problemas graves como já tivemos aqui de algumas alunas que aparecem grávidas ... pronto. Assim conseguimos encaminhá-los...” (FG-AE9,2)</i></p> <p><i>“(...) E, depois a participação, também dos enfermeiros, nos casos sinalizados em que precisam</i></p>	<p>Escola desconhece como trabalhar informação de saúde.</p> <p>Identificam adolescentes c/ problemas de Saúde.</p> <p>Passam informação à Enf.SE</p> <p>Aguardam indicações p/ direcção saber o que fazer.</p> <p>Informação dos Enfs.SE é mais credível que a dos pais</p> <p>parceria que tornou trabalho na escola, profícuo</p> <p>Maioria dos EEs descara saúde dos educandos;</p> <p>Através dos enfermeiros consegue-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> : sinalizar, : encaminhar, : obter consultas (psicologia/outras especialidades) para os alunos; <p>Articulam-se com outros serviços devido a adolescentes sinalizados</p> <p>Sem este apoio, pais acham que filho já tinha desistido da Escola;</p>	
--	--	--

<p>de articulação com a saúde. Tanto a parte da informação e da articulação.” (FG-AE8,2)</p> <p>“(…) Sem a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) e esta senhora que é a professora (omissão do nome da professora) era mesmo muito difícil. Eu penso que o (D) a esta altura já tinha largado tudo, já tinha largado os livros ... porque tinha-se desmotivado, porque tinha-se sentido desamparado. Tinha-se sentido ... porque é assim... ninguém acreditava nele.” (FG2-Pais-EEs-RLs)</p> <p>“(…) Eu só posso dizer que sem a presença da enfermeira (omissão do nome da enfermeira) acho que algumas situações meio complicadas dentro do agrupamento em questões de saúde, que não eram resolvidas e isso está fora de questão, entretanto é imprescindível a presença dela no nosso agrupamento.” (FG-AE5)</p> <p>“(…) Mas estas práticas têm aumentado imenso. E digo mais, se não fosse a saúde escolar e o apoio que efectivamente, o gabinete, a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) e o doutor, mesmo as pessoas que estão a trabalhar. Até mesmo os funcionários, que estão nos edifícios, e que identificam e diagnosticam muitas situações e que me dizem: «Prof.ª aquele miúdo está muito amarelito... tem umas olheiras. O miúdo só chora, o miúdo não se aguenta em pé...» Todo este diagnostico, que no fundo ... todo este levantamento a que depois vamos chegando (...) porque o pai manda para a escola ... (nota: a Diretora bate com as mãos uma na outra num gesto conhecido como “não quero saber” ou “isso não é comigo”) ... e a escola que resolva.</p>	<p>tinha desmotivado; ninguém acreditava nele</p> <p>Imprescindibilidade da presença dos Enfs. SE nos AEs</p> <p>Escola Substituta dos pais no cuidado em saúde</p> <p>Práticas parentais de não assumir cuidado de saúde dos filhos, têm aumentado;</p> <p>- Apoio da SE: Enf.ª e Doutor;</p> <p>- Apoio dos funcionários na identificação das situações dos alunos;</p> <p>- identificação de miúdos com problemas: olheiras, choro, palidez</p>	
<p><i>Comparabilidade entre articulações realizadas pelos Enfs.SE e realizadas por outros profissionais de saúde</i></p>		
<p>“(…) O trabalho também é diferente. O enfermeiro vem mais vezes, reúne-se com os alunos só com um aluno especial ou só com aquele aluno. No caso do higienista, porque também colaboro com o higienista,</p>	<p>Intervenção diferente: em muitas vertentes</p> <p>Enfs.SE vão mais vezes à escola: todas as semanas,</p>	<p>Conhecimento Continuado</p> <p>Estão nas Escolas</p> <p>Ao longo do ano letivo</p>

<p><i>tem aquela faixa etária que tem que ver naquele ano. Vem fazer o rastreio, vem trazer a documentação, é entregue, mas é pontual, é diferente. E é só atividade física ... Sim, mas é só para os dentes e para o rastreio, enquanto que os enfermeiros têm a mais valia de fazer todas as áreas não é só fazer o rastreio dos meninos: “olha este precisa de ir aqui ou ali”, é muito mais do que isso e, ele depois já os conhece e tudo. (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) Na realidade para começar o papel do enfermeiro é muito mais continuado, o enfermeiro vem do início do ano até ao final do ano, todas as semanas ele está na escola e muitas das vezes durante a semana, em muitas vertentes, enquanto que o higienista oral é muito mais pontual, para fazer os rastreios, é muito mais pontual.” (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>“(…) Com os outros técnicos é pontual. Se nós queremos alguma coisa mais específica podemos contactar na altura a psicóloga ou a fisioterapeuta são para ações mais pontuais..... O enfermeiro é uma referência. tem contacto semanal.” (FG-AE8,2)</i></p> <p><i>“(…) Porque é muito diferente conhecer os meninos em contexto clínico de centro de saúde, isto pegando um bocadinho nas palavras da colega ... os outros profissionais de saúde que foram passando pela comissão tinham um conhecimento de consultório e, portanto, é diferente conhecer os miúdos em contexto escolar e conhecer as famílias.... É, eventualmente, na minha perspectiva, mais rico do que num consultório. Numa consulta medica aquilo que se avalia, muitas das vezes, são os aspetos orgânicos, portanto, na escola há toda uma outra componente até de interação social... que me parece muito importante.” (FG-CPCJ)</i></p> <p><i>“(…) Eu quando entro numa escola eu posso não conhecer os outros profissionais, mas conheço o enfermeiro (omissão do nome do enfermeiro) porque</i></p>	<p>desde o início ao fim de cada ano letivo</p> <p>Reúnem c/ alunos (turmas)</p> <p>Reúne só com 1 aluno</p> <p>intervenção em todas as áreas;</p> <p>Conhecimento dos alunos;</p> <p>Papel mais continuado</p> <p><u>Higienista Oral</u>.: intervenção pontual. Faz rastreio</p> <p>É só atividade física: ver dentes</p> <p><u>Enfs. SE</u> conhecem crianças em contexto escolar,</p> <p>Conhecem as famílias</p> <p>conhecimento mais enriquecedor que inclui a interação social na Escola</p> <p><u>Outros profissionais de Saúde</u> que estiveram na Comissão (CPCJ) tinham um conhecimento das crianças, de consultório.</p> <p>Nas consultas médicas avaliam-se “aspetos orgânicos”</p> <p>Passam-se receitas</p> <p>Desconhecimento dos outros profissionais;</p> <p>Conhecimento do Enf..SE</p> <p>- trabalhos feito em sala de aula;</p> <p>- pré-escolar, 1º,2º e 3º ciclos</p> <p>- trabalho mais específico</p> <p>- trabalho incisivo em situações críticas;</p> <p>Enfº da Eq.ª saude:</p> <p>- trab. prevenção,</p>	<p>Conhecimento adolescentes (individual)</p> <p>Conhecimento adolescentes (turmas)</p> <p><u>Conhecimento Alargado</u></p> <p>Vários domínios de saber</p> <p><u>Conhecimento Integrado (Enfs.SE)</u> trás a dimensão individual, familiar e social que permite melhor compreensão sistémica do(s) problemas.</p> <p>Outros técnicos têm <u>Conhecimento parcelar (de consultório)</u></p> <p>Fazem mais avaliação orgânica.</p> <p>Número de interações e diferentes respostas a várias solicitações, dos Enfs.SE, permitem que sejam bem conhecidos pelos atores da escola</p>
--	---	---

<p>é o trabalho que é feito dentro da sala de aula seja dentro da sala de aula do pré – escolar, 1º, 2º ou 3º ciclos, é totalmente diferente dos outros profissionais. Têm trabalho muito mais específico, é incisivo em situações críticas. O enfermeiro é da equipa da saúde que trabalha a prevenção, a articulação, o desenvolvimento do conteúdo e isso tudo, para além das especificidades.” (FG-AE8,2)</p> <p>“(…) E é assim, se eu for ao médico de família chego lá digo qual é o meu problema ou qual é o problema do meu filho, ele passa-me ali uma receitazinha, a partir daí saio porta fora e acabou-se. E, elas não. Elas acabam por se envolver muito, acabam por viver muito e também preocupam-se porque é assim, é o que eu costumo dizer, elas são nossos e nós não os podemos por à porta de ninguém, há que resolver os problemas e seguir em frente, mas elas têm sido um grande apoio e, sem elas eu não sei, sinceramente, não sei.” (FG2-Pais-EEs-RLs)</p> <p>“(…) A higienista vem para uma situação específica, os miúdos estão com uma situação específica e vem para aquela questão e ponto final. A enfermeira, não. A enfermeira vem para uma série de questões que eles percebem que existem a partir do momento que existem os tais momentos de exploração dos temas dentro da sala de aula e eles percebem logo que ela pode trabalhar com eles uma série de questões, desde a saúde física, à saúde mental é tudo abordado.” (FG-AE5)</p> <p>“(…) com o fisioterapeuta nós fazemos exatamente isso: nós fazemos ... três sessões, tem que haver com três sessões. A primeira sessão é teórica em que passo a passo, o power point o esclarecimento de dúvidas,</p>	<p>- trab. articulação, - trab. desenvl. Conteúdo, Trab.especificidades</p> <p>Enfermeira e professora envolvem-se.</p> <p>Exemplo entre ida ao médico de família e ser apoiada pela Enfermeira e Professora PES da Escola:</p> <p>- médico de família atende - ouve problemas da utente e filhos - passa receita - fim da relação</p> <p>Enfermeira e professora: Envolvem-se Preocupam-se Apoiam</p> <p>Higienista vem para situações específicas,</p> <p>Enf.^a vem para muitas questões, Alunos compreendem potencial da Enf.^a</p> <p>Salvo comparação dos profissionais (da saúde) fisioterapeuta: expõe teoricamente, passa à prática, professora avalia aprendizagens;</p> <p>Falta um trabalho mais profundo teoria e prática (não ser só 1 sessão) e avaliar aprendizagens.</p>	<p>Ajudam na Intervenção de Suporte/Apoio aos pais (nota2)</p> <p>Profissionais muito disponíveis para atenderem os alunos e pais. (24 sob 24 horas)</p> <p>Interessam-se por ambos (alunos e pais)</p> <p>Querem o melhor</p>
---	---	---

<p>tudo o mais; a segunda passa-se à prática: ele trás o esqueleto e eles estão a ver, trazem mochilas e pronto. E a 3ª parte, é comigo: faço uma ... uma mini ficha, onde vamos avaliar aquilo que realmente eles perceberam e o que não perceberam, e o que falta explicar. E, era isso que eu gostava de fazer: acho que era isso penso que falta...” (FG-AE8,2)</p>	<p>Repetição se alunos não realizarem Aprendizagens;</p>	
<p>Articulando com os Coordenadores PES</p>		
<p>“(…) eu começo por dizer, e por salientar muito, que: o contato, é um contato permanente, portanto há um trabalho de articulação quase diário.”(FG-AE1)</p> <p>“(…) Em geral é quando vou à escola, depois vou ter com a Coordenadora de Educação para a Saúde e ela vai-me apresentar aos Diretores de Turma. Nós articulamos diretamente com a Coordenadora de Educação para a Saúde. Neste caso, também com, com o Gabinete de Inclusão e Cidadania, o GIC. É aí que fazemos a nossa ligação ... é com elas. Depois, toda a informação, muita das vezes que nos vem, é através delas.” (V.Enf.SE2)</p> <p>“(…) Com o Centro de saúde há mais tempo desde que eu cheguei. Sou coordenadora do projeto de educação para saúde e com o enfermeiro (omissão do nome do enfermeiro) aí há 4, 5 anos (...)“(…) Cada vez melhor. E cada vez passa o ano melhor, porque nós vamos conhecendo-nos melhor, articulando-nos melhor, e torna o processo mais fácil, é mais facilitado.” (FG-AE8,3)</p> <p>“(…) Promovemos diversas ações, mas temos essencialmente um trabalho, ou tentamos ter um trabalho de prevenção e de alerta. E, como já foi dito, depois temos sempre a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) disponível as vezes que precisamos de alguma ajuda, para perceber o que é que está a acontecer ou de que forma que podemos resolver, ela</p>	<p><u>1º</u> Articula com Coord. PES Coord. PES apresenta DTs</p> <p>Maior tempo v/s Melhor articulação na parceria: - melhor conheci.tº; - melhor articulação; - processos mais facilitados;</p> <p>Articulação preferencial para a promoção da saúde e prevenção da doença</p> <p>Não estando presente, está disponível à distância.</p>	<p>Articulação em parceria Em trabalho de equipa é importante Trabalhar pela prevenção</p>

<p><i>não pode estar presente mas o telefone, a mensagem, o email, tudo funciona.” (FG-AE6)</i></p> <p><i>“(…) a de parceria, para mim é muito mais importante porque, para já, eu defendo plenamente o trabalho de equipa, e depois, porque nós professores estamos com eles vinte e quatro horas... os miúdos passam imenso tempo na escola. Portanto, ou há uma verdadeira parceria ou ..., não é possível. E trabalhar pela prevenção porque isso é que faz todo o sentido.</i></p> <p><i>“(…) Era o que a (omissão do nome da professora coordenadora PES) estava a dizer à pouco. E nós agora estamos a focar-nos mais nos projetos de escola em termos de planeamento. Mas em questões físicas, em questões médicas ... a (omissão do nome da enfermeira) é uma ajuda preciosa.(…) Eu estava a dar o exemplo ainda à bocado do posto médico, dos procedimentos que nós criámos para a gestão do posto medico, para os funcionários, o que é que os professores devem fazer em caso de acidente ou de mau estar súbito do aluno, o que é que os assistentes operacionais têm de fazer, o que é que a direcção ... nós criámos este conjunto de procedimentos que revemos todos os anos, porque todos os anos achamos que pode haver melhorias, ainda fizemos isso com a (omissão do nome da enfermeira). É de facto, um exemplo, pequenino, mas o que é certo é que nunca conseguiria fazer aquilo sozinha como é evidente, porque é uma questão técnica que nós não sabíamos dar destino.” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“(…) para já temos os temas da educação sexual são obrigatórios já estão definidos, nós definimo-los por anos, portanto eles são obrigatoriamente abordados.</i></p>	<p>Contatável por telefone, mail, mensagem</p> <p>Preferência à intervenção por projectos</p> <p>Mas saúde física dos alunos permanece como uma situação-problema na Escola</p> <p>Exemplo do posto médico: criados procedimentos p/ funcionários na gestão do posto médico; o que devem fazer os professores em casos de acidente ou mau estar súbito do aluno; o que deve fazer a Direcção revisão anual dos procedimentos; há conhecimento técnico/especifico Professores desconhecem esta dimensão técnica;</p> <p>Articulação direta: c/ Coord. PES e Eq.ª PES Gabinete inclusão-cidadania Interligação Enfs.SE-Escola</p>	<p>Articulação com coordenadora PES</p> <p>Preparação do “Posto Médico” da Escola</p> <p>Definição de Procedimentos</p> <p>São questões Técnicas (os professores têm dificuldade com esta dimensão)</p> <p>Confirmando proximidade na relação, mantendo-se os intervenientes: Coordenadores PES e Enfs. SE</p>
--	---	---

<p><i>E em relação a outros tipos de problemas de saúde é feito levantamento no início do ano pedimos a todos os diretores que nos digam quais são os problemas que existem nas turmas, são encaminhados para enfermeira.” (FG-AE5)</i></p> <p><i>“(…) A sexualidade é sempre uma área prioritária porque, mesmo de acordo com o ministério da educação fazia parte integral parte específica para ser lecionada na escola, a gente pegamos sempre nessa área e fazemos em todas as turmas. E depois vimos as prioritárias que achamos que a escola necessita. (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) Depois todas as interligações quer da ... marcação, isto foi tudo, depois acabou por ser tudo um trabalho, quer com a parte da coordenação de Educação para a Saúde ... para articular com os professores.” (V.Enf.SE2)</i></p> <p><i>“(…) Se mantém agora a mesma professora e por isso, também, neste momento a relação é muito próxima em termos de, é fácil, neste momento dialogamos... ...por e-mail, por telefone, presencialmente, pronto.” (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) Depois sentir que, enquanto enfermeira de Saúde Escolar numa escola apesar de serem só 2 horas, acabamos por ser facilitadores na articulação com os outros profissionais, com as outras Unidades, ou se calhar melhor, com os recursos que temos na comunidade.” (V.Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(…) Em termos de parceria, ajuda. Porque há muitas questões que estão direccionadas para saúde a nível de conteúdos mesmo fora de conteúdos disciplinares, outros conteúdos que promovem a saúde das crianças e dos jovens, e que sem a ajuda dos enfermeiros na escola seria impossível. Porque nós não temos</i></p>	<p>Mantendo Coord. PES é fácil dialogar: presencialmente, por mail ou telefone</p> <p>Parceria que ajuda; Questões direccionadas à saúde Impossíveis sem Enf^{es}.; Prof. não sentem capacidade ou formação para abordar: i) sexualidade, ii) alimentação, iii) prevenção,</p>	
--	--	--

<p>capacidade nem formação para abordar determinados temas que são, muito importantes e posso especificar alguns como sexualidade, como alimentação que é um grande problema agora que se está a pôr na escola e nos jovens (de alimentação incorreta) prevenção mesmo da indisciplina e de consumos. E tem sido uma mais valia e além dos enfermeiros terem formação nestas áreas, a vinda deles cá é sempre diferente, quando comunicam com as nossa turmas, porque eles vem uma pessoa do exterior com outro tipo de informação que não o professor, que é a quem estão habituados, e que se calhar vão respeitar e vão absorver mais aquela informação.” (FG-AE8,3)</p>	<p>iv)indisciplina; v) prev. Consumos</p> <p>Enfs.SE têm formação nas áreas; Elemento externo c/ outra informação Alunos vão respeitar e absorver</p>	
<p>Articulando com os professores DTs</p>		
<p>“(…) Eu falo como diretora de turma do 3º ciclo e vou de encontro à opinião de todos. É de extrema importância ... a participação dos enfermeiros na escola não vai colidir com aquilo que eu posso dar como resposta a estas áreas de intervenção que nós temos. As temáticas que nós temos obrigatoriamente de leccionar: são uma mais valia, ajudam-nos ...” (FG-AE8,1)</p> <p>“(…) Falámos com a Diretora de Turma. Também, fui falar com a Diretora de Turma ... e, marcámos a sessão para o dia. Agendámos logo, ficou logo tudo marcado.</p> <p>Foi no período letivo, foi no final do período letivo, antes das pausas da ... da pausa letiva da Páscoa.” (...) Depois comecei a articular, também ... muito de perto com a Diretora de Turma ... cada vez que havia uma dúvida, ela também acabava por ter a abertura para me vir solicitar. (V.Enf.SE2);</p>	<p>DT (3º CEB) Participação Enf. SE não colide c/ leccionação; são mais-valia ajudam</p> <p>Conversa com Diretora de turma Marca Sessão EpS (dia e período letivo: antes pausa Páscoa) Abertura Enf.SE p/ solicitações pela DT p/ contatar perante dúvidas;</p>	<p>Construindo a relação de confiança com DTs</p> <p>Pedido de ajuda complementaridade</p>

<p><i>“(…) é muito importante mesmo, embora todos os diretores de turma gravitam, vamos lá, em torno do projeto de educação para saúde do agrupamento que é coordenado pela professora (omissão do nome da professora), que organiza, portanto, todas as sessões e combina, e pede para os enfermeiros realmente cooperarem e os diretores de turmas agradecem, e porquê? Porque nós não somos de áreas muito diferentes. Se há diretores de turma que poderão estar mais à vontade dentro da formação cívica, até é possível abordar todos os temas relacionados com a saúde e a educação sexual. (...) Se há diretores de turma que por acaso estão dentro desta área, são da área de ciências, e estão mais á vontade a trabalhar estes temas, os outros agradecem muito a colaboração, eu por exemplo. Agradecemos muito a colaboração porque de outra forma não íamos conseguir abordar como deve ser, e com tudo aquilo que é necessário e importante focar com os miúdos, não é?” (FG-AE8,1)</i></p>	<p>Todos Diretores de turmas (DTs) Gravitam em redor do Projeto Educação p/ saúde; Coordenadora PES organiza sessões Enfs.SE colaboram DTs são de áreas disciplinares muito diferentes DTs são responsáveis pela área da formação cívica (que inclui obrigatoriedade de aborda a Ed. Sexual) DTs ciências mais à vontade c/ sexualidade; Outros DTs têm dificuldade e agradecem colaboração Enfs.SE; DTs aderem ao planeamento pelo ano letivo;</p>	
<p>Articulando com os professores</p>		
<p><i>“(…) E, depois o caminho que é feito, que é também para além de tentarmos conquistar a confiança dos jovens, também temos que junto dos professores, junto dos assistentes operacionais que (...) “e depois ao longo do tempo, já nos vão conhecendo e, já não é preciso quase identificar-me na entrada, porque já sabem que é a enfermeira que vem. É. É construído.” (V.Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(…) e a forma como acabam por colmatar coisas que nós não conseguimos. Mesmo os professores de ciências, a quem sempre calhou a sexualidade, a alimentação e tudo isso, não é a mesma coisa nem nós temos os mesmos conhecimentos para abordar o</i></p>	<p>Construir relação Conquistar confiança</p> <p>Enfs.SE complementam as aprendizagens</p>	<p>Á Relação de confiança com todos os atores da Escola necessita de conquistar a confiança de todos.</p> <p>Complementaridade ao trabalho do professor</p>

<p>tema da forma que é necessário os miúdos ouvirem.” (FG-AE5)</p> <p>“(…) acho que as duas partes se complementam muitíssimo bem.” (FG-AE8,2)</p> <p>“(…) Por exemplo a nível das turmas com as sessões que já ... os temas estão determinados por ano em termos de educação sexual e, temos as enfermeiras a fazerem essas sessões, portanto todas as turmas acabam por ser cobertas por um técnico de saúde para além de obviamente depois também dos trabalhos dos professores” (FG-AE5)</p> <p>“(…) Eu estou aqui nessa escola, mas não estive sempre, já dei aulas durante muito tempo noutras, e esta sem dúvida foi onde eu vi maior esta ligação. Eu sou professora de ciências, e sempre fui, e aqui é que vi muito mais esta parceria.” (FG-AE8,3)</p> <p>“(…) E não vamos mais longe, quando nos surgiu estes casos dos meninos diabéticos ... para nós de grande responsabilidade ... ficámos até um pouco assustados, mesmo com as formações (como são práticas que não são nossas e que não temos tanta experiência), a Enf.SE apercebeu-se e disse assim: «qualquer coisa, telefonem».” (FG-ENA9,1)</p> <p>“Eu acho que posso dizer que é fundamental, porque a partir daí toda a relação, todos os professores falam, todos os professores, é curioso nos intervalos vêm cheios de às vezes de dossiês, livros de ponto, malas, mas pousam para me poder cumprimentar, ou seja, podiam passar, olá, bom dia, e tal, porque vão muito carregados. Não! fazem questão de muitos deles de pousar as coisas e cumprimentar-me...,” (V.Enf.SE8)</p>	<p>Respeito é fundamental</p> <p>todos os professores falam aos Enfs. SE</p> <p>Professores assustam-se c/ alunos com DMIT</p> <p>mesmo c/ formação há desconhecimento;</p> <p>Disponibilidade Enf.SE para validar questões/dúvidas</p>	<p>Existe relação em espelho: existe rapport</p> <p>Capacita professores e mantém-se disponível</p>
<p>Articulando com os Assistentes Sociais (AS's)</p>		
<p>“(…) Esta escola integrada, portanto, neste espaço, tem tantas problemáticas ... tantas crianças com tantos problemas de ordem familiar, social, de integração, de inclusão..., tudo. E ... ao longo do ano,</p>	<p>Escola integrada (TEIP)</p> <p>Revela muitas problemáticas</p>	<p>Articulação devido a pedido de ajuda de aluna, vítima de maus tratos.</p>

<p><i>vão surgindo tantos problemas: uns em cima dos outros e, cada um mais grave que o anterior..., que a assistente técnica... A assistente social do agrupamento, teve... está a pensar organizar (e, eu acho que isso faz todo o sentido) um grupo de trabalho (...) os professores identificarem aquelas situações de risco, de vários riscos ... que é para ela poder trabalhar antecipadamente.” (V.Enf.SE6))</i></p> <p><i>“(...) um caso de uma situação de maus tratos, não é? Que na altura foi abordado a questão foi colocada pela aluna e foi ótimo nós conseguirmos ter aqui um recurso da enfermeira porque logo ali no momento conseguiu-se abordar a situação de uma maneira muito pacífica ... que se calhar, sendo só com o professor, ela não ia conseguir. O facto de ter ali alguém da saúde ela sentiu um a vontade para conseguir verbalizar tudo que , o que era importante. “(...) nessa altura tive eu enquanto técnica dos serviços sociais, teve a (omissão do nome da enfermeira) enquanto enfermeira e com os serviços (...) e era só fazer encaminhamento. Conseguiu-se só num dia resolver a situação” (FG-AE5)</i></p> <p><i>“(...) Eu tenho uma experiencia diferente dos professores prontos eu também estou aqui nesta apreciação, eles podem não saber em termos de leis, mas o tipo de abordagem que se faz, não é? Alias quando se está a falar com jovens a primeira coisa que se diz é esta: que esteja a vontade existe esse sigilo... «e podes expressar o que quiseres porque aqui não vai sair nada para os teus pais nem para outra pessoa a não ser que tu permitas não é? ou que a situação seja...» pronto! (FG-AE5)</i></p> <p><i>Isto é algo que nem sempre acontece porque às vezes demora semanas ou meses até se conseguir identificar alguma situação, o facto de haver outros recursos para além do corpo docente na escola,</i></p>	<p>Crianças com muitos problemas de ordem familiar, social, integração, inclusão</p> <p>Assistente social pretende organizar grupo de trabalho</p> <p>Pedir aos professores que identifiquem situações de risco dos alunos</p> <p>identificação das situações mais prioritárias,</p>	
--	--	--

<p><i>ajuda sempre a desenvolver estas situações de maneira mais rápida ou eficaz.” (FG-AE5)</i></p>		
<p>Articulando com os Assistentes Operacionais (AO`s)</p>		
<p><i>“(…) só que a enfermeira tem outras coisas a fazer não é só esta escola são outras também.” (FG-AE1)</i></p> <p><i>“(…) no meu caso mais porque não sou professora, sou coordenadora operacional, quando a senhora enfermeira ia á escola, às vezes também para nós é uma mais valia apesar de termos alguma formação em primeiros socorros e higiene e segurança no trabalho, às vezes também, nos ocorrem situações de miúdos que às vezes também não temos bem a certeza se estamos a fazer procedimento correto, e já temos apanhado alturas em que o senhor enfermeiro se encontra presente e vamos sempre à procura dele para vir-nos ajudar um bocadinho a resolver as coisas da melhor forma. ” (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) Eu sou do grupo das assistentes operacionais, também agradeço imenso sempre a participação dos enfermeiros e também da professora (omissão do nome da professora), que nos arranja sempre pequenas formaçãozinhas para estarmos minimamente integrados em certas e determinadas situações que nos aparecem.” (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>“(…) a gente disponibilizamos-mos sempre para aquilo que for preciso fazer, aqui dentro da escola.(…) desde que os pais não possam ir ... o funcionário acompanha sempre a criança ao hospital. E, mesmo lá, a gente tenta fazer como sendo para os nossos próprios. Eu, pelo menos, falo por mim, tento sempre fazer como faço para os meus próprios filhos” (FG-AE6)</i></p> <p><i>“(…) A senhora, também, a assistente operacional, que também ficou responsável, também havia algum problema, ainda houve, tive ... houve uma situação de uma hipoglicémia, que ela contactou mesmo</i></p>	<p>Tempo repartido por várias escolas</p> <p>AOs c/ formação em 1ºs socorros e Higiene e Segurança no Trabalho, têm dúvidas sobre intervenção procedimental;</p> <p>Recurso ao Enf.º p/ validação de cuidados;</p> <p>AOs articulam-se com EnfS.SE em momentos de formação</p> <p>Prontidão funcionários não docentes na ajuda;</p> <p>- EEs não podem acompanhar: não docentes acompanham criança ao hospital;</p>	

<p><i>pessoalmente, pronto. Também por telefone, porque tinha dúvidas, o quê que fazia ou que não, porque o (omissão do nome do adolescente) tinha ficado um bocadinho ... stressado e estava constantemente a picar o dedo.” (V.Enf.SE2)</i></p> <p><i>“(…) também no meu ponto de vista são quem conhece melhor os adolescentes no espaço recreio e os professores conhecem na sala de aula, e eles têm uma perceção diferente das relações entre eles no espaço de recreio....” (V.Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(…) E o papel das assistentes operacionais é fundamental, aliás no trato com os miúdos pois sem a ação deles às vezes nem os alunos nos procuram a nós.(…) Eu acho que os assistentes operacionais são muito importantes, porque o professor está na sala de aula com aqueles alunos, e estão num contexto formal, e portanto, tirando casos que felizmente aqui na escola não temos, de pior disciplina, portanto os miúdos estão ali, fazem a sua aprendizagem, interagem com o professor, interagem uns com os outros, e depois termina a aula e vão-se embora. O diretor de turma às vezes chega de maneiras diferentes ao aluno. Mas os assistentes operacionais estão com os alunos em tempos informais, como é normal, os miúdos estão nos pátios, estão no bar, em conversas, os miúdos estão ali a conviver, e é fundamental que os assistentes operacionais também estejam alertados para estas coisas.</i></p> <p><i>Eles precisam de alguma coisa e têm de ver qual é a pessoa com que podem ir ter.” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“(…) Portanto, aqui na escola, normalmente, nós temos um espaço que é o que chamamos de posto médico. Muitas vezes eles recorrem, vêm ter connosco, nós falamos com eles, portanto às vezes vêm-se queixar de uma feridinha que aquilo que quase nem se vê e às vezes não é ferida, são outros</i></p>	<p>Articulação próxima com AOs</p> <p>Esclarece dúvidas AOs (situação de hipoglicémia grave com adolescente)</p> <p>Disponibiliza contato telef.º p/ AO</p> <p>Refere indicações por telefone à pessoa referência escola (AO)</p> <p>AOs conhecem alunos no espaço recreio</p> <p>Professores conhecem alunos na sala de aula</p> <p>AO sente existência de alguma situação;</p> <p>AO está c/ alunos em tempos informais;</p> <p>professores estão c/ alunos em tempos formais;</p> <p>AOs asseguram espaço: posto médico;</p> <p>alunos recorrem aos AOs com queixa (secundária) à situação principal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - AOs tentam falar e identificar problemas; - têm dificuldades em abrir-se; - problemas de estarem em jejum na escola (não comeram); - Terem problemas em casa; - AOs encaminham p/ psicóloga escola ou direcção; 	
--	--	--

<p><i>problemas que eles têm. Nós tentamos falar com eles, tentamos identificar se estão com problemas, muitas das vezes estão com dificuldades em abrirem-se conosco, mas depois de nós falarmos algum tempo com eles, umas vezes ou porque precisam, não comeram de manhã ou porque tem problemas em casa, portanto, nós tentamos identificar, se vemos que é caso para a psicóloga, nós encaminhamos, e normalmente a professora (omissão do nome da professora) também está sempre disponível, outras vezes falamos aqui com a professora (omissão do nome da professora), ou com professora (omissão do nome da professora) ou com a direção. Diretamente com a enfermeira é através só de formações que nos costumam dar aqui na escola” (FG-AE9,2)</i></p> <p><i>“(…) Neste momento, temos o caso de um menino, o (omissão do nome do adolescente), que já desde inicio foi sempre ele que fez, mas sempre a ser supervisionado aqui por nós. Mas agora temos também a (omissão do nome da adolescente), mas como ela já é diabética desde bebé ela já sabe como fazer, não precisa de ajuda, até faz em aula se for necessário. Mas quando há alguma coisa sabemos sempre que temos de tomar precauções com ela, com ela e com todos os outros meninos que tenham alguma doença. E através de formações e através da enfermeira (omissão do nome da enfermeira) que aprendemos o que fazer quando casos de meninos com doenças estão na escola.” (FG-AE1)</i></p>	<p>- C/ enf.ºs relacionam-se nas formações.</p> <p>AOs não realizam avaliação glicémia;</p> <p>Adolescentes auto-realizam a avaliação glicémia;</p> <p>AOs supervisionam o procedimento dos adolescentes</p> <p>Alguns adolescentes realizam procedimento avaliação glicémia na sala de aula</p> <p>AOs sabem que têm que ter atenção especial p/ alunos com NSEs;</p> <p>Aprendizagens do que devem fazer através das formações com Enfs.SE</p>	
<p>Articulando com os Adolescentes</p>		
<p><i>“(…) Pode ser das duas coisas. Já tivemos alunos que vão por sua espontânea vontade e livre vontade, que vão, porque querem falar sobre uma determinada temática que os preocupa, e temos também o contrário: que é o professor dizer «olha vou encaminhar o meu aluno na próxima semana para tentar resolver isto assim assim».” (FG-AE9,2)</i></p>	<p>Ida voluntária adolescentes Encaminhamentos dos adolescentes pelo professor</p>	<p>Idas ao gabinete saúde da escola pelos alunos</p>

<p>“(...) Eu fiz-me apresentar, pronto. Falei que era a enfermeira da Saúde Escolar. Nesse, nesse dia, também, não fui só conhecer o adolescente (omissão do nome do adolescente) fui conhecer outras crianças que também tinham diabetes e, que estão lá na escola. E, então, pedi para estar um bocadinho com, com eles. Eles ... conheciam-se, outros não.” (Enf.SE2)</p> <p>“(...) Este conhecimento com a enfermeira facilitou em termos de... que eu me libertasse um pouco da diabetes ... eu não gostava de dizer a ninguém que era diabético e, pronto ... nestes termos de darmos as sessões, de dinamizarmos as sessões sobre a diabetes facilitou e fez com que eu me abrisse um bocado mais com a diabetes” (FG3-Adolescentes)</p> <p>“(...) porque mesmo no início quando lhe disse: “só vens porque queres ... porquê é que aqui vens ter comigo? qual é o assunto?”. Acabo por sensibilizar sempre os jovens para isso. Portanto a vantagem de estar ali um profissional de saúde, por muito bons que sejam os professores e por muita confiança que eles tenham neles e, que devem recorrer a eles não estando lá mais ninguém, a vantagem daquele atendimento é precisamente essa, o sigilo profissional. Que, portanto que, e desde que, não coloque em risco, não é?” (VEnf.SE5)</p> <p>“(...) muitas vezes os jovens do 2º e do 3º ciclo, nomeadamente no 3º ciclo, são jovens que têm muitas duvidas, não é fácil depois de exporem essas duvidas, de maneira que é sempre uma mais valia que vem de encontro a essas necessidades. (FG-AE8,2)</p> <p>“(...) Lá está, tenhamos cuidado ...! é isso que a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) também nos ajuda muito. (...); “Por exemplo, nós quando queremos fazer alguma coisa e não sabemos se estamos a fazer bem ou se não... explicamos a</p>	<p>Apresentação da Enf.SE</p> <p>Conhecimento dos adolescentes com diabetes</p> <p>Realizando Sessões de EpS com os adolescentes com DMIT</p>	<p>relação vai-se construindo ao longo de interações:</p> <ul style="list-style-type: none"> : no ano letivo : ao longo do Percurso Escolar : através da dinâmica de preparar SEpSs com os adolescentes e Enfs. SE : Aprofundar o assunto/tema com os adolescentes permitiu abertura e expressividade sobre a doença : o número de interações de contato presencial aproxima e liga os intervenientes
--	---	--

<p>situação e a enfermeira (omissão do nome da participante) pode dizer: «podes ir por ai, estás a ir bem... ou, não vás por ai que estás a ir mal...» e agente pára porque sabemos que ela tem razão porque nunca nos falhou». Mas quando ela diz para a gente ir em frente ... a gente vai em frente e, normalmente, temos sempre sucesso.” (FG4-Adolescentes))</p> <p>“Isso também não é uma coisa que se veja do dia para a noite ... vai-se ganhando a confiança. O que é que aconteceu de diferente? Fomos interagindo mais um com o outro e também essa parte das sessões, dinamizar as sessões ajuda muito porque interag... (*nota: adolescente baralha as palavras) ... relacionar um com o outro porque liga-nos...” (FG3-Adolescentes)</p> <p>“(...) eu acho que os alunos sentem também essa disponibilidade e por isso é que se entregam tanto e pedem tanto. Eles sentem que está ali alguém que lhes dá atenção e os quer ajudar e daí eles não se sentirem intimidados, constrangidos, e manifestarem as duvidas.” (FG-AE8,1)</p> <p>“(...) os enfermeiros conseguem ter uma relação muito próxima com os utentes. E, nesta faixa da adolescência e, da experiência que temos aqui com a (omissão do nome da enfermeira), sentimos isso: que há uma grande proximidade.” (FG-AE6)</p> <p>“(...) os meninos já tem também uma proximidade e sente-se até que estão bastante à vontade. Gostam e estão bastante à vontade em falarem de todas as . E não sentem constrangimento que poderiam sentir ou porque já conhecem ou porque a própria abordagem ... pois era isso que ia dizer ... ou pelo perfil, ou pelo facto de já estar bastante enraizado na escola este acompanhamento dos enfermeiros.” (FG-AE8,1)</p>	<p>alunos sentem disponibilidade dos Enfs.SE</p> <p>Pedem e entregam-se</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfs.SE dão atenção, - Enfs. SE manifesta ajuda 	
---	--	--

<p>“(…) e os miúdos conhecem muito bem os enfermeiros. Sabem muito bem identificá-los e sabem muito bem quem são e penso que se habituaram já e têm um conhecimento que nós não temos, não é?” (FG-AE8,1)</p> <p>“(…) A informação que eles me dizem, é a própria vida. E, essa também foi, ..., pegando agora nessa parte do sigilo, uma das dificuldades para mim. “Uma jovem de 16 anos a dizer que se automutila! Porque é que se automutila? O que é que eu faço com esta informação, tentando também ganhar a sua confiança.” “(…) Portanto não era outro assunto. Como íamos proceder? Mas, achei que ... estando controlado, e ela mostrando os cortes, e, ...” (V.Enf.SE5)</p> <p>“(…) A minha intenção era: vamos sensibilizá-la para chegarmos, então, ao encarregado de educação. Portanto a mãe já tinha falecido. Ela não estava a viver com o pai. Estava a viver com os avós paternos. Portanto a encarregada de educação era a avó.” (...) E achei que esse seria o caminho. Portanto tentar naquela conversa dar-lhe a entender que a avó, não dizendo logo tudo o que se passava com ela, também tinha que ter conhecimento que tínhamos que levar a jovem aos serviços de saúde. Nem que fosse...” (V.Enf.SE5)</p>	<p>Meninos têm proximidade</p> <p>Sentem-se à vontade</p> <p>Falam à vontade</p> <p>Sem constrangimentos</p>	
<p><i>Articulando com Psicólogos</i></p>		
<p>“(…) Vou-lhe dar um outro exemplo muito mais concreto. Enquanto psicóloga do centro de recurso para inclusão (omissão do nome da instituição), a população alvo com que trabalho são alunos considerados com necessidades educativas especiais. E aqui, o papel dos enfermeiros tem sido muito determinante em apoio de enfermagem, de saúde para os nossos alunos.” (FG-AE8,3)</p> <p>“(…) Só. Não há nenhum psicólogo, de outro ..., de outro ramo. Apesar de fazerem alguns</p>	<p>Psicóloga</p> <p>Centro recurso para inclusão</p> <p>População-alvo: alunos NEEs</p> <p>Papel Enfs. SE é determinante</p> <p>Apoio de enfermagem</p> <p>Psicólogos educacionais</p>	

<p><i>acompanhamentos deste tipo de crianças, tal como eu faço. Acabam por ter a criança em gabinete, duas vezes por semana, e há um contato mais...,</i></p> <p><i>E, as crianças, geralmente conseguem ficar um bocado mais calmas, mais focadas, ... mas não têm ... portanto não é a parte clínica é só ... a parte educativa. Sobra pouco tempo para isso. Mas, e... com o rácio que temos. (riso).” (V. Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(...) O psicólogo da escola contactou-me para tentar perceber, então, o que é que se estava a fazer com aquela jovem e diz que numa fase posterior, se achasse que fazia sentido, embora numa escola TEIP, o psicólogo faz intervenção é junto dos grupos, junto das turmas e, não o acompanhamento individual, até porque ele não é psicólogo clínico. Portanto não iria logo acompanhá-la, talvez fizesse mais intervenções na turma e, assim ficou combinado.” (V. Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(...) E, também, tenho de..., articulo com as psicólogas ...,... também, da escola. Às vezes referenciam-me casos, pedem-me a minha ajuda para eu falar com algumas jovens ou para eu tentar ver o quê que eu posso mobilizar em termos de recursos.” (V. Enf.SE8)</i></p>	<p>Fazem acompanhamento algumas crianças</p> <p>2 a 3 x semana,</p> <p>Em gabinete</p> <p>Maior contato</p> <p>Psicólogo contata Enf.SE</p> <p>Procura perceber o que estava a ser feito com a adolescente</p> <p>Não sentiu necessidade de acompanhar a adolescente</p> <p>Equaciona provável intervenção na turma</p> <p>Intervenção Relacional promove Resultados eficazes com as crianças/adolescentes (Psicólogos e Enfs. SE):</p> <p>Melhoria concentração,</p> <p>Melhoria da agitação/inquietação” das crianças.</p> <p>Articula com Psicólogas da Escola</p> <p>Referenciam alunos a Enf. SE</p> <p>Pedem ajuda para conversar com alguns jovens,</p> <p>Pedem ajuda para averiguação recursos possíveis de mobilizar</p> <p>Psicóloga, esteve em outras escolas;</p> <p>Nesta escola sente: facilidade articulação</p>	<p>Acompanhamento esporádico de crianças/adolescentes pelo psicólogo da Escola, em gabinete.</p> <p>Temporalidade bissemanal</p> <p>Processo Intervenção conjunto: Psicl. E Enfs. SE na escola, em continuidade, promovem melhorias: comportamentais, em saúde e em aprendizagens</p> <p>Melhoria na agitação e concentração das crianças/adolescentes;</p> <p>Intervenção na turma</p> <p>Sucesso Académico no ano letivo</p>
--	---	---

<p><i>“(…) Eu já passei por outras escolas também, e de facto, aqui nesta escola consigo ter uma fácil articulação com o enfermeiro (omissão do nome do enfermeiro). Pronto também me socorro muito a ele, sobretudo, devido a essas questões de comunicação com o meio hospitalar, porque sou psicóloga do serviço de psicologia cá da escola, e é sobretudo nesta articulação que, por vezes, para mim, é extremamente difícil conseguir comunicar.(…) Também socorro-me para aquelas intervenções mais individuais porque nos acompanhamentos que vou fazendo verifico que há aqui..., que tem que ser melhor ou mais exploradas as questões alimentares ou até também de consumos e às vezes socorro-me bocadinho do enfermeiro por estas áreas.” (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) Sim em relação ao serviço de psicologia eu acho que é de extrema importância como já foi dito, há uma articulação direta que facilita muito porque qualquer situação, remeto para a enfermeira (omissão do nome da Enfermeira). E, realmente, este ano tivemos um número mais elevado de casos de acompanhamento. Mesmo em relação a mim, sinto-me mais confiante porque sei que há alguém que trabalha mais especificamente com determinados assuntos, que pode dar-me informação, e que pode apoiar famílias. E, aqui temos alguns alunos que não têm médicos de famílias e houve esta articulação de forma a dar resposta porque são situações que requerem respostas imediatas e encaminhamentos e, de facto, eu acho que é de continuar porque é uma parceria é fundamental para nós.” (FG-AE8,1)</i></p>	<p>Com Enf. na SE;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedido de Ajuda na comunicação c/ meio hospitalar; - convite a Pedopsiquiatra ida à escola; - trabalho muito posit.º; - Pedido de ajuda nas intervenções individuais <p>Articulação direta;</p> <p>Parceria de extrema importância;</p> <p>Encaminhamento situações p/ Enfs. SE</p> <p>Número mais elevado de casos/situações;</p> <p>Sente maior confiança:</p> <ul style="list-style-type: none"> Em saber que Enf.SE trabalha c/ assuntos específicos: i) pode informar; ii) pode apoiar famílias; iii) encaminhar alunos sem médico família p/ articulação rápida por situações urgentes; <p>Parceria fundamental</p>	<p>Parceria fundamental na Escola;</p> <p>Psicologia encaminha p/ Enf.SE</p>
<p><i>Articulando com a Educação Especial</i></p>		
<p><i>“(…) Posso falar um bocadinho da experiência que temos com a Educação especial. Portanto, esta parceria e esta intervenção com a saúde escolar já existe há muito tempo no âmbito específico da educação especial, em momentos pontuais de intervenção. Este ano fizemos um trabalho muito regular com sessões planeadas em conjunto.” (FG-AE8,1)</i></p>	<p>Experiência com a Ed. Especial</p> <p>Parceria longa na Ed.Especial;</p> <p>Momentos pontuais de intervenção</p> <p>Interv. regular (no último ano)</p>	

<p><i>“(…) porque depois também temos o problema de alguns meninos com dificuldades, não é? a nível cognitivo também. Eles ao serem aqui sinalizados e encaminhados aqui para o centro de saúde depois temos os relatórios e eles passam a fazer parte dos alunos aqui do ensino especial, que de outra maneira também seria difícil...” (FG-AE9,2)</i></p> <p><i>“(…) E foi curioso, porque acho que conseguiram encontrar uma forma fácil de chegar aos miúdos e os miúdos conseguiram levar as informações, conseguiram reter informação. Conseguiram levar informação aos pais, porque os pais vieram nos questionar muitas vezes sobre aquilo que estavam falar e porque é que ele levavam estas informações. E penso que é de extrema importância que esta parceria continue e acho que há vontade de ambas as partes” (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>“(…) Eu, na minha área da Psicologia, fico muito contente que a saúde entre na promoção social e na promoção das competências pessoais e sociais de todos, começando pelos adultos (e refletindo para as crianças) com reflexo para os outros ... «se eu estiver bem vou estar bem na relação com os outros» portanto, isto é um caminho que eu sempre acreditei e me faz todo o sentido e, que ainda bem que a Saúde está neste caminho connosco.” (FG-ENA9,1)</i></p>	<p>Meninos c/ dificuldades cognitivas; Sinalizados e encaminhados C. Saúde; Obtenção Relatórios; Integração ensino especial;</p> <p>Enfs.SE conseguiram forma de comunicação fácil c/ alunos Ed. Especial; Alunos retiveram informação; Alunos levaram informação pais Pais perguntaram origem da informação Parceria para continuar (vontade ambas as partes)</p> <p>psicologia contente por saúde entrar na promoção social e promoção competências pessoais e sociais;</p>	
<p><i>Articulando com outros intervenientes na Escola</i></p>		
<p><i>“(…) Deixe-me só dizer que nós também fazemos parte do Conselho Geral da Escola e está sempre um representante do Centro de Saúde. (...) estando dentro do plano escolar de educação da saúde, fala da interação com os alunos e daquilo que acha de como está a correr o projeto. Se sim, se não, se podia estar melhor, no fundo ela apresenta as conclusões do seu trabalho.” (FG1-Pais-EEs-RLs)</i></p>	<p>Presença no Conselho Geral da Escola Com Pais Professores Direção (Explicita o Projeto PES e Resultados obtidos)</p>	<p>Articulando no Conselho Geral da Escola</p>
<p><i>Articulando com Pais/EE`s/Famílias</i></p>		

<p><i>“(…) Porque às vezes nós temos até pais que têm todas as condições financeiras.... mas que... ou não têm uma ligação afetiva com os filhos, é verdade acontece. nós temos situações que os pais estão muito distantes da realidade do dia - a - dia. (...) E quer se queira ou não os jovens passam mais tempo connosco na escola do que com os pais. Mas às vezes para certos pais é difícil admitir que está um professor a dizer que... «olhe o seu filho tem isto e está a acontecer...» do que se for por exemplo o profissional de saúde a dizer «não. Eu realmente estive na escola, eu acho que é assim... e, acho que é por aqui que temos que seguir»” (FG-AE5)</i></p> <p><i>“(…) Há famílias que são bastantes destruídas e com fracas competências parentais. Para os pais não só precisamos deste suporte e deve ser feita alguma pressão: «olhe está marcada, deve mesmo ir, é importante» e depois temos o feedback da parte do enfermeiro, se (a criança/adolescente) foi ou se não foi, portanto, para garantir a saúde física, e, continuamente, o estado psicológico-emocional dos nossos jovens que, só por si não tem esses recursos e as famílias que também não os têm, para garantir a saúde. Portanto, esta articulação é fundamental para garantir a saúde individual e da comunidade.” (FG-AE8,3)</i></p>	<p>Pais admitem informações prof. Saúde</p> <p>Pais sem ligação afetiva aos filhos</p> <p>Pais distantes da realidade dia-a-dia,</p> <p>jovens passam muito tempo na escola;</p> <p>Jovens passam pouco tempo com pais,</p> <p>Pais dificilmente admitem informações professores sobre filhos,</p> <p>Suporte e acompanhamento do Enf.º a pais/famílias desestruturadas ou com poucas competências parentais, p/ vigilância da saúde dos filhos;</p> <p>Articulação essencial na garantia saúde individual e da comunidade</p>	<p>Pais distantes da realidade da vida dos filhos</p> <p>Aceitam que sejam os profissionais de saúde (Enfs.SE) a comunicar-lhes o que se passa com os filhos</p> <p>Articulação para garantia da saúde individual e da comunidade educativa</p> <p>Enfs.SE dão suporte aos pais, com reduzidas competências parentais, para a vigilância de saúde dos filhos (marcam consultas, informam, explicam)</p> <p>Enfs.SE dão feed-back à Escola sobre o resultado da ida/não ida dos adolescentes à consulta marcada e, informada aos pais</p>
<p><i>Articulando com Entidades da Comunidade</i></p>		
<p><i>“(…) ao ter alguém ... e quando se tenta reabilitar a situação porque o objetivo ao sinalizar será sempre para reabilitar a situação familiar com o jovem. O facto de nós termos lá alguém que o represente também em saúde, a este nível, dá-nos sempre uma mais valia na intervenção, na procura de resposta, é mais alguém que partilha connosco como é que podemos fazer para mudar.</i></p> <p><i>Por acaso nós tivemos alguns casos, em comum, de jovens, e temos sempre, todos os anos ... mas este ano tivemos um caso particularmente complexo e difícil, e que o senhor enfermeiro se mostrou disponível em vir</i></p>	<p>nas situações de saúde por negligência</p> <p>é uma vantagem os jovens terem representante da saúde na comissão</p> <p>ocorre ganho na procura de respostas;</p> <p>ocorre partilha e procura de soluções para ajudar</p> <p>Existência de casos em comum;</p> <p>Disponibilidade do Enf.SE para atender o jovem;</p>	<p>Articulação entre Escola e ENfs.SE relativamente a adolescentes sinalizados à CPCJ</p>

<p><i>cá a escola falar com o jovem. Falámos várias vezes com a família, no sentido de potenciarmos estratégias para melhorar.” (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) Porque nestes casos, quando estamos inseridos nos locais é muito mais simples. Nem sei quem são as outras pessoas da CPCJ, mas temos um rosto que sabemos quem é. Que conhece os nossos alunos também faz toda diferença. E mesmo na escola fala diretamente com eles (alunos), pergunta como é que estão as coisas. às vezes também são entrevistados a família os jovens na comissão, mas depois aqui na escola, quando se reencontram, fala com os jovens e procura saber como é que está. Faz toda a diferença. (...) estou cá há 9 anos, e já tivemos muitos casos sinalizados e, por acaso, conheço os outros profissionais da comissão. Mas esta proximidade que o senhor enfermeiro tem com a realidade escolar e o facto de ele nos conhecer a nós também, o rosto que está por de trás daquela família, daquela criança, facilita muito no processo burocrático que são as comissões que é a chave. Mas facilita muito no concreto, é, o que é o que vamos fazer para... porque ao fim ao cabo, é esse o nosso interesse.” (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(…) Existe um estreitamento das relações, acho que é mais ... acho que é isso (...). Relativamente aqui ao contributo da saúde em relação ao CAFAP, portanto, o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental também me parece que há um grande contributo por parte da enfermeira (omissão do nome da enfermeira)...” (FG-CAFAP)</i></p> <p><i>“(…) Relativamente á participação da enfermeira aqui na CPCJ ... também lhe compete fazer a devida articulação entre os casos que vamos tendo, e os processos que vamos tendo aqui na Comissão e as unidades da saúde” (FG-CPCJ)</i></p>	<p>- Várias conversas c/ família p/ potenciar estratégias de melhoria;</p> <p>Enfs.SE articulando com entidades é facilitadora p/ escola;</p> <p>Alguns professores conhecem, outros desconhecem outros membros da cpcj;</p> <p>Simplificador: ter um rosto conhecido, que tb conhece os alunos;</p> <p>Reencontro do Enf.º c/ alunos na escola;</p> <p>validação de como estão os alunos;</p> <p>Proximidade Enf.SE c/ realidade escolar e cpcj;</p> <p>- conhecer os alunos e famílias</p> <p>Facilitador no processo burocrático</p> <p>Estreitamento de Relação</p> <p>Contributo da saúde ao CAFAP</p> <p>Grande Contributo Enfs.SE</p> <p>Compete-lhe fazer devida articulação entre “casos” dos processos com as unidades de Saúde</p> <p>Mais valia</p> <p>Acolhe todos os pedidos p/ Setor da saúde</p>	<p>Posição Charneira Enf.º (escola/cpcj)</p> <p>Facilitador no processo burocrático pelas defesa e interesse das crianças</p> <p>Estabelecendo a articulação entre o CAFAP e as unidades de Saúde</p> <p>Estabelecendo a articulação entre a CPCJ e as unidades de saúde</p>
--	---	--

<p>“(…) portanto, é uma mais valia no sentido em que todos os pedidos de informação que temos, relativamente a informações de saúde, passam pela enfermeira, que depois avalia com os médicos as informações que deverão prestar à Comissão.” (FG-CPCJ)</p> <p>“(…) As consultas que a (omissão do nome da enfermeira) tem marcado já rapidamente. Tive com uma menina com suspeita de já não saberia se podia ser sarna ou uma alergia seja o que for e ela em dois dias a (omissão do nome da enfermeira) conseguiu marcar a consulta. A menina foi. E a mãe muito zangada ... ficou muito zangada connosco. Eu não. (FG-AE5)</p> <p>“(…) Em termos da saúde escolar parece-me que também é uma mais valia neste momento, termos a enfermeira de saúde escolar. Porque muitos dos processos que nós acompanhamos ... a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) ... já tem um conhecimento prévio destas situações porque já eram crianças ou jovens que já havia intervenção por parte da escola...,” (FG-CPCJ)</p> <p>“(…) Sim ... mas isso, se calhar, também depende um pouco dos profissionais. Na verdade eu sinto que existe uma maior pragmaticidade na resolução das situações e quando queremos obter alguma informação e, honestamente, acho que tem corrido muito bem com a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) nesse sentido... isto já em comparação com outros profissionais com os quais eu também já fui trabalhando, de facto, acho que a articulação tem sido excelente. E agilizar os próprios procedimentos internos no centro de saúde que depois nos permitem obter as informações.” (FG-CPCJ)</p> <p>“Nós tivemos aqui, recentemente até, uma situação em que a enfermeira (omissão do nome da</p>	<p>Leva para o ACeS e articula com pares (médicos)</p> <p>Ocorre tomada de decisões quanto à Informação de Saúde que pode ser dada à CPCJ</p> <p>Enf.^a marca consultas Rapidamente</p> <p>Menina com sarna/alergia</p> <p>Enfs.SE têm conhecimento prévio das situações das crianças</p> <p>Já havia intervenção na Escola</p> <p>Maior pragmaticidade na resolução de problemas</p> <p>Articulação que corre muito bem</p> <p>Articulação Excelente</p> <p>Agiliza os procedimentos internos no ACeS</p> <p>Permite obter informações</p> <p>Caso recente</p> <p>Adolescente numa escola</p> <p>Esta adolescente e outras apresentavam mesmo quadro sintomatológico</p> <p>Antes da sinalização, já existia intervenção Enfs. SE com Centro hospitalar</p>	<p>Reconhecendo a representação da Saúde na CPCJ como Recurso Muito Válido (Enfs.SE na CPCJ Recurso Muito Válido)</p> <p>Reconhecendo Mérito pessoal na Articulação dos Enfs.SE com a CPCJ</p> <p>Pragmatismo</p> <p>Excelente desempenho</p> <p>Excelente Articulação</p> <p>Rapidez/agilidade do setor da saúde na resposta aos problemas</p> <p>Reconhecendo intervenção de 1ª linha pelos Enfs.SE, quando análise de sinalização de adolescentes</p> <p>Identificação de vasto trabalho feito p/ Enfs.SE para obtenção de diagnóstico de saúde por articulação com C. Hospitalar</p>
---	--	---

<p><i>enfermeira</i>) teve bastante intervenção no caso, mais ou menos generalizado, que estava a acontecer com uma jovem numa escola ... numa certa escola (...). Em que todas elas apresentavam, mais ou menos, o mesmo quadro de comportamentos e, antes de ter sido sinalizado à Comissão esta situação, já a enfermeira (<i>omissão do nome da enfermeira</i>) tinha alguma intervenção feita nesta área e estava a fazer as devidas articulações até com o Centro Hospitalar (<i>omissão do nome do Centro Hospitalar</i>) para que se pudesse perceber qual é que era o diagnóstico concreto, o que é que se passava e, portanto, quando nós analisámos em reunião de equipa esta situação já a Enfermeira (<i>omissão do nome da enfermeira</i>) tinha muito trabalho feito, já nos conseguia dar aqui muitas indicações até das intervenções que estavam a ser feitas” (FG-CPCJ)</p> <p>“(…) Portanto, quando são sinalizadas as crianças para a Comissão de Proteção de Menores, normalmente são problemas graves, não é? uns que os pais não são capazes já de resolver e nos pedem ajuda mesmo para os sinalizar. Outros somos nós que sinalizamos, são pais que nem se quer acompanham os miúdos não vêm as reuniões, pronto quer seja sobre a própria reunião com os encarregados de educação ou se o diretor de turma os chamar à parte, prontos esses casos também são sinalizados. Conforme os casos, assim pedimos também a intervenção da enfermeira porque muitos necessitam além de estarem sinalizados na comissão de proteção de menores precisam de consultas de psicologia ou pedopsiquiatria e a enfermeira tem o seu papel para agilizar tudo rapidamente, e é o que acontece, sem dúvidas.” (FG-AE9,2)</p>	<p>Para obtenção do diagnóstico concreto</p> <p>Análise na reunião da comissão</p> <p>Existia muito trabalho feito</p> <p>Sinalização crianças c/ problemas graves à CPCJ;</p> <p>Pais sem capacidade de resolver problemas e pedem sinalização à escola p/ filhos</p> <p>Pais que não acompanham filhos (na escola, na saúde, <u>na vida</u>);</p> <p>Intervenção Enf.SE p/ agendamento rápido consultas psicologia ou pedopsiquiatria</p>	<p>Enf.ºs em processos de sinalização de alunos à CPCJ, intervém no encaminhamento p/ consultas psicologia e pedopsiquiatria</p>
<p>Caraterizando Necessidades de melhoria nas Políticas de Articulação</p>		
<p><i>“(…) não é fácil. Os professores são muito complicados às vezes, e as famílias são muito complicadas. Passam-nos aqui casos muito complexos a vários níveis, e se não tivéssemos uma rede de profissionais</i></p>	<p>Complicações, complexidade, situações delicadas;</p> <p>Qualidade da Eq.ª</p> <p>Multidisciplinar</p>	<p>Necessidade de Eq.ª Multiprofissional para intervenção em situações de grande complexidade ou delicadas</p>

<p>tão multidisciplinar, não sei se calhar conseguiríamos ter a qualidade que pretendemos.(...) Porque às vezes, temos aqui situações muito delicadas, e se não há bom senso e se não há fator humano ... nada de resto faz sentido.” (FG-AE8,3)</p> <p>“(...) Eu acho que normalmente o que falha em quase todas as organizações é esta comunicação. Eu acho que quem está a trabalhar está convencido que trabalha, que o trabalho está a ser feito, mas depois na escola se a gente perguntar: (respondem) O quê? Está a falar do quê? Os funcionários sabem que houve uma formação, que houve outra, mas isto está integrado no projeto e é uma coisa que nós vamos ver este ano, que identificámos como fragilidade, que não correu assim tão bem, e como conseguimos... É que nós temos um plano geral de atividades, é verdade, mas mais uma vez isto é um documento, nós temos que o tornar visível. Portanto, eu acho que ao tornarmos visível isto, tornamos também visível o papel da enfermeira, mais uma vez para que as pessoas se apropriem desta realidade.” (FG-ENA9,1)</p> <p>“(...) Sim, porque depois, quando estas, estas, estas crianças, também, vão às consultas, também, manifestam determinadas coisas. Olha, isto não está muito bem. Depois, havendo esta comunicação, nós tentamos daqui um bocado, tentamos, pronto fazer a solução do que, que está ... a constituir problema.” (V.Enf.SE2)</p> <p>“(...) Regras. Que esteja bem definido qual é o papel de cada pessoa. E que sejam iguais. Uma orientação., exato. Tem de ser das duas áreas..., senão não é entendida. Tem que ser sempre em parceria e, deveria ser, uma articulação.” (V.Enf.SE4)</p>	<p>Fator humano: bom senso; (-Professores complicados; famílias complicadas;-casos muito complexos)</p> <p>Em quase todas as organizações, falha a questão da comunicação.</p> <p>Planeamentos estão nos documentos.</p> <p>Documentos são pouco visíveis</p> <p>necessidade de dar visibilidade ao plano geral actividades; - para dar visibilidade ao papel da Enf.^a</p> <p>Crianças na consulta referem aspetos,</p> <p>Existe comunicação (consulta-Enfs.SE)</p> <p>Na escola Enf. SE procura solução p/ problema.</p> <p>Necessidades de: Clarificação de papeis: Atores da Escola e Enf. SE Orientações claras Realizadas em parceria (Ed., e SE) Sugestão de Implementação igual em todos os locais:</p> <p>listas (dados alunos) partilhadas tardiamente (fim do 1º período) Escola faculta informação à ENF.SE</p>	<p>Falhas na Comunicação (interna e externa) da Escola sobre o que está a dinamizar</p> <p>Comunicação e Resolução de Problemas Comunicação sobre reavaliação e validação dos cuidados com adolescentes DMIT rearticulação c/ consulta Hosp., resolução problemas na Escola a partir dos elementos comunicados</p> <p>Mudanças na Cultura organizacional</p>
---	--	---

<p><i>“(…) A escola tem que me dar as listagens. Tem que me dar as listagens, por ... com nome, por turma, com data de nascimento, que é extremamente importante porque se eu não tiver a data de nascimento, eu não ..., Tenho oito mil ... portanto eu tenho oito mil para ver. Tem que haver ali uma diferenciação de quem está ou não naquela etapa. Às vezes só me dão as listas perto..., já do Natal (riso). Que é um bocadinho tarde. Mas, pronto, mas vai-se começando com umas, com outras ... vai-se fazendo assim.” (V.Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(…) Este ... este Conselho Executivo ... mudou há pouco tempo. Eu não ... eu não tive proximidade. Eu não tenho proximidade nenhuma com este Conselho Executivo. Com o que partiu, sim. Este está há dois anos, não, não, não tenho grande (...).” (V. Enf.SE3)</i></p> <p><i>“(…) Do Gabinete ... esta é outra, é outra. O Gabinete era um gabinete com muita procura ... destes meninos. Tem muita procura. O quê que aconteceu? Este ano deparei-me, o meu gabinete estava ocupado pelos professores do Ensino Especial. E que não é, porque tem que sair a professora, tem que sair eu, mas ... Sabe o que é que ..., Não tem importância. Eu, às vezes, no espaço da escola, eu vou com o menino, sou capaz de me sentar ali no Jardim, perto da escola. Pois vou com eles da escola ... e, depois volto com eles para a escola, sentamo-nos ali.”(V. Enf.SE3)</i></p> <p><i>“(…) Pois queremos que estejam lá todos e, nunca estão todos ...,E, há sempre aquele que falta que até era o mais importante ... e que lá devia estar. Os educadores têm uma carga horária complicadíssima. Nunca têm ninguém que os substitua. Porque eles trabalham com as crianças até julho ... e, não há ninguém para substituir os educadores. E, eu às vezes quero reunir com todos e, quer dizer... porque eu não</i></p>	<p>Escola faculta informação alunos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome - turma - data nascimento <p>Iniciando a intervenção como pode</p> <p>-</p> <p>Alteração dos Conselhos Executivos</p> <p>Perda de proximidade, Dificuldade em manter relação já estabelecida</p> <p>Perda do gabinete de apoio ao aluno</p> <p>Reafetação do espaço do gabinete, com mudança do Cons. Executivo.</p> <p>Enf. SE pretende reunir com todos os professores, Não conseguem reunir todos, Educadores com carga horária complexa, não tem disponibilidade para reuniões individuais, Mas compreende o contexto escolar</p> <p>Compara-o com contexto da saúde</p>	<p>Necessidade de definição clara dos papéis dos intervenientes na Escola que se articulam com SE</p> <p>Necessidade de obtenção das listagens com os dados dos alunos no início de cada ano letivo</p> <p>Necessidade de continuidade de Políticas e programas dos conselhos executivos mudam de x em x anos</p> <p>Ocorrem mudanças: perdas e/ou melhorias</p> <p>obstaculizam relações pré-estabelecidas</p> <p>Relação de proximidade e pertença sofre perdas</p> <p>Atendimento dos adolescentes em espaço alternativo por perda do gabinete</p> <p>reuniões na escola realizam-se, mas com consciência das necessidades v/s recursos reais contexto</p> <p>Intervenção Enfs. SE identificação dos limites de atuação na saúde individual. Escola não referenciando: são desconhecidos na SE</p>
--	--	--

<p><i>posso estar a reunir um a um, também não tenho tempo para isso. (...)“ Mas depois ... também consigo perceber o contexto. Porque, aqui na saúde, nesta hierarquia ... neste ... também se passa o mesmo. Porque tem a ver com a informação, não é?” (V. Enf.SE6)</i></p> <p><i>“(...) Portanto..., nem tinha conhecimento desta jovem de quinze anos, irmã da adolescente (omissão do nome da adolescente): que consome... que tá na escola e, com um absentismo extremamente elevado. Porque nunca me foi referenciada, não é? – porque, quando os alunos não nos são referenciados, nós não conseguimos...” (V. Enf.SE6)</i></p> <p><i>“(...) se não houver um espaço próprio onde isto se possa desenvolver (nota: o professor refere-se à EpS), há-de ficar sempre à boa vontade, ao critério da boa vontade de algum professor, que ache que é importante e que vai querer ali um espaço onde se fale do assunto. Portanto, haver também nas turmas um espaço disponível para tratamento destas questões, é importante. Até porque nós podemos ter muita disponibilidade e não ter o tempo de como as fazer.” (FG-AE8,2)</i></p> <p><i>“(...) Nós fizemos algumas sinalizações à CPCJ, onde a ideia não era retirarem a criança à família. Seria mais um trabalho...: já que eles têm acesso por exemplo ao assistente social, seria um trabalho mais de intervenção na família do que retirar a criança. E, em muitos casos, foi que a criança depois foi para uma instituição, fica pior lá. Os que ficaram ..., a família que ficou não é ajudada a resolver. E, quando terminar, então “o castigo da criança” ela volta para aquela família, que está pior ainda. A criança esteve afastada, os laços que pudessem haver foram quebrados, a criança fica a pensar: tu deixaste-me ir. Os outros: tu foste porque não mereces, e entretanto</i></p>	<p>Desconhecimento da irmã da jovem, consumidora, inscrita na escola, com absentismo elevado,</p> <p>Adolescentes (pessoa individual) não referenciados à SE, são desconhecidos</p> <p>Inexistência de “espaço” curricular próprio para a EpS</p> <p>Abordagem da EpS c/ alunos fica dependente de critérios e boa vontade dos professores</p> <p>Escolas quando sinalizam à CPCJ é no sentido das famílias serem ajudadas a melhorar as dificuldades que se revelam.</p> <p>Porém, a realidade situa-se quase sempre na “retirada” da criança da família</p> <p>E, ninguém ajuda as famílias</p>	<p>Necessidade de Melhorar a articulação CPCJ - Escolas</p>
---	---	--

<p><i>lá aprenderam outras coisas (não propriamente a assaltar um banco) mas se calhar a serem mais frios, mais duros, mais..... ... e a família ficam na mesma.” (FG-AE6)</i></p> <p><i>“(...) Sim, porque se o objetivo é esse « promover nos outros a capacidade de cuidarem da sua própria saúde» também não podemos estar sempre a socorrer-nos do enfermeiro, não é? Ele já nos dá alguma segurança, a permanência também o dá, mas “(...) sim, se calhar, mais tempo na escola ... penso que seria bastante positivo. Por acaso o registo que nós temos, se calhar por ser com esta enfermeira ... eu acho que os dias todos na escola não seria necessário. Se calhar não era tanto a permanência, mas era de facto estarem agregados a menos escolas, ou pelo menos a uma escola. Tem que haver alguma reflexão. É pesado para os enfermeiros.” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“(...) Mas em ter a enfermeira cá alguns dias por semana ... mas em regime definitivo não me parece necessário, pelo menos nós na escola nunca sentimos a necessidade de ter alguém cá em permanência, até porque a proximidade é tanta, e o à vontade é tanto que eu acho que a escola vai conseguindo gerir.” (FG-ENA9,1)</i></p>	<p>Enfs.SE dá segurança;</p> <p>Permanência dá segurança;</p> <p>Gostavam de ter mais tempo na articulação</p> <p>Necessitam Enfs.SE alguns dias</p> <p>Não necessitam Enf. a tempo inteiro</p> <p>têm proximidade</p> <p>têm à vontade</p> <p>Escola consegue gerir</p>	
--	--	--

Apêndice 3 - CATEGORIA MAJOR: **Estabelecendo a Relação de Confiabilidade**

Excertos das Fontes de Dados (exemplos)	Códigos/Conceitos	Subcategorias
Estabelecendo/construindo a Relação de Confiabilidade		
<i>Atribuindo importância à Pessoa (cidadão e Profissional) para a construção de relação de parceria</i>		
<p><i>“(…) Nós, enquanto profissionais, mas antes disso nós enquanto cidadãos ... enquanto pessoas, nós fazemos parte da saúde, e temos ... nós temos direitos e deveres em relação a este grande tema, contributos e acção.” (FG-AE8,2)</i></p>	<p>Reconhecendo importância à saúde Como dimensão da vida das pessoas Todas as pessoas/cidadãos têm direitos e deveres com a saúde</p>	<p>Reconhecendo a co-responsabilidade de todos para a saúde comum Reconhecendo a interdependência da saúde e da vida Reconhecendo importância da saúde, enquanto dimensão importante da vida de todos os cidadãos</p>
<p><i>“(…) Nós somos, na realidade, aquilo que fazemos. Aquilo que de melhor fazemos para nós. E, portanto, eu sempre achei que os alunos tinham que ter esta visão. Tinham que ser eles próprios a promoverem a sua própria saúde. Que eles eram na realidade os grandes detentores de tudo aquilo que fizessem, de bem ou de mal, e portanto, quanto mais conscientes estivessem, e quanto mais informação conseguissem recolher, mais armas poderiam utilizar...” (FG-AE8,1)</i></p>	<p>Educar alunos para promoverem a sua própria saúde Alunos/detentores de recursos (bons/maus) para a saúde Promover Consciência dos alunos para a saúde</p>	<p>Reconhecendo a importância de educar cada pessoa (alunos) para promover a sua própria saúde Consciencializando para a literacia em saúde e consequências das acções (boas/más) para a saúde.</p>
<p><i>“(…) A Escola é especialista em educação, não é especialista em saúde. E a saúde é uma parte importante na vida dos nossos alunos e encarregados de educação.” (FG-AE8,2)</i></p>	<p>Educar é área da educação Saúde é importante na vida dos alunos e EE's</p>	<p>Aceitando a saúde na escola em complementaridade à educação</p>
<p>***</p>		
<p><i>“(…) o sucesso tem as vertentes todas que nós conhecemos. Não é só académico, é em termos pessoais, tem que ver com a saúde, com o bem-estar físico, com o bem-estar psicológico, e portanto, nós considerámos que era fundamental este trabalho de articulação permanente, que nós queremos que seja o mais periódico possível e às vezes não conseguimos.” (FG-ENA9,1)</i></p>	<p>Ter sucesso implica bem-estar pessoal É fundamental o trabalho de articulação permanente Importa a regularidade do trabalho em articulação, nem sempre se consegue</p>	<p>Associando o sucesso (académico) ao bem-estar pessoal e a ter saúde Enfatizando a imprescindibilidade da articulação e parceria: SE-Educação Reconhecendo irregularidade(s) na ritmicidade da relação de parceria</p>
<p>***</p>		

<p><i>“(…) é evidente que qualquer projeto será aquilo que as pessoas queiram que ele seja. E se calhar funciona muito bem, também em consequência, do resultado das pessoas que cá estão.” (FG-AE6)</i></p> <p><i>“(…) É evidente que a pessoa ... vamos lá ver: como em qualquer projeto, o projeto só é. Só se realiza. Só se concretiza, dependendo das pessoas que tem à frente deles.” (FG-AE6)</i></p> <p>***</p> <p><i>“(…) Eu acho que todos nós temos que saber onde estamos, colocarmo-nos no nosso lugar. É, é um passo muito importante para termos uma noção de proximidade com as pessoas. Para as pessoas poderem abrir e dizer: não! Posso confiar!” (V.Enf.SE8)</i></p> <p><i>“(…) Olhe, a minha palavra é que devem continuar. Seja a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) seja outra e que saiba lidar como a enfermeira (omissão do nome da enfermeira sabe lidar com a minha filha, eu falo pela minha (C)... eu acho que sim ...” (FG2-Pais-EES-RLs)</i></p>	<p>Projetos dependem das pessoas para serem realizados</p> <p>Os projectos acontecem devido às pessoas que têm à frente</p> <p>Compreender o contexto</p> <p>Saber colocar-se no seu lugar</p> <p>passo importante para criar proximidade</p> <p>As pessoas abrirem e confiarem</p> <p>Enfs.SE devem continuar nas Escolas</p> <p>Devem “saber lidar” com os outros</p>	<p>Reconhecendo o capital humano das pessoas para concretizarem projectos</p> <p>Substanciando o profissional, a partir da pessoa</p> <p>Sabendo Situar-se cria proximidade e abertura ao outro</p> <p>Estabelecendo a base da confiabilidade a partir do Saber-ser e estar</p> <p>esforçando-se para saber relacionar-se com os outros: saber lidar com os outros</p>
<p><i>Iniciando a Construção da Relação de Confiabilidade com a Escola</i></p> <p><i>Estabelecendo relação com uma escola nova</i></p> <p><i>Estabelecendo relação inicial com uma escola</i></p>		
<p><i>“(…) Falou. E, eu fui à escola e disse: «olhe, eu sei que se passou isto assim, assim e, queria perguntar se vocês querem a minha ajuda, enquanto equipa de saúde escolar». Porque é que eu fui nesta postura? porque é uma escola nova. É uma escola que não está habituada à intervenção da saúde escolar. Então, o meu papel foi: eu estou aqui, querem? (interrupção para a participante resolver uma situação) ... Porque no (omissão do nome do concelho) não existe. Sim. tem que ser criada, tem que ser criada. Ou seja, ... neste momento está verde ainda, em relação ao papel da saúde escolar, nas escolas. E não só ao papel da enfermeira (...).” (V.Enf.SE1)</i></p>	<p>Contato inaugural em Escola</p> <p>Relação que não existe.</p> <p>Tem que ser criada</p> <p>Criar relação relativamente à SE e tb ao papel da Enf.^a</p>	<p>Conhecendo um acontecimento numa escola sem SE</p> <p>Predispondo-se a estabelecer Relação de parceria com a Escola Nova</p> <p>Tendo Iniciativa e indo à escola</p> <p>Apresentando-se pessoalmente de forma informal</p> <p>Explicando a intervenção dos Enfermeiros nas escolas</p> <p>Sensibilizando os parceiros da escola</p> <p>Explicitando serem recurso nas escolas</p>

<p><i>“(…) Mas eu acho que de um modo geral, nós enquanto enfermeiros, se não ganhamos a confiança das pessoas com quem cuidamos ..., não conseguimos nada (...)”(V.Enf.SE1)”</i></p> <p><i>“(…) temos que começar um bocadinho fora do que é o âmbito da questão: é há quanto tempo é que nós trabalhamos com o enfermeiro, não é? portanto eu só posso falar do que conheço ... nós tínhamos sempre relação com o Centro de saúde mas não através do enfermeiro (omissão do nome enfermeiro). Tínhamos outro técnico que nos acompanhava, em que a disponibilidade era diferente, pronto. E, portanto, não temos um historial daquilo que é o começo deste trabalho com o centro de saúde, temos este ano.” (FG-AE8,2)</i></p> <p><i>“(…) Portanto, primeiro era uma intervenção ainda um bocadinho ténue...” (FG-AE8,1)</i></p> <p>***</p> <p><i>“(…) eu tenho um bom contacto com aqueles professores, tenho um bom diálogo. Lógico, que nós não podemos entrar na escola como sabedores de tudo, não. Nós entramos na escola com humildade e a dizer: «nós temos, eu tenho este conhecimento, eu gostava de fazer, de vir aqui fazer este trabalho, o que é que vocês precisam?» (V.Enf.SE8)</i></p> <p><i>“(…) aquilo que me dá a sensação é que: como qualquer projeto que surge pela primeira vez, tem sempre alguma desconfiança: o que é que aí vem?! - é mais um! “ (FG-AE6)</i></p>	<p>Os enfermeiros necessitam ganhar confiança das pessoas com quem trabalham</p> <p>Articulação de 1 ano</p> <p>Inicialmente intervenção ténue</p> <p>Ter bom contato ter bom diálogo Entrar com humildade Referir o que sabe Perguntar o que a escola precisa</p> <p>Projetos iniciais geram desconfiança</p>	<p>Deixando contactos pessoais</p> <p>Transmitindo disponibilidade para ajudar</p> <p>Necessitando ganhar confiança de quem cuidam</p> <p>Iniciando Relação de forma ténue entre 1 a 2 anos</p> <p>Estabelecendo relação inicial com a Escola:</p> <p>Sendo humildes</p> <p>Tendo bom contato e diálogo com os outros</p> <p>Sentido desconfiança inicial</p>
--	--	--

<p><i>“(…) Tem que ser trabalhado. É o que eu acho que há mais dificuldade..., é isso. Portanto, esta pessoa que entra na escola, que é externa à escola. E, que está ali em parceria, mas que ... é estranha..., pronto há ali muita ... (riso). Vou articulando com a direcção da escola, com o professor coordenador para a saúde, com o professor do ensino especial, com a psicóloga da escola ..., . Portanto, geralmente vou articulando e, vou tentando conversar, e vou tentando negociar ... para sensibilizar as pessoas (…)” (V.Enf.SE4);</i></p>	<p>Pessoa estranha à escola Articula-se com a direcção, com o professor coordenador PES; com o professor da educação especial; com a psicóloga Articulando e procurando conversar Negociando e sensibilizando as pessoas</p>	<p>Sendo estranha por ser externa à escola</p> <p>Necessitando realizar diversas articulações com diversos atores da escola (direcção, coordenador PES, psicólogos; professores da educação especial)</p> <p>Realizando sensibilização dos atores da escola através de conversas e negociação</p>
<p>Co-Construindo a Relação com a Escola</p>		
<p><i>“(…) Só que foi-se ... as pessoas foram-se apercebendo que era uma mais valia para a escola. E, a desconfiança inicial passou a ser neste momento a confiança total, porque já não somos nós que estamos a chamar: venham cá. São as pessoas que dizem «quando é que eles cá vêm, quando é que eles cá estão?».” (FG-AE6)</i></p> <p><i>“(…) Geralmente não costumam perguntar. Quando explico algumas, ficam muito admirados. Geralmente as escolas regem-se..., Não têm muita noção do que é que ... do que é que o enfermeiro faz na escola. Sim, uma mais valia e... aliás, naquela mais valia ... vão abrindo a ... porta..., É um processo. (...)” (V.Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(…) Que era de certa forma, ou seja, a saúde passou a vir à escola e eu deixei de me preocupar tanto em ir à procura da saúde, ao centro da saúde. (FG-AE6)</i></p> <p>***</p> <p><i>“(…) penso que isso se cria com a proximidade, com o à vontade: - quando vem cá a enfermeira? - quando é que vem? - quando é que está cá? - quando é que posso lá ir? - e, agora? - e depois? - e, tudo isso são mais valias...”. (FG-AE6)</i></p>	<p>Compreensão da mais valia Escola deixa de ir ao C. Saúde Pessoas perguntam quando os Enfs.SE estão na Escola Passa a existir confiança total</p> <p>Não perguntam Desconhecem intervenção de enfermagem na SE Explicação da Intervenção causa admiração Identificam mais valias Permitem a articulação É um Processo</p> <p>Mais valias decorrem da proximidade e à vontade construídos pelos Enfs. SE</p>	<p>Compreendendo Mais valias em ter SE na Escola</p> <p>Transformação da Relação de parceira Desconfiança inicial a confiança total</p> <p>Compreendendo a construção de relação com a Escola como um processo</p> <p>Criando proximidade e à vontade, facilita a relação e são mais valias</p>

<p>“(...) Para além daquilo que a professora (omissão do nome da professora) já disse que é a tal ponte entre a escola e o centro de saúde o papel dos enfermeiros não fica só por aí.” (FG-AE9,2)</p> <p>“(...) Existe um estreitamento das relações, acho que é mais ... acho que é isso (...). Relativamente aqui ao contributo da saúde em relação ao CAFAP, portanto, o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental também me parece que há um grande contributo por parte da enfermeira (omissão do nome da enfermeira).” (FG-CAFAP)</p> <p>“(...) honestamente, acho que tem corrido muito bem com a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) nesse sentido ... isto já em comparação com outros profissionais com os quais eu também já fui trabalhando, de facto, acho que a articulação tem sido excelente.” (FG-CPCJ)</p> <p>“(...) Muito positivo. Cada vez mais o trabalho do senhor enfermeiro é conhecido. Se há 4 anos atrás providenciou praticamente contactos (...) começou, pouco a pouco a soar em toda escola, e toda a gente sabe e conhece quem é ... (impercetível) é um trabalho muito comunitário.” (FG-AE8,3)</p> <p>“(...) Agora, isto vai-se conseguindo, pouco a pouco. E, acho que no (omissão do nome do concelho) vai-se..., tem-se estado a conseguir devagarinho. Mas aqui, há escolas com realidades diferentes.” (V.Enf.SE1)</p> <p>“(...) O grupo de enfermeiros são muito bem-vindos.” (FG-AE8,1)</p>	<p>Construir-se a ponte entre Escola e Centro Saúde;</p> <p>Estreitamento de Relação Contributos da Saúde ao CAFAP</p> <p>Grande Contributo Enf.s. SE</p> <p>Articulação Excelente entre Enfs.SE – representando a saúde – na CPCJ</p> <p>Articulação de 4 anos</p> <p>Há 4 anos providenciou contactos.</p> <p>Processo lento e sequencial Escolas com realidades diferentes</p> <p>Enfs. SE são bem-vindos nas Escolas</p>	<p>Construindo “ponte” entre a Escola e a SE (Centro de Saúde)</p> <p>Construindo “ponte” entre a SE (o Centro de Saúde) e as entidades da comunidade Contributo muito válido dos Enfs. SE</p> <p>Construindo “ponte” entre a SE (o Centro de Saúde) e as entidades da comunidade Articulação Excelente</p> <p>Estabelecendo a relação, Temporalidade da relação (4 anos)</p> <p>Conseguindo-se estabelecer a relação devagar e sequencialmente</p> <p>Conhecendo escolas com realidades diferentes</p> <p>Acolhendo bem os Enfs. SE .</p>
<p>Co-consolidando a Construção da Relação</p>		
<p>“(...) já trabalhamos à cerca de 5 anos em parceria que foi lentamente aumentando, ou sendo criados maiores laços ... e perceber exatamente até que ponto é que se poderia trabalhar.” (FG-AE6)</p>	<p>Articulação com 5 anos</p>	<p>Consolidando a relação, Temporalidade da relação (5 anos)</p>

<p>***</p> <p><i>“(...) Esse, também, é um trabalho que, que é feito ao longo dos anos. Portanto, são praticamente seis anos na Saúde Escolar e ao fim desses seis anos é que a pessoa de referência acaba por ser reconhecida naquela escola.” (V.Enf.SE5)</i></p> <p><i>“(...) tendo em conta que é uma parceria de já alguns anos, já se criou as tais pontes que estava a falar á bocadinho, e sempre que é preciso alguma coisa á escola, o enfermeiro, também sabe com quem é que tem de se dirigir para resolver aquela situação ou aquele problema e vice-versa.” (FG-AE8,3)</i></p>	<p>Articulação com 6 anos Reconhecimento Enfs.SE</p> <p>Relação estabelecida Cada ator sabe o seu papel e a quem se dirigir para resolver situações</p>	<p>Relação estabelecida, Temporalidade da relação (6 anos)</p> <p>Consolidando a relação de parceria</p>
<p>***</p> <p><i>“(...) Mas este ... tem sempre vindo em crescendo, mas já existe no mínimo à 10 anos.” (FG-AE6)</i></p> <p><i>“(...) Fazem parceria connosco e pertencem mesmo à escola, à equipa, alias a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) faz parte do nosso conselho geral e não é por acaso que as pessoas são convidadas pelo conselho geral, são pessoas que vestem o nosso projeto ... tem que se perceber.” (FG-AE8,1)</i></p>	<p>Articulação c/ 10 anos</p> <p>Articulação com muitos anos São parceiros da Escola Têm pertença à escola Integram o Concelho Geral “Vestem” o projeto da escola</p>	<p>Relação consolidada, Temporalidade da relação (10 anos)</p> <p>Obtendo retornos do investimento na construção da relação de parceria com a escola</p>
<p>***</p> <p><i>“(...) Cada vez melhor. E cada vez passa o ano melhor, porque nós vamos conhecendo-nos melhor, articulando-nos melhor, e torna o processo mais fácil, é mais facilitado.” (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(...) Há muitos anos desde que eu estou nesta escola, este grupo é o 3º grupo a trabalhar a educação para saúde. E, quando eu cheguei à educação para saúde - ao PES - já os outros dois grupos anteriores (eu lembro-me com o (omissão do nome do professor) com a professora (omissão do nome do professora) e com a professora (omissão do nome do professora) também,</i></p>	<p>Maior tempo v/s Melhor articulação na parceria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - melhor conheci.tº; - melhor articulação; - processos mais facilitados; <p>Articulação com muitos anos 3º grupo: Eq.ª PES</p>	<p>Estabelecendo uma associação entre melhor articulação na parceria tempo e maior temporalidade</p> <p>Preservando-se a parceria apesar das mudanças de professores, na coordenação PES</p>

<p><i>já trabalhavam muito em parceria, neste caso com o Doutor (omissão do nome do médico) e com a enfermeira (omissão do nome da enfermeira).” (FG-AE6)</i></p> <p>***</p> <p><i>“(...) Mas que acreditamos que é um elemento imprescindível hoje em dia numa equipa de intervenção. Comigo, são os meus parceiros preferidos ... são aqueles que estão comigo mais facilmente disponíveis, portanto a todos os níveis trabalhando comigo na planificação, na operacionalização, quando eu tenho uma duvida é a eles que eu recorro, questões (...).”(FG-AE8,1)</i></p> <p><i>“(...) As escolas aqui nomeadamente, sempre tiveram essa maneira, essa ... esse papel, foi: quando nós precisamos, nós ligamos à saúde escolar. Ou seja, as escolas ... eu acho de um modo geral, que as escolas reconhecem o papel da saúde escolar. Ou seja, pelo menos todos nos conhecem e todos sabem que nós podemos ajudar. Nomeadamente, situações em que já é muito difícil...” (VEnf.SE1)</i></p> <p><i>“(...) Na realidade para começar o papel do enfermeiro é muito mais continuado, o enfermeiro vem do início do ano até ao final do ano, todas as semanas ele está na escola e muitas das vezes durante a semana, em muitas vertentes... e já conhece os meninos, já os chama ... os meninos pelo nome. Só isso, estabelece logo aqui um quebra gelo. Por exemplo, os miúdos ... os pais trabalham, portanto as enfermeiras já conhecem essas características, conhecem os nomes próprios: olha terça feira vamos falar. Eles próprios enviam o nome, portanto eu acho que é o que faz a diferença.” (FG-AE8,1)</i></p>	<p>Mantendo a Relação apesar das mudanças de professores na Eq,^a PES</p> <p>Enfs.SE elementos imprescindíveis em equipas de intervenção</p> <p>Parceiros preferidos Estão com a escola, disponíveis</p> <p>Intervém na planificação e operacionalização e validação de dúvidas ou questões</p> <p>Escola contata Enf.SE</p> <p>Perante necessidades</p> <p>Conhecem Enfs.SE</p> <p>Reconhecem valor na parceria</p> <p>Papel mais continuado;</p> <p>Desde início ao final do ano letivo;</p> <p>Enfs.SE conhecem meninos;</p> <p>Enfs.SE chama meninos pelos nomes</p> <p>Enfs. SE conhecem características da vida dos meninos</p> <p>Ajudam bastante</p>	<p>Imprescindibilidade dos Enfs. SE como parceiros na escola em equipas de intervenção.</p> <p>Colaborando a diversos níveis: planeamento, operacionalização, e sendo recurso.</p> <p>Contatando os Enfs. SE quando têm necessidade</p> <p>Desempenhando um papel na escola, todas as semanas, em continuidade, ao longo do ano letivo.</p> <p>Demonstrando conhecerem os adolescentes e características da sua vida</p> <p>Chamando os adolescentes pelo nome</p>
---	--	--

<p><i>"(...) Para mim, ajudou-me bastante." (FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>"(...) Para mim também. Porque o (D, referindo-se ao filho) tem problemas de hiperatividade com défices de atenção. Foi diagnosticado aos três anos e já conheço a enfermeira há muito tempo mesmo, há doze anos. E, pronto, acaba por me facilitar... facilita-me em muitos aspetos. Facilita-me no aspeto que se por vezes preciso de marcar uma consulta urgente para o (D) no CH em pedopsiquiatria ela acaba por agilizar melhor as coisas porque vai a reuniões e acaba por agilizar as coisas... o (D) também está referenciado por causa do comportamento à CPCJ que está quase a ser... e, ontem, como a enfermeira também faz parte da Comissão, e também acaba por facilitar em muitos aspetos porque está tudo interligado e acabamos por comunicar muito mais facilmente umas com as outras quando é preciso intervenção." (FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p>	<p>Filho c/ HDA (diagst.3 anos) Conhece Enf.SE à 12 anos</p> <p><u>Enfermeira Ajuda porque</u></p> <p><u>Facilita:</u> Marcação consultas urgentes (pedopsiquiatria) Agiliza tudo pq vai reuniões Referenciado na CPCJ (pelo comportamento) e a Enf.ª faz parte da comissão e</p> <p>Ajuda pq está tudo interligado</p>	<p>Ajudando os Pais/EE's/RL's (de adolescentes com NSEe NEE)</p> <p>Interligando a ajuda nos sectores da Saúde, Educação e Social</p>
<p>Adquirindo Papeis ao longo da Co-construção da Relação de Confiabilidade</p>		
<p><i>"(...) eu acho que os enfermeiros têm que gostar disto e têm que perceber que este facto é importante, que esta intervenção é importante, tal e qual como todos nós andamos, portanto se não perceberem, se não sentirem de dentro para fora que efetivamente é essa a sua função e este papel é de extrema importância para os alunos e para as famílias, isto não resulta." (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>"(...) Nós, na área da saúde temos tentado promover todas aquelas praticas saudáveis e levá-los a uma literacia na saúde, mas o papel do enfermeiro torna-se importante quer para os miúdos, os alunos, quer para todo o resto dos elementos da comunidade." (FG-AE6)</i></p> <p><i>"(...) Tem que ser trabalhado. É o que eu acho que há mais dificuldade..., é isso. Portanto, esta pessoa que entra na escola, que é externa à escola. E, que está ali em parceria, mas que ... é estranha (...)" (V.Enf.SE4)</i></p>	<p>Importância do Papel dos Enfs.SE para a Escola, Alunos e Famílias. Enfs. SE devem gostar desta área de intervenção Devem sentir a sua função</p> <p>Relevância do Papel dos Enfs.SE</p> <p>Enfs. SE no papel de estranhos</p>	<p>Reconhecendo importância ao papel dos Enfs. SE</p> <p>Adquirindo Representação Social</p> <p>Tendo papel na escola relevante</p> <p>Percorrendo os papeis de estranho, a profissional de referência, até à pertença na equipa da escola</p>

<p>“(...) Mas, esse caminho faz-se ao longo destes anos todos, porque primeiro, e aquilo que eu senti pessoalmente, é: «quem é esta que agora aparece aqui na escola ... e que quer trabalhar connosco? O que é que tem para nos oferecer também (entre aspas) mas o que é que vamos fazer agora»” (V. Enf.SE5)</p> <p>“(...) Esse, também, é um trabalho que, que é feito ao longo dos anos. Portanto, são praticamente seis anos na Saúde Escolar e ao fim desses seis anos é que a pessoa de referência acaba por ser reconhecida naquela escola.” (V.Enf.SE5)</p> <p>“(...) Eu entendo assim e numa equipa multidisciplinar portanto é importante o professor se estamos a falar de aluno – escola, é imprescindível o aluno, é muito importante o professor se estamos a falar em aluno é imprescindível o professor, mas é muito importante o enfermeiro, é muito importante o psicólogo, é muito importante outros técnicos, e é esta articulação. (FG-AE8,2)</p> <p>“(...) Nós sentimos a enfermeira como uma pessoa da nossa equipa.” (FG-ENA9,1)</p> <p>“(...) nós o entendemos como elemento de equipa, como é o psicólogo, como é o terapeuta da fala, é um elemento imprescindível em termos de intervenção...” (FG-AE8,1)</p> <p>***</p> <p>“(...) a enfermeira tem sido um modelo daquilo em que acredita e nós também acreditamos (ruídos) temos os mesmos objetivos, estamos a trabalhar para o mesmo, mas com visões diferentes.” (FG-ENA9,1)</p> <p>***</p> <p>“(...) Também ... porque nós quando trabalhamos na comunidade, eu não sou a X (omissão do nome da</p>	<p>Enfs. SE no papel de pessoa de referência</p> <p>Enf.SE no Papel de Pertença à equipa da Escola.</p> <p>Assumir o papel de Modelo para os outros.</p> <p>Trabalham p/ mesmo objetivo c/ visões diferentes</p>	<p>Adquirindo o papel de pessoa (profissional de saúde) de referência</p> <p>Adquirindo o papel de pertença na equipa multiptofissional da escola</p> <p>Sendo um Modelo para os parceiros</p> <p>Papel de Profissional de Saúde</p>
---	--	--

<p>participante) ... sou a enfermeira e represento uma instituição. E, eu quando vou para fora, tenho o papel de representar esta instituição da melhor maneira, não é? – a gente tem que pensar que, também, quando entramos nas escolas não é só eu que estou em causa. É a instituição que vai atrás de mim.” (V.Enf.SE1)</p> <p>“(…) Relativamente à participação da enfermeira aqui na CPCJ ... ela representa a saúde ...” (FG-CPCJ)</p> <p>***</p> <p>“(…) a população alvo com que trabalho são alunos considerados com necessidades educativas especiais. E aqui, o papel dos enfermeiros tem sido muito determinante em apoio de enfermagem, de saúde para os nossos alunos.” (FG-AE8,3)</p> <p>“(…) ir para além daquilo que é o aspeto mais tradicional, daquilo que é visto como o papel do enfermeiro, que é o cuidado médico ... e tentarmos chegar a outro patamar, dessa capacitação...” (FG-ENA9,1)</p> <p>***</p> <p>“(…) É assim..., eu acho que é quem está diretamente na saúde. Porque tem a perceção a nível de cada faixa etária, quais são as necessidades que existem para a promoção da saúde e quais os cuidados a ter para haver saúde. Portanto, nesse caso, estão mais acreditados ... Também trabalhar e explicar às crianças o que é que eles necessitam de fazer, o que é que devem ou não fazer, e que hábitos é que devem ter ou não para promover essa mesma saúde.” (FG1-Pais-EEs-RLs)</p> <p>“(…) E sempre foi uma área que eu sempre que havia algumas faltas porque eu tenho a formação científica em biologia, mas não tenho de saúde, portanto esse a vontade que os enfermeiros têm em falar destes temas nunca tive, tinha o a vontade por falar dos temas, mas não conhecimento que deveria ter.” (FG-AE5)</p>	<p>Enfs.SE no desempenho de papel de Enfermeiro que representa a instituição de saúde na comunidade</p> <p>Papel enfermeiros com alunos com NEEs</p> <p>Apoio de enfermagem</p> <p>Necessidade de ir para além desse papel do cuidado de enfermagem (representação social que a sociedade tem)</p> <p>Enfs.SE percebem as necessidades das crianças e adolescentes em cada faixa etária,</p> <p>Conhecem os cuidados a ter para haver saúde.</p> <p>Estão mais acreditados para explicar o que é que eles necessitam de fazer, que hábitos é que devem ter para promover a saúde</p>	<p>Papel de Representante da Saúde, na comunidade, nas Entidades da Comunidade (CPCJ e CAFAP)</p> <p>Papel de Profissional de Saúde tradicional Prestador de cuidado “médico”</p> <p>Papel de Promotor da Saúde visando a capacitação</p> <p>Papel de Profissional de Saúde Co-educador em Saúde</p>
---	--	--

<p><i>“(...) E também há outra questão que é «os santos de casa não fazem milagres» portanto, eu posso ter o mesmo discurso que o enfermeiro com a minha filha, mas ela vai perceber e assimilar muito melhor do que toda a informação que eu lhe possa dar, mas mesmo muito melhor.” (FG1-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>“(...) Até porque as pessoas na área da saúde, na área da enfermagem estão sempre mais habilitadas, não é? - do que propriamente o professor, mesmo na área das ciências.” (FG-AE8,2)</i></p> <p><i>(...) “Eu acho que os enfermeiros são bastante importantes porque, às vezes, há falta de conhecimento, ou o conhecimento não é bom - o que se tem - e eles esclarecem as dúvidas e ajudam...” (FG1-Adolescentes);</i></p> <p><i>***</i></p> <p><i>“(...) é como se fosse a nossa mãe cá na escola” (FG4-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(...) Como a professora (omissão do nome da professora). O (D) ... a professora (omissão do nome da professora) é como uma segunda mãe, ele vai fazer queixas à professora (G) de mim (risos...). Eles sentem-se... ela sente-se protegida acho que pela enfermeira (omissão do nome da enfermeira) e pela professora (omissão do nome da professora)” (FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>(...) “Então...! para ajudar agente quando estamos muito ... muito não, “tipo”: sei lá, assustados com alguma coisa (...). Cenas, sei lá! ... assusta na escola...”; (FG4-Adolescentes)</i></p> <p><i>***</i></p> <p><i>(...) então a enfermeira (omissão do nome da enfermeira), às vezes, fala connosco e conta-nos a nós, diz-nos as coisas e depois fala com os pais que é para os pais chegarem á conclusão que a gente sabe (...). Ficam</i></p>	<p>Enfs.SE têm conhecimentos de Saúde e abordam os temas da área da saúde com facilidade e legitimidade por serem profissionais de saúde</p> <p>Pais falam de saúde em casa mas percebem que os filhos “não os ouvem”, mas vão ouvir os Enfs. SE.</p> <p>Há falta de conhecimento</p> <p>Conhecimento não é credível</p> <p>Enfs. SE esclarecem dúvidas</p> <p>No papel de “Mãe” na Escola</p> <p>No papel de “2ª Mãe” na Escola</p> <p>No papel de Adulto seguro (adolescentes sentem-se à vontade para “fazer queixas dos pais” aos Enfs.SE e Coordenador PES)</p>	<p>Enfs.SE no papel de Adulto Seguro (“substitutos das mães”)</p> <p>Enfs.SE Mediadores da informação na família</p>
--	--	--

<p><i>mais descansados porque há alguém que tem de falar connosco e não são eles. (FG4-Adolescentes);</i></p> <p>***</p> <p><i>“(…) Porque se ele vê alguém a bater num mais pequenino o (D) vai lá e dá socos no outro ... mas o (D) é que é o mau! foi defender o menino ... mas o (D) é que é o mau porque dá socos nos outros ... e o (D) é sempre aquele ... prontos, é o mau da fita...!» E a professora (omissão do nome da professora) acaba por ... e a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) acabam por, em termos de escola, explicar a situação ... e, «não! ele realmente agiu mal porque não devia ter batido nos outros, mas os outros também não agiram bem porque estavam a bater num mais pequeno ... » e isso é muito bom porque o (D) sente-se um bocado protegido porque elas, acreditam nele, pronto.” (FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p>***</p> <p><i>““(…) Elas (referindo-se às enfermeira e coordenadora PES da Escola) também acabam por ser quase como psicólogas. Temos um à vontade tão grande porque elas acabam por saber os nossos problemas, o nosso histórico de vida e acabam por ser também um bocado psicólogos porque nós também aparecemos para falar com elas e trocamos ideias e, pronto..., (...) Sentimo-nos bem.” (FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p>***</p> <p><i>“(…) Acho que a ..., a mais-valia, se calhar mais evidente...! a melhor mais-valia que eu posso aqui identificar, é o papel social dos enfermeiros na comunidade. Essa é, é a mais-valia.” (V.Enf.SE8)</i></p> <p><i>“(…) Para além daquilo que a professora (omissão do nome da professora) já disse que é a tal ponte entre a</i></p>	<p>Enfs. SE falam com os adolescentes, Dizem-lhes a informação,</p> <p>Depois falam com os pais referindo que eles já têm conhecimentos (Ed. Sexual)</p> <p>Adolescentes com NEEs (já sinalizados à CPCJ por questões comportamentais) continuam a ser vistos como “os que causam o problema” nas Escolas</p> <p>Mesmo quando estão a proteger meninos mais pequenos</p> <p>Acabam por ser quase psicólogas</p> <p>Pais têm grande à vontade</p> <p>Sabem histórico de Vida</p> <p>Sabem problemas famílias</p> <p>Pais aparecem para falar com elas</p> <p>Trocam ideias</p> <p>Sentem-se bem</p> <p>Papel Social dos Enfermeiros na comunidade.</p>	<p>Enfs.SE no papel de co-educadores em Saúde (particularmente em Ed. sexual)</p> <p>Papel Dvogado ou Defensores dos Direitos dos adolescentes com maior dificuldade de comunicação e reflexão</p> <p>Papel de Conselheiro</p> <p>Enfs. SE no papel social na comunidade. Interconectam profissionais, unidades e recursos na comunidade</p>
---	---	--

<p><i>escola e o centro de saúde o papel dos enfermeiros não fica só por aí.” (FG-AE9,2)</i></p> <p>***</p> <p><i>(...)“Eu lembro-me de uma vez, não sei há quantos anos é que foi, mas houve uma palestra sobre a SIDA (...) em que os alunos iam lá e foi muito importante. Eu acho que só estava uma enfermeira..., A mim quando foi, veio cá uma enfermeira..., A mim, acho que veio uma enfermeira com uma estagiária...” (FG1-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(...) Na altura que eles já não tinham os testes, deixámos o terminar os testes e, fez essa, essa sessão. Nós colaborámos aqui na altura, também, depois eu colaborei, na altura estava cá ... a estudante também, que estava a fazer o ensino clínico ... que também colaborou a fazer essa apresentação.” (V.Enf.SE2);</i></p> <p>***</p> <p><i>“(...) Não sei. Permanência seria uma utopia, para já, não quer dizer que não funcione. Agora efetivamente ao numero de horas afetas deveria ser maior sem duvida porque a realidade o trabalho é pesado é muito positivo, com o pouco que se faz, pouco é muito.(...) Gostaria mais que ele fosse o nosso (Risos). Eu pensei muito, sinceramente era o ideal ... tem que estar a dividir com outras escolas.” (FG-AE8,3)</i></p> <p>***</p> <p><i>“(...) e uma outra coisa que é: eu não sei se tem a ver com o facto de não ser uma presença física de todos os dias na escola ... vem cá de vez em quando. O facto de haver também essa separação, também de não vir todos os dias à escola, também é importante. Porque a partir do momento que nós temos um recurso diário da escola a relação aqui começa a ser diferente, e o facto de eles saberem que ela está cá muitos dias e qualquer altura pode cá vir não é ... mais, não está sempre cá e para um jovem principalmente para um jovem nem tanto para as crianças, mais para um jovem é muito</i></p>	<p>Construção de Pontes entre os sectores: Educação e Saúde</p> <p>Papel de Enfermeiro Orientador de ensino clínico de estudantes de Enfermagem</p> <p>***</p> <p>Permanência a tempo inteiro é utopia Grande necessidade de alocação de mais horas Trabalho pesado recurso dividido por várias escolas</p> <p>Não é presença física diária na escola, Ocorre separação, não estar todos os dias, Poder estar em qualquer momento, Jovens apreciam, Sabem ser da escola,</p>	<p>Conectores de Relações entre pessoas, instituições e recursos da comunidade</p> <p>Adquirindo o papel de Enfermeiro Orientador de Ensino Clínico</p> <p>***</p> <p>Modelo de enfermeiro escolar é utópico Não significa que não funcione</p> <p>Necessidades reais, implicam:</p> <p>Aumentar n.º horas alocadas ao AEs</p> <p>Permanecer só num AE, não ser recurso partilhado</p> <p>Diferindo a relação com professores e com Enfs. SE:</p> <p>Relação professores-alunos é diária e imposta</p> <p>Relação Enfs. SE-adolescentes é semanal e facultativa</p>
--	--	--

<p><i>importante saber que apesar de ser da escola também consegue ter uma distancia em relação às coisas que acontecem na escola e para ele já é importante isso também, porque a relação com os professores é diária não é? É imposta cá. A relação com enfermeira é diferente não sei se me estou a fazer explicar bem! (FG-AE5)</i></p>	<p>Tem distância ao que se passa na escola, Com os professores: - relação diária, imposta Com os Enfs.SE - relação facultativa</p>	<p>Cria distância, ocorre separação em não estar todos os dias</p> <p>Sabendo que é da escola, adolescentes sabem que Enfs. SE têm distância do que se passa na escola</p>
---	---	--

Conhecendo Características dos Enfs.SE pelos atores da escola

<p><i>“(…) É preciso ter perfil ... senão...,. O que é facto, é que eles conseguem e o mérito é deles...,. O perfil que as pessoas têm, do qual são dotadas.” (FG-AE6)</i></p> <p><i>“(…) Têm que ser pessoas com um certo perfil. Podem ser bons profissionais, mas se não tiverem aquela empatia e se não tiverem a parte educativa da ... da questão, não é? (...) E, portanto, o perfil da pessoa em relação ao relacionamento com os alunos e a empatia que pode criar, é dos aspetos mais importantes.” (FG-AE8,2)</i></p> <p><i>“(…) E a enfermeira, quando chega aceita. Acha que sim, que devemos ir mais além daquilo que ...,. E, dá-nos imensas ideias ... e sugestões.” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“(…) E há um respeito, vê-se que há um respeito da enfermeira a falar com eles, pronto. (...). Ela sente-se muito segura com elas, a sério, com estas duas pessoas.” (FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>“(…) Sim ... mas isso, se calhar, também depende um pouco dos profissionais. Na verdade eu sinto que existe uma maior pragmatidade na resolução das situações ... e, honestamente, acho que tem corrido muito bem com a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) nesse sentido...” (FG-CPCJ)</i></p> <p><i>“(…) Disponibilidade a 100%; bastante abertura de espírito ... a enfermeira vem sempre com novidades que nos permite estar atualizados, é motivadora, traz ideias</i></p>	<p><u>Características dos Enfs.SE</u></p> <p>Abertos Abertura de Espírito Acessíveis Aceitação dos outros Aceitação de sugestões Aceitam os adolescentes como eles são Adaptabilidade Adoram o que fazem Afetuosos Ajudam (em vários aspetos) Amigos Amorosos Apoiam Boa vontade Bom Senso Calmos Carinhosos Credíveis Capacidade para ouvir Capacidade para integrar equipa da Escola Capacidade de “chegar aos miúdos” Conta o que se faz noutras escolas Confiáveis Capacidade de integração Colocam à vontade Compreensão</p>	<p>Conhecendo as características dos Enfs. SE</p> <p>Reconhecendo competências comunicacionais e relacionais</p> <p>Definindo um núcleo de características que constituíram 4 conceitos de Atitudes relacionais:</p> <p>(1) Atitude de Amabilidade: Dedicar atenção ao outro, ter boa disposição, cumprimentar (sorrir, acenar aos atores da escola), ser simpática(o)</p> <p>(2) Atitude de Consideração: respeitar as pessoas, os espaços, tempo e</p>
---	---	---

<p><i>... está sempre motivada e adora o que faz”; E é o empenho, a responsabilidade porque nós sabemos que quando temos alguma coisa vai ser cumprido.” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“(…) Pronto, mas é nesse aspeto, eu contato com elas, elas estão sempre disponíveis, às vezes até me sinto um bocado mal (de estarmos a chatear…) porque, é assim eu quando saio do trabalho também não gosto que me liguem...” (FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>“(…) Nós falámos da disponibilidade porque é aquilo que de facto se destaca apesar de outras, não é? - a qualidade do serviço prestado ... e, isso tudo também. E espera que as pessoas integrem as ideias, e que se disponham a querer trabalhar e assim que queremos, ... ela está cá. ” (FG-ENA9,1)</i></p> <p><i>“(…) e depois, porque em termos de linguagem eu noto que também se adaptam a cada idade. Eu tenho um rapaz de 14, mas também uma rapariga de 17, noto a facilidade que existe em falar com eles, com os mesmos termos, na mesma linguagem. Isso é fundamental, porque, às vezes, estar a fazer aquela divisão de tu ali, tu aqui só porque és mais novo e ela é mais velha, às vezes não resulta.” (FG1-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>“(…) E os miúdos acabam por também se sentirem à vontade com ela para falar sobre tudo. Exatamente. ”(FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>“(…) Eu acho que esta é uma realidade muito mais aberta, muito mais explícita, estão sempre disponíveis. Muitas das vezes estão à distância de um telefonema.” (FG-AE8,1)</i></p> <p><i>“(…) É, é! porque, para já, tem uma maneira de ser muito... deixa-nos muito à vontade. É!” (FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>“(…) Ajuda-me a resolver as coisas para que tudo seja mais fácil...”(FG4-Adolescentes);</i></p>	<p>Compromisso</p> <p>Comprometidos</p> <p>Comunicação c/ linguagem adaptada a cada idade</p> <p>Comunicação não agressiva (comunicação assertiva)</p> <p>Cumpridores</p> <p>Dá ideias</p> <p>Deixam os outros à vontade</p> <p>Disponíveis (a 100%)</p> <p>Disponibilidade (24h/sob 24h)</p> <p>Disponíveis presencialmente</p> <p>Disponíveis à distância</p> <p>Empenhados</p> <p>Empatia</p> <p>Enf.^a diz-nos que estamos mal mas não diz de maneira agressiva</p> <p>Estabelecer um Bom contato</p> <p>Fator Humano</p> <p>Garantem sigilo</p> <p>Guardar sigilo</p> <p>Têm saber teórico e saber prático: conhecimentos em saúde e experiência de cuidado</p> <p>Humildade</p> <p>Disponibilidade</p> <p>Flexibilidade</p> <p>Inovadora</p> <p>Interesse</p> <p>Interesse pelos adolescentes</p> <p>Interessam-se pelos alunos</p> <p>Interesse pelos pais</p> <p>Interessados pelos outros</p> <p>maneira de falar connosco</p> <p>maneira de lidar connosco</p> <p>Motivadora</p> <p>Não criticam</p> <p>Não é o criticar</p> <p>Não trata só a parte física, mas a dos afetos; é afetuoso</p>	<p>logística organizacional; ser flexível e adaptar-se às condições situacionais do contexto</p> <p>(3) Atitude de Acolhimento: (aceitação, disponibilidade, humildade, interesse, proximidade)</p> <p>(4) Atitude de Comprometimento: criar laços, congruência, cumprir, flexibilidade, consciencialização de limites: espaço/tempo/esfera de competências</p> <p>(5) Atitude Terapêutica:</p> <p><u>Dimensão da Comunicação Não verbal</u></p> <p>Acolher expressão sentimentos (choro)</p> <p>Manter contato visual</p> <p>Dar atenção ao adolescente, Disponibilidade, Proximidade afetiva, Presença (para colaborar-ajudar-melhorar situações)</p> <p><u>Dimensão da Comunicação Verbal</u></p> <p>Garantir sigilo</p> <p>Definir limites/regras com os adolescentes (construindo a relação)</p> <p>Clarificação dos termos da relação,</p> <p>Não julgar</p> <p>Centrar processo no adolescente, Decisão do adolescente escolher o que quer trabalhar no atendimento</p>
--	---	---

<p><i>“(...) é uma pessoa que não é professora e ainda por cima é mais credível porque está a falar de saúde e é da saúde.” (FG-AE5)</i></p> <p><i>“(...) Disponibilidade, empatia..., Depois também temos que ... temos que ser próximos e, acompanhar. Portanto, temos que ... temos que estar interessados no caso e ... acompanhar regularmente.</i></p> <p><i>Não, não posso..., não posso distrair-me em pormenores, porque senão ele percebe que não estou tão disponível como deveria estar.” (V.Enf.SE4)</i></p> <p><i>“(...) disponibilidade sem dúvida. Sempre, sempre. Fora de horas, à distância de um telefonema, é verdade! Sim pode ligar-se a qualquer hora. Por mail ... que pode ser enviado a qualquer altura, e não só no próprio dia. Sim é verdade. Ah, isso sem dúvida ... sim! Compromisso. De facto tem aqui uma grande disponibilidade, boa vontade, o interesse. (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“ (...) Então...! para ajudar agente (FG4-Adolescentes)</i></p> <p><i>“(...) É simples e acessível. Ou seja, se nós vamos falar com a enfermeira (omissão do nome da enfermeira) por algum motivo, ela está lá pronta para nos ouvir e nos tentar ajudar naquilo que é necessário. E, isso, acho que é essencial.” (FG-AE6)</i></p> <p><i>“(...) Porque às vezes, temos aqui situações muito delicadas e se não há bom senso e se não há fator humano, que era o que as minhas colegas estavam a dizer, nada do resto faz sentido. (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(...) É a maneira de ela lidar connosco, a maneira de ela falar connosco...(...). Não é o criticar. A enfermeira (omissão do nome da enfermeira) quando tem de dizer-nos, diz-nos que estamos mal. Mas não nos diz daquela maneira agressiva. (...) Nós sabemos que eles querem-nos ajudar (*nota: referindo-se aos professores) só que</i></p>	<p>Pacientes</p> <p>Prestam serviço de qualidade</p> <p>Persistentes</p> <p>Pragmaticidade</p> <p>“Peça” do jogo para trabalhar em conjunto</p> <p>Pedir ajuda se precisarem</p> <p>Presença</p> <p>Responsáveis</p> <p>Respeitadores</p> <p>Segurança</p> <p>Não conta a ninguém</p> <p>Não desistem: persistem</p> <p>Querem o melhor p/ alunos</p> <p>Queridos</p> <p>Sabe lidar também c/ adultos</p> <p>São grande apoio</p> <p>São um apoio, Grande apoio</p> <p>Ser Humilde na abordagem</p> <p>Simpática</p> <p>Simples</p> <p>Tem a parte dos afetos com os miúdos e connosco</p> <p>Ter um Bom diálogo</p> <p>Ter discurso adequado;</p> <p>Vai ajudar-nos</p>	<p>Não diretividade,</p> <p>Investir na aprendizagem com grupos de adolescentes</p> <p><u>Dimensão Atitudinal</u></p> <p>Aceitação</p> <p>Compromisso,</p> <p>Interesse genuíno pelos adolescentes</p> <p>Acompanhar - dar atenção ao longo do processo de cuidado,</p> <p>Permanecer no cuidado,</p> <p>Autenticidade,</p> <p>Sinceridade,</p>
--	--	---

<p><i>são muito agressivos e acabam por não nos ajudar em nada ... porque a gente depois não vai ouvir eles ... e, assim ainda nos enervamos mais.” (FG4-Adolescentes);</i></p> <p><i>“(...) Não trata só a parte física mas a dos afetos, acho que é característica dele, é afetuoso. Ele tem a parte dos afetos ... com os miúdos e connosco e sabe lidar muito bem também com os adultos. (FG-AE8,3)</i></p> <p><i>“(...) Sim, se contarmos alguma coisa que é nossa vai-nos sempre ajudar e, ela não conta a ninguém”; (FG4-Adolescentes);</i></p> <p><i>“(...) Porque estão disponíveis vinte e quatro sobre vinte e quatro horas e interessam-se pelos alunos, e por nós, como pais. Pronto, e é assim, acabam por ser um apoio, acima de tudo são um grande apoio, porque querem o melhor para os nossos meninos...” (FG2-Pais-EEs-RLs)</i></p> <p><i>“(...) Dá ideias, conta o que se fez noutras escolas e, ou seguimos o exemplo ou fazemos coisas semelhantes de maneira diferente. E parece-me ..., não sei quantos anos a enfermeira tem de serviço, mas a sensação que tenho é que está sempre a começar, não tem aquele desgaste...” (FG_ENA9,1)</i></p> <p><i>“(...) Então, acho que me tenho saído bem, porque sou humilde com os professores e sou humilde por isto. Eu aceito as sugestões deles, eu aceito, quando não podem num dia por isto ou aquilo, outro e mudam para outro. ok, eu estou disponível, consigo, não tenho para, nada para adiar, ou seja, tem que haver aqui uma mobilidade na nossa mente, não sermos rígidos, não é? E, eu consigo o mesmo com os miúdos, mesmo com os jovens, eles sabem que têm ali, eu digo: sempre que precisarem, eu ando nos corredores, digam-me que querem falar comigo e a gente conversa.” (V.Enf.SE8)</i></p> <p><i>“(...) Profissionalismo, disponibilidade, simpatia, uma perfeita integração ... portanto à partida é toda esta</i></p>		
--	--	--

<p>capacidade de integração, de disponibilidade, de boa vontade, de paciência. Ela faz parte da casa, pronto. Se calhar outras pessoas, não o conseguiriam fazer (riso).” (FG-AE6)</p> <p>“(…) Porque é uma pessoa que nós conseguimos falar ... tipo abertamente e que sempre que nós tivermos um problema podemos ir ter com ela, que ela tenta-nos ajudar da melhor maneira possível” (FG4-Adolescentes)</p> <p>“(…) E esta questão do ser assertivo, do ser empático, do vir para a escola como elemento da equipa, não alguém que vem apenas como uma parceria (...) «que pertença à escola também, que sou mais uma peça daquele jogo, estou ali para trabalhar em conjunto» (...) e depois é isto: é inato acho eu, esta característica que só alguns têm de conseguir chegar aos miúdos, de proximidade, de ter um discurso adequado, de estar disponível para eles, também para os ouvir.” (FG-AE8,1)</p> <p>***</p> <p>“(…) Ela não se desorienta com facilidade. Mesmo aqui na confusão, nunca a vi desorientada (risos) acho que tem um grande “arcaboço” para ouvir, para aceitar, e para ajudar.” (FG-AE6)</p>		
<p>Conhecendo Características dos Enfs.SE pela observação – interação na chegada à escola</p>		
<p>“(…) Assim que chega a escola é saudada pelo assistente operacional que está destacado no portão de entrada, que sabe muito bem que ela é enfermeira “bom dia, Sra. Enfermeira, diz”. (NC: Obsv1. Enf_SE2_230516).</p> <p>“(…) Entramos no edifício principal da escola e as assistentes operacionais cumprimentam a enfermeira à medida que ela vai passando.” (NC: Obsv1. Enf_SE6_250516)</p> <p>“(…)Ao portão a assistente operacional cumprimenta a Enfermeira que devolve o cumprimento sorrindo e, explica a presença da investigadora, referindo ter autorização da direcção para a poder acompanhar.”</p>	<p>Chegada à escola</p> <p>Saudação (AO portão) identificada</p> <p>Cumprimentos</p> <p>Cumprimentos</p> <p>Sorrisos</p> <p>Explica a presença da invest.</p> <p>Pedido autorização</p>	<p><u>Chegada à escola</u></p> <p>O processo de cuidados dos enfermeiros relacionado com o mundo humano caracteriza-se a partir do momento da chegada à escola.</p> <p>Chegar à escola significa <i>aproximar-se em relação</i> aos atores da escola que a contactaram.</p> <p>E, antes de iniciar a resposta às diversas solicitações, <u>empreende diversas acções</u> facilitadoras da garantia de manutenção nesta relação profissional:</p>

<p>(NC: Obsv1. Enf_SE7_101116)</p> <p><i>“(…)e duas assistentes operacionais na entrada da escola, cumprimentam a enfermeira.</i></p> <p><i>Acenam, sorriem e referem que o gabinete está um bocadinho desarrumado.”</i></p>	<p>Chegada à Escola</p> <p>Chegada ao Gabinete</p> <p>Cumprimentos (acenos, sorrisos)</p> <p>Gabinete desarrumado</p>	<p>1) <u>cumprimentar</u> todos os intervenientes com simpatia: sorrindo, acenando;</p> <p>2) <u>Pedir autorizações</u> (entrar e p/ invest. Obsrv)</p> <p>3) <u>Explicitar motivo de ida</u> à escola</p>
<p>(NC: Obsv1. Enf_SE5_311016)</p> <p><i>“(…) O Enfermeiro chega à escola sorridente. Ao portão da escola, cumprimenta a Assistente operacional e explica a presença da investigadora. Pede autorização para entrar.</i></p> <p><i>Entramos e dirigimo-nos para o edifício central da escola. À entrada estão duas assistentes operacionais que o enfermeiro cumprimenta e a quem pede autorização para entrar na escola”. (NC: Obsv1. Enf_SE8_041116)</i></p>	<p>Sorridente</p> <p>Cumprimenta (AO portão)</p> <p>Explica a presença da invest.</p> <p>Pede autorização p/ entrar</p> <p>Entramos</p> <p>Dirigimo-nos para edifício central</p> <p>Cumprimenta (AOs entrada)</p> <p>Pede autorização p/ entrar</p>	<p><u>Estando numa reunião na escola</u></p> <p>Comunicando com tranquilidade</p> <p>Situando-se no tema em análise</p>
<p><i>“(…) A Enf.ª. é assertiva quando coloca as suas questões; Fala em tom de voz moderado e tranquilo; Mantém o contato visual com os intervenientes; Aguarda pela sua vez de falar; Raramente interrompe algum interveniente; Aponta as decisões, num bloco de notas.” (NC: Obsv1. Enf_SE2_230516).</i></p>	<p>Assertividade</p> <p>Tom de voz moderado que imana tranquilidade</p> <p>Estabelece contato visual</p>	<p>Mobilizando as competências comunicacionais verbais e não verbais</p>
<p><i>“(…) A Enf.ª escuta atentamente, dispõe-se numa distância interpessoal (1m), olha a interlocutora nos olhos e, vai colocando questões para obter mais informação. Demonstra interesse, atenção, e escuta ativamente a professora.” (NC: Obsv1. Enf_SE5_311016).</i></p>	<p>Não interrompe</p> <p>Aguarda e fala na sua vez</p> <p>Regista decisões</p> <p>Escuta e escuta ativa</p> <p>Proxémica: dist. Interpessoal</p> <p>Mantém contato visual</p> <p>Coloca questões</p> <p>Demonstra atenção e Interesse pelo tema em análise</p>	<p>É assertiva, não interrompe os interlocutores e, na sua vez, coloca as suas questões.</p>

APÊNDICE III – Exemplo da construção dos conceitos da amostragem teórica

Apêndice 1 - Quadro n. 1 - Categorias do construto Situando-se na Simultaneidade de Mundos:

Situando-se no Mundo da Escola

Categorias	O quê
<p>Conhecendo e adaptando-se ao Mundo da Escola</p>	<p>A metodologia da teoria fundamentada possibilita utilizar códigos <i>in vivo</i>, significando adotar as palavras dos participantes tal como foram referidas no processo de codificação. Nesse sentido, adotámos os códigos <i>in vivo Escola e Mundo</i> uma vez que são as designações referidas pelos enfermeiros na SE quando se referem ao contexto escolar.</p> <p>Os dados revelaram que os Enfs. SE colaboram com várias Escolas (AE`s/ENAs) pelo que necessitam conhecer e adaptar-se sistematicamente a “<i>mundos diferentes</i>”. Ou seja, identificam-se propriedades que conferem dinâmica ao conceito, na medida em que as realidades de cada Escola surgem como contextos distintos tendo ritmos e aspirações diferentes.</p> <p>Neste sentido, conhecer e adaptar-se surgem como dimensões que contribuem para os Enfs. SE poderem “<i>situar-se no Mundo da Escola</i>” «, contextos com culturas organizacionais diferenciadas.</p>
<p>Conhecendo o Mundo Físico da Escola</p>	<p>Atribuição de designações relacionadas com a localização geográfica das escolas e com as estruturas físicas das Escolas. Identificaram-se escolas em regiões rurais e urbanas e, em termos estruturais, as escolas materializam-se em edifícios, com espaços diferentes, sendo locais onde decorrem as interações realizadas pelos Enfs. SE.</p> <p>Estes locais, receberam o código de <u>Locais da Escola</u> e, reportam-se aos espaços onde acontecem as interações.</p> <p>A partir das propriedades, identificaram-se:</p> <p>“<u>Espaços formais</u>”: que consistem em Locais da Escola onde se realizam interações com atividades de caráter formal, como: gabinete da Direção, gabinete de Psicologia e Orientação Disciplinar, gabinete de Acção Social Escolar, gabinete de Apoio ao Aluno, biblioteca e, nas salas de aula (regulares, de laboratórios ou oficinas). Um dos espaços formais importante, no âmbito das interações dos Enfs. SE com adolescentes, é o gabinete de apoio ao aluno. Emergiu dos dados a existência de escolas sem e com gabinete de apoio ao aluno (previsto na Lei 60/2009). As escolas que têm estes gabinetes, geralmente definem um espaço com localização discreta, fora ou dentro da escola (ver apêndice a este quadro).</p> <p>“<u>Espaços informais</u>”: que consistem em Locais da Escola informais, onde as interações acontecem de forma espontânea e livre, sem caráter de formalidade. Integram esta categoria, espaços como: o pavilhão polivalente ou sala de convívio, o bar e refeitório, os átrios, corredores, e o espaço exterior aos edifícios (recreio).</p>

	<p>Tenham as características de espaços formais ou informais, os mesmos podem constituir-se barreira(s) arquitetónicas para alguns atores c/ mobilidade reduzida.</p>
<p>Conhecendo os atores do Mundo Humano da Escola</p>	<p>Atribuição de designações referentes ao mundo humano da Escola em termos de atores: pessoa individual ou grupos: <u>Atores da Escola</u></p> <p>A designação de Atores da Escola surgiu etimologicamente quanto ao significado da raiz da palavra ator: o que faz ou representa em ligação ao significado abrangente de que um ator é <i>um protagonista num acontecimento</i> e, portanto na escola os cuidados dos enfermeiros são maioritariamente desencadeados por vários e distintos acontecimentos, existindo legitimidade para a adoção do termo, enquanto conceito. E não utente ou cliente (conceitos habituais do setor da saúde para representarem as pessoas que os profissionais de saúde atendem/cuidam) por via das designações não se adequarem ao contexto escola. Também iremos considerar a designação de <u>adolescente</u> em detrimento de aluno/a, como o conceito de ser em emergência de <i>tornar-se humano</i>, assumindo-se este <i>tornar-se</i> a dimensão de possibilidades de vir a ser de Heidegger</p> <p>Atores: Do latim <i>actōre</i> “o que faz; o que representa”; pessoa que desempenha um papel importante num acontecimento; protagonista;</p> <p>Organização: Escola (comunidade educativa restrita representada pela Direção Executiva); Comunidade Educativa Alargada (Escola, ACeS, Entidades da comunidade)</p> <p>Grupos: Conselho turma, Conselho Geral, Famílias, Grupos de adolescentes, Grupos disciplinares de docentes e Turmas.</p> <p>Atores Docentes e não docentes (pessoa individual): Adolescentes, Assistentes operacionais, Assistente Social, Coordenadores operacionais, Coordenadores PES, Coordenadores de Diretores de turma, Coordenadores Ed. Especial, Diretores da Escola, Diretores de Turma, Encarregado de educação/Pais Enfermeiros (Eq.^a Saúde Escolar), Fisioterapeuta, Higienista Oral, Psicólogos, Professores, Professores da Educação Especial, Professora-tutora, Técnicos de Saúde Ambiental, Técnicos de Psicomotricidade, Terapeuta da Fala, Vice-Diretora.</p>
<p>Conhecendo o Mundo Humano da Escola</p>	<p>Atribuição de designações referentes ao mundo humano da Escola em termos de situações e fenómenos, apreendidos na globalidade. Apreende-se vasta complexidade no Mundo da escola</p>

A tradicional dimensão pedagógica da escola surge em complementaridade a todas as anteriores funções referidas, também com situações complexas apreendidas. Adolescentes que estejam integrados na educação especial, sempre que mudam de ciclo de estudos necessitam de autorização parental para continuarem na educação especial. Pais/EE`s não comparecem na escola às reuniões, nem assinam os documentos ocorrendo uma **descontinuidade da aprendizagem dos filhos, na educação especial**. Nesse sentido os adolescentes ingressam no ensino regular, para o qual não estão preparados ocorrendo obstaculização da sua aprendizagem (insucesso escolar) e do seu **desenvolvimento integral**. Outros adolescentes com dificuldades de aprendizagem, têm em algumas escolas professores-tutores para orientar trabalhos da escola e, noutras vezes estes professores assumem tutoria ao nível das dimensões pessoal e familiar. Apreende-se ausência de diferentes ofertas formativas para diferentes formas de aprendizagem. Situação agravada pelo aumento da escolaridade obrigatória até ao 12º ano e pela impreparação para a escola inclusiva. A **Escola inclusiva** é recente. A integração de adolescentes com necessidades educativas especiais em turmas do ensino regular até ao 12º ano, gerou pensamentos de incompreensão e incómodo.

As alterações curriculares também influenciaram o PES. Perante as alterações aos planos de estudos desapareceram disciplinas onde se realizava a EpS (trabalho por projeto, estudo acompanhado) surgindo a disciplina de oferta complementar como espaço para a EpS, ou a formação cívica. A EpS realizada pelos Enfs. SE ficou mais descontinuada, pontual e refém da importância atribuída pelos professores (DTs) nos percursos escolar regular. Nos percursos alternativos, há projetos PES em que os Enfs. SE colaboram.

Constitui toda esta informação do mundo humano da escola, tendo sido incluído na subcategoria: **Obtendo-se elementos caracterizadores:**

, mas esta é um ambiente protetor para os adolescentes devido a muitos atores da escola, em particular muitos professores, serem pessoas cuidadoras (muito esforçadas, excelentes, verdadeiros cuidadores). Porém, por via de ocorrerem diariamente situações com os adolescentes, a escola reflete problemas de saúde e sociais.

A Escola surge com designações referentes aos papéis assumidos sendo representativos de algumas das extensibilidades das suas funções: **Escola refletora de problemas** (existindo diferenças no número e tipologia de problemas, há escolas com muitos problemas e de grande complexidade – sociais e de saúde – comparativamente com outras), conduzindo à **Escola substituta dos pais/EE`s**;

Nesse sentido a **escola** surge como **diagnóstica**, porque identifica os problemas através das situações dos adolescentes. Está **sobrecarregada** com muitas intervenções e os recursos são escassos e mutáveis (mobilidade docente e redução de assistentes operacionais). Foi apreendido o mundo da Escola **não acolhedor** devido a diversos

	<p>fatores: intrínsecos à própria escola, ou intrínsecos aos adolescentes, ou ainda devido a vários fatores conjugados.</p>
<p>Conhecendo os adolescentes no Mundo da Escola</p>	<p>Maioritariamente, os adolescentes no Mundo da Escola têm saúde e bem-estar, aprendem e, estabelecem relações satisfatórias com os outros. Porém, emergem designações referentes à existência de problemas de saúde, de aprendizagem e sociais dos adolescentes, apreendidos na Escola. É frequente a referência aos adolescentes por via de diversos problemas que vivem na sua vida, e que se refletem na Escola. Surgem designações de sintomas ou nomeação de doenças. Identificaram-se referências a situações de doença crónica que conferem os conceitos de adolescentes com necessidades educativas especiais (NEEs) ou necessidades de saúde especiais (NSEs), ou situações agudas ou transitórias da saúde mental, também referências à situação escolar relacionadas com dificuldades de aprendizagem ou baixa do rendimento escolar, e situações sociais, de que são exemplo as seguintes referências:</p> <p>(1) doença crónica:</p> <p>- doenças do foro metabólico, neurológico, respiratório, oftalmológico; auditivo (Adolescentes com NSEs) (adolescentes c/ alergias; acne profundo; asma; diabetes NIT; diminuição acuidade auditiva ou visual; dismenorreia; epilepsia; obesidade; neoplasia)</p> <p>- perturbação neurodesenvolvimental (adolescentes com NEEs) (adolescentes c/ perturbação do espectro do autismo; c/ trissomia 21; c/ doença cognitiva grave; c/ paralisia cerebral); c/ perturbações da aprendizagem (dislexia, défice de atenção, hiperatividade)</p> <p>(2) Situação aguda/transitória da saúde mental (adolescentes c/ perturbação da ansiedade; tristeza; baixa de auto-estima; com comportamento autolesivo; c/ comportamento oposição; c/ comportamento anorético; c/ apatia; c/ ideação suicida; c/ crises de pânico; gravidez adolescente; consumos com e sem substâncias; Não aceitação da diferença: estigma; preconceito; humilhação; bullying intraturma e interturmas, cyberbullying; comport.^o sexual desprotegido; violência no namoro...)</p> <p>(3) Situação Escolar Sucesso; Insucesso; histórico de retenções; inteligentes mas não aprendem/dificuldades de aprendizagem; absentismo escolar; ensino regular; ensino profissional; ensino especial.</p> <p>(4) Situação social</p>

	<p>(adolescentes c/ comportamento de indisciplina; absentismo escolar; sem acompanhamento parental adequado: aparência, higiene (c/ repetitividade de surtos por parasitas: pediculose; escabiose) e vestuário descuidados; c/ fome; em luto; como cuidadores informais; impedidos de estudar;</p> <p>Dificuldades de relação c/ pares; dificuldades de adaptação à escola ou turma; sujeitos a abusos: trabalho forçado, ou tentativa de abusos sexuais; Histórico de retenções e insucesso escolar; residem longe da escola-contexto rural;</p>
<p>Apreendendo o Mundo familiar dos adolescentes</p>	<p>Designações referentes a uma compreensão relacionada com diferentes formas apreendidas de abandono aos adolescentes. Surgem os conceitos de:</p> <p><u>o abandono de referências</u> fundamentado no facto de alguns adolescentes terem perdido as suas referências familiares de proximidade (referência, entendida neste âmbito como a pessoa significativa ou de apoio/recurso, com determinadas características ou qualidades às quais os adolescentes se tenham vinculado), e que por circunstâncias várias (doença, morte, divórcio, fuga) se viram privados de manter a relação com estas pessoas. Surge no sentido de desamparo: quem perde as suas referências como ficará? ficará desamparado? Ou procurará amparo em outras pessoas? Quais serão as repercussões desta tipologia de abandono?!</p> <p><u>o abandono de sustentação</u> refere-se ao tipo de abandono que não propicia as condições base – alimento, higiene, vestuário, proteção, vigilância da saúde – para assegurar as necessidades básicas ao desenvolvimento de um ser humano. A designação sustentação proveio de “sustentar” que confere uma multiplicidade de significados importantes para este conceito, como: amparar, assegurar a subsistência de, alimentar, alentar, impedir a queda, defender;</p> <p><u>o abandono ético-moral</u> Na perspetiva de pensamento de Vygotsky (1984) quando refere que existem dois fatores que constituem a força motriz do desenvolvimento de um ser humano (criança), mais concretamente, <u>os adultos</u> e o <u>contexto sociocultural</u> em que está inserido, depreende-se que ambos têm influência relevante no desenvolvimento da criança. Subjacente a um pensamento sobre o desenvolvimento harmonioso da criança e adolescente, procura-se um equilíbrio entre estes dois fatores, na medida em que perante desequilíbrio num destes, o outro possa ser reforçado.</p> <p>Para definirmos o conceito de abandono ético-moral, consideramos que entre os dois fatores apontados por Vygostky, a fragilidade acontece a partir essencialmente dos adultos cuidadores dos adolescentes. Pelo que o contexto escolar poderá/deverá constituir-se como fator protetor destes. Porém, o pensamento subjacente à compreensão sobre este abandono, implica um retorno a Foucault. (ver apêndice ao quadro, no final da página)</p>

<p>Apreendendo Dificuldades na parceria SE com o Mundo da Escola</p>	<p>Atribuição de dificuldades sentidas na parceria relacionada com fatores organizacionais, nomeadamente existência de descontinuidade do processo de cuidados de Enfermagem na SE por alocação a outras áreas de cuidados dos enfermeiros; rácios desadequados face às necessidades; ausência de dados partilháveis entre o setor da educação e da saúde. Também outros fatores causam sentimento de dificuldades no âmbito da transmissão da comunicação e articulação entre os atores, nomeadamente no acesso aos dados da educação pela SE, alguma indefinição das funções dos atores intervenientes e a elevada mobilidade docente impede a sistematização da informação sobre SE.</p>
---	---

Fonte: Adaptado de Scott, KW (2004).

Apêndice 2 - Quadro n. 2 - Categorias do construto **Estabelecendo a Relação de Confiabilidade**

Categorias	O quê	Quando	Como
<p>Atribuindo importância à Pessoa (cidadão e profissional) para a construção da relação de parceria</p>	<p>Todas as <i>Pessoas</i> (cidadãos e profissionais) reconhecem importância à saúde e sentem corresponsabilidade para com a saúde comum (direitos e deveres). Legitimam a interdependência da saúde enquanto dimensão da vida, e em particular perfilham a importância da consciencialização e educação em saúde de todos os cidadãos, e dos alunos (adolescentes) e encarregados de educação, em específico.</p> <p>A Educação aceita a Saúde na Escola em complementaridade à sua ação educativa por associar a saúde e o bem-estar pessoal, como dimensões do sucesso académico.</p> <p>O capital humano (as pessoas dos profissionais-atores da escola) de ambos os setores (educação e saúde) são importantes para concretizarem a relação de parceria e o projeto de promoção da saúde na escola. Substancia-se o profissional, a partir da pessoa.</p> <p>A parceria realiza-se a partir do estabelecimento de uma relação de nível profissional entre os atores de cada setor. E as interações entre estes atores são importantes para os projetos funcionarem e serem realizados, necessitando de uma ritmicidade regular, que nem sempre acontece. Os projetos acontecem a partir das pessoas que os concretizam.</p>	<p>Ao longo do tempo</p> <p>No ano letivo e ao longo dos anos letivos, nas diversas interações.</p>	<p>Reconhecendo a corresponsabilidade de todos para a saúde comum/global, a interdependência da saúde e da vida, e a importância da saúde enquanto dimensão importante da vida de todos os cidadãos</p> <p>Reconhecendo a importância de educar cada pessoa (adolescentes) para promover a sua própria saúde</p> <p>Consciencializando para a literacia em saúde e, consequências das tomadas de decisões (boas/más) para a saúde</p> <p>Aceitando a saúde na escola em complementaridade à Educação</p> <p>Associando o sucesso (académico) ao bem-estar pessoal e a ter saúde.</p> <p>Enfatizando a imprescindibilidade da articulação e parceria SE-Educação</p> <p>Reconhecendo irregularidades na ritmicidade da relação de parceira</p>

			Reconhecendo o capital humano das pessoas para concretizarem projetos
Estabelecendo a base da confiança a partir de saber situar-se no contexto	A criação da relação de parceria com os atores da escolas pelos Enfs. SE, está associada à compreensão do contexto e, em particular a saberem <i>situar-se</i> neste, tendo noção da proximidade, para saberem estabelecer uma abertura aos outros, interpretada como confiável, pelos atores da escola, e em particular pelos adolescentes). Substancia-se o profissional a partir da pessoa.		Substanciando o profissional, a partir do capital humano da pessoa <i>Sabendo Situar-se</i> cria proximidade e abertura ao outro Esforçando-se para saber relacionar-se com os outros: saber lidar com os outros
Estabelecendo Relação com uma Escola Nova	Num contato Inaugural com uma Escola Nova os Enfs. SE empreendem várias estratégias relacionais para poderem conseguir estabelecer uma relação de parceria com as mesmas. Não existe qualquer contato prévio entre os parceiros. Tem que ser criada uma relação sem a qual nada acontece. Ou seja, na maioria das vezes conhecem uma situação ou conhecem um acontecimento numa escola que não tem parceria com a SE. Predispõem-se a estabelecer essa relação e tomam a iniciativa de ir à escola nova e : a) presentam-se de forma informal,; b) explicam a intervenção da SE; c) sensibilizam os parceiros a aderir referindo serem recurso; d) deixam contacto pessoal; e) transmitem a informação de terem disponibilidade para ajudar.		Conhecendo um acontecimento numa escola sem SE Predispõdo-se a estabelecer relação de parceria com uma escola nova Tendo iniciativa e indo à escola Apresentando-se pessoalmente, de forma informal Explicando a intervenção dos enfermeiros na Escola Sensibilizando os parceiros da escola Explicitando serem recurso nas Escolas Deixando Contatos pessoais Transmitindo disponibilidade para ajudar

			Necessitando ganhar confiança de quem cuidam
Estabelecendo Relação Inicial com uma Escola	<p>A Relação inicial com uma Escola, constitui-se uma novidade. Ter enfermeiros na escola é sentido inicialmente com alguma desconfiança.</p> <p>Esta relação inicial de parceria tem durabilidade entre 1 a 2 anos e, tendo pouco tempo de interacção confere uma relação inicial tímida. Sente-se necessidade de mais tempo para otimizar a articulação e, esta ao longo do tempo do tempo é sentida como uma mais valia. Concretiza-se através do estabelecimento de articulações com atores da Escola.</p>	Entre o contato inicial com a Escola e até cerca de 2 anos de articulação	<p>Necessitando de realizar diversas articulações com atores da Escola (Direcção; Coord. PES; Psicólogos)</p> <p>Sendo humildes</p> <p>Realizando sensibilizações dos atores da Escola através de conversas e negociação.</p> <p>Tendo bom contato e diálogos com os outros</p> <p>Sentindo desconfiança inicial sendo estranha por ser externa à escola</p>
Mantendo a Construção da Relação com a Escola	<p>A Relação de parceria entre os Enfs. SE com a escola vai continuando a estabelecer-se de forma gradual e sequencial, consubstanciando-se num processo. Identificam-se escolas com diferentes realidades, aspeto que interfere na construção da relação a ritmos diferentes com as diversas escolas. A proximidade e o à vontade, decorrem em mais valias, assim como o facto da escola deixar de ir aos locais de saúde, ganhando tempo e parceiros competentes.</p> <p>A construção da relação é referida como “ponte” entre os Enfs. SE e a escola.</p> <p>Da mesma forma, também as entidades na comunidade referem a mesma “ponte” estabelecida entre os Enfs. SE e estas organizações, que avaliam em termos de desempenho esta parceria como excelente e contributo muito válido.</p>	Estabelecendo a relação Num período Temporal até 4 anos	<p>Compreendendo Mais Valias em ter SE na escola</p> <p>Transformação da relação de parceria</p> <p>Desconfiança inicial passa a confiança total</p> <p>Compreendendo a construção da relação com a escola como um processo: conseguindo-se estabelecer a relação devagar e sequencialmente</p> <p>Criando proximidade e à vontade, facilita a relação e são mais valias</p> <p>Construindo “ponte” entre Escola e SE (Centro saúde)</p>

	<p>Resulta em serem parceiros muito estimados e bem acolhidos pelas organizações parceiras.</p>		<p>Construindo “ponte” entre a SE (Centro saúde) e entidades da comunidade</p> <p>Avaliando o desempenho dos Enf. SE como muito válido e excelente</p> <p>Temporalidade da relação</p> <p>Conhecendo escolas com realidades diferentes</p>
<p>Consolidando a construção da Relação de confiança com a Escola</p>	<p>Entende-se que a relação de parceria está consolidada a partir de um período temporal superior ou igual a 5 anos. Ao fim deste tempo os Enfs. SE obtêm retornos deste investimento na relação de confiança com os parceiros. Nomeadamente, são aceites pelos atores da escola e entidades da comunidade, são pertença da equipa da escola, são convidados a integrar o conselho geral da escola. Outros retornos do investimento passam por existir maior facilidade na articulação, por via de melhor conhecimento mútuo e os processos ficarem mais facilitados.</p> <p>Neste sentido emerge uma associação entre melhoria da relação de parceria e articulação, com mais tempo de contato. A consolidação da relação de confiança adquire propriedades de preservar, apesar da mudança de professores no desempenho do papel de coordenador.</p> <p>Emerge a dimensão da imprescindibilidade em ter Enfs. SE nas equipas de intervenção da escola. Estes colaboram a diferentes níveis, desde os momentos de planeamento, à operacionalização e disponibilizam-se como recurso aos parceiros.</p> <p>A partir dos dados identificámos que as escolas contactam os Enfs. SE quando têm necessidade. Ainda que a sua colaboração</p>	<p>Consolidando a relação num período</p> <p>Temporal entre 5 a 10 anos ou mais.</p>	<p>Consolidando a relação a partir de 5 anos de parceria</p> <p>Obtendo retornos do investimento na construção da relação de parceria com a escola</p> <p>Estabelecendo uma associação entre melhor articulação na parceria e maior temporalidade</p> <p>Preservando-se a parceria apesar das mudanças de professores na coordenação PES</p> <p>Imprescindibilidade dos Enfs. SE como parceiros na escola em equipas de intervenção</p> <p>Colaborando a diversos níveis: planeamento, operacionalização, e sendo recurso disponível</p> <p>Contatando os Enfs. SE quando têm necessidade</p>

	<p>seja em continuidade, com periodicidade semanal, ao longo do ano letivo.</p> <p>Outra característica enfatizada surge a partir das famílias (em particular pais/EE's de adolescentes com NSE e NEE), referindo estes que os Enfs. SE os ajudam bastante porque conhecem os seus filhos - adolescentes que conhecem e tratam pelo nome próprio - e agilizam várias situações uma vez que têm "assento" nas diversas instituições/entidades, onde se discutem os problemas que estes adolescentes vivem.</p>		<p>Desempenhando um papel na escola, todas as semanas, em continuidade ao longo do ano letivo</p> <p>Ajudando os pais/EE's (em particular pais de adolescentes com NSE e NEE)</p> <p>Interligando a ajuda nos setores da saúde, Educação e Social, facilitando processos.</p>
<p>Adquirindo Papeis ao longo da co-construção da relação de parceria</p>	<p>Ao longo da construção da relação de confiança com os parceiros (organizações, grupos ou pessoa singular) os mesmos vão referindo a vasta importância e relevância de terem os Enfs. SE como parceiros, designando/funções que conferem a estes, diversos papeis, no desempenho do seu processo de cuidados na saúde escolar.</p> <p>Anteriormente, emergiram os papeis de estranho, de pessoa de referência e pertença à equipa da escola, por via da dimensão temporal da construção da relação de confiança. Porém, a pertença à equipa da escola, surge também por via do exercício de funções na comunidade ser usual trabalhar-se em equipas multiprofissionais.</p> <p>Emergem os papeis de: Modelo: referindo-se ao exemplo que os Enfs. SE são e dão no processo de cuidados contribuindo para se alcançarem os objetivos, embora os atores da escola refiram que trabalham para os mesmos mas com visões diferentes; Profissional de Saúde: este papel é duplamente designado pelos parceiros mas também pelos Enfs. SE. Estes referem-se ao desempenho do seu processo de cuidados na comunidade em representação da instituição de saúde como <u>profissionais de</u></p>		<p>Reconhecendo importância ao papel dos Enfs. SE na escola</p> <p>Sendo papel relevante</p> <p>Percorrendo os papeis de estranho, a profissional de referência, até à pertença da equipa da escola.</p> <p>Sendo um modelo para os parceiros</p> <p>Sendo Profissional de Saúde</p>

	<p><u>saúde</u>. Os parceiros, referem-se ao desempenho deste papel como os Representantes da Saúde; aprofundando algumas especificidades reveladas dentro da designação de Profissional de Saúde emerge o papel cuja sociedade tem como maior representação social dos enfermeiros, designando-o de <i>“como o mais tradicional ... que é o cuidado médico”</i> (FG-ENA9,1) mas também ir além deste desempenho de papel para o papel de capacitação dos outros, ou seja ser instituído do papel de Promotor da Saúde-capacitador; os professores (inclusive os professores de ciências) e os pais/EE`s legitimam o saber de saúde dos Enfs. SE e conferem-lhes credito para explicarem hábitos saudáveis aos filhos-adolescentes, em complementaridade às aprendizagens na família e na escola sobre saúde, instituindo-lhes o papel de co-educadores em saúde; Estes adquirem o mesmo papel atribuído pelos adolescentes, mas realçando outra propriedade – a de esclarecerem questões e dúvidas – uma vez que referem que existe conhecimento mas não sabem se o mesmo é credível e optam por esclarecer as dúvidas com os Enfs. SE presencialmente. Os adolescentes que têm dificuldades de aprendizagem e, integram a designação de adolescentes com Necessidades Educativas Especiais, conferem aos Enfs. SE os papeis de Adulto Seguro (como “substitutos das mães” na escola), também como aquele adulto que pode ajudar em situações em que se sentem assustados, ou quando querem fazer “queixas” dos pais; Ainda no âmbito da família entre pais/EE`s e adolescentes adquirem o papel de Mediadores da Informação em simultâneo ao papel de co-educador em saúde (em particular em Ed.</p>		<p>Adquirindo Papel de Representante da Saúde na comunidade, nas entidades da comunidade</p> <p>Adquirindo Papel de Profissional de Saúde tradicional, prestador de cuidado “médico”</p> <p>Adquirindo Papel de Promotor da Saúde, visando a capacitação</p> <p>Adquirindo Papel de coeducador Em saúde</p>
--	---	--	---

	<p>Sexual); um outro papel de extrema importância que assumem é o de Advogado ou Defensor dos Direitos dos adolescentes com maior dificuldade de expressão/comunicação ou reflexão. Neste papel assumem a defesa dos adolescentes, face a acusações desvirtuadas da realidade; Os pais/EE's dos adolescentes com NEEs procuram os Enfs. SE e os professores coordenadores PES para conversarem sobre os problemas dos filhos e da sua vida conferindo-lhes o papel de Conselheiros (referindo estes que são quase como psicólogos para eles) e sentindo-se à vontade para conversarem e adquirindo bem-estar); Os próprios enfermeiros na saúde escolar, referem-se ao desempenho do Papel Social dos Enfermeiros na Comunidade ao estabelecerem relações com parceiros organizações, grupos, famílias, e pessoas singulares, de setores diferentes criando <i>conexões</i> entre profissionais, unidades orgânicas e entidades na comunidade. Um outro papel que acresce em responsabilidade e também evidencia a conexão com unidades orgânicas do ensino superior, reporta ao papel de Enfermeiro na Orientação de estudantes de enfermagem em ensino clínico, integrando-os no contexto escolar e nas suas complexidades.</p> <p>Um tema que aflorou nos dados mas não consubstanciou elementos para a definição de propriedades ou dimensões, <u>foi o tema da permanência dos Enfs. SE a tempo integral na escola</u>. Foi entendido como uma utopia e a maioria dos atores da escola não se mostrou favorável a esse modelo. No entanto, salientaram o facto de ser um processo de cuidados que consideram pesado para os Enfs. SE, por via de ser um</p>		<p>Adquirindo Papel de Adulto Seguro</p> <p>Adquirindo Papel de Mediadores da Informação</p> <p>Adquirindo Papel de Advogados ou Defensores dos Direitos dos adolescentes com NEEs</p> <p>Adquirindo Papel de Conselheiros</p> <p>Adquirindo Papel Social dos Enfermeiros na Comunidade</p>
--	--	--	--

	<p><u>recurso partilhado</u> por vários AEs/ENAs dificultando a prossecução de</p>		<p>Adquirindo Papel de Enfermeiro Orientador de Ensino Clínico</p>
<p>Conhecendo as Qualidades pessoais dos Enfs. SE</p>	<p>O processo de cuidados dos enfermeiros relacionado com o <i>Mundo Humano da Escola</i> caracteriza-se a partir do momento da chegada à escola.</p> <p>Chegar à escola significa <i>aproximar-se em relação</i> aos atores da escola que os contataram.</p> <p>E, antes de iniciar a resposta às diversas solicitações, <u>empreende diversas acções</u> facilitadoras da garantia de manutenção nesta relação profissional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>cumprimentar</u> todos os intervenientes com simpatia: sorrindo, acenando; 2) <u>Pedir autorizações</u> (entrar e p/ invest. Observar) 3) <u>Explicitar motivo de ida</u> à escola <p>***</p> <p>***</p> <p>Definindo um núcleo de condições, cujas características, tendo sido aglutinadas, constituíram cinco conceitos de atitudes relacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As características que se relacionam com a atitude de amabilidade inscrevem-se nas qualidades dos enfermeiros de Simpatia. Que em termos da (Comunicação Verbal) passa pela disponibilidade para o momento, pelos os cumprimentos a todos os atores da Escola, também os pedidos de autorização para entrar na Escola, ou nos contextos das entidades na comunidade. Em termos da (CNV) sorrir, acenar, ter gestos suaves, mobilizar um tom de voz moderado e agradecerem 	<p>Na interação chegada à escola</p>	<p>Chegando à Escola</p> <p>Cumprimentando os atores da escola</p> <p>Pedindo autorizações para entrar</p> <p>Explicando os motivos de ida à escola</p>

	<p>(2) Atitude de Amabilidade: consistindo num conjunto de qualidades comunicacionais (verbais e não verbais) que abrem e mantêm a relação com os atores da escola. Em particular, destaca-se a disponibilidade em estar com diferentes atores da escola, dedicar atenção ao outro, ter boa disposição, cumprimentar (sorrir, acenar aos atores da escola), conhecer os nomes dos atores da escola, ser simpática(o) e agradecer.</p> <p>(2) Atitude de Consideração: consistindo num conjunto de qualidades assentes no respeito pelas pessoas, espaços, tempo e a logística organizacional; revelar interesse e disponibilidade para estar com elas; ser flexível e adaptar-se às condições situacionais do contexto; não prejulgar; e considerar os significados atribuídos pelas diferentes pessoas; escutá-las atentamente,</p> <p>(3) Atitude de Acolhimento: consistindo num conjunto de qualidades assentes na preparação de um ambiente humano num espaço (local da escola) facilitador à revelação de pedidos de ajuda. Considerar um local para estar com/receber os atores da escola, em particular os adolescentes, aceitar o outro tal como ele é, clarificar o dever de sigilo, revelar disponibilidade, ser humildade, ser autentico, demonstrar interesse, estabelecer uma distância adequada (proxémica de distância interpessoal), estabelecer tempo, escutar ativamente, compreender o pedido.</p> <p>(4) Atitude de Comprometimento: consistindo num conjunto de</p>		
--	---	--	--

	<p>qualidades assentes na criação da relação de confiança (dual, grupal, ou organizacional; ser congruente, co-estabelecer e cumprir acordo; ser flexível; consciencializar-se de limites: espaço/tempo/esfera de competências</p> <p>(5) Atitude Terapêutica: consistindo num conjunto de qualidades assentes (em todas as anteriores, acrescidas de outras):</p> <p><u>Dimensão da Comunicação Não verbal</u> Acolher expressão sentimentos (choro) Manter contato visual Dar atenção ao adolescente, Disponibilidade, Proximidade afetiva, Presença (para colaborar-ajudar-melhorar situações)</p> <p><u>Dimensão da Comunicação Verbal</u> Garantir sigilo Definir limites/regras com os adolescentes (construindo a relação) Clarificação dos termos da relação, Não julgar Centrar processo no adolescente, Decisão do adolescente escolher o que quer trabalhar no atendimento Não diretividade, Investir na aprendizagem com grupos de adolescentes</p> <p><u>Dimensão Atitudinal</u> Aceitação Compromisso, Interesse genuíno pelos adolescentes Acompanhar - dar atenção ao</p>		
--	--	--	--

	longo do processo de cuidado, Permanecer no cuidado, Autenticidade, Sinceridade,		
--	---	--	--

Fonte: Adaptado de Scott, KW (2004).

Apêndice 3 - Quadro n. 3 - Categorias do construto **Interconectando a ajuda**

Categorias	O quê	Quando	Como
<p>Sendo Contactados e Recebendo Solicitações dos atores da escola:</p> <p>Conhecendo Motivos da Solicitação</p>	<p>Quando a Escola sente necessidade da ajuda do setor da SE, contata os Enfs. SE, em particular o Enf. SE - gestor da escola*. Este contato pode ocorrer à distância, através de telefone, mensagem ou mail, ou presencialmente na escola.</p> <p>Pode ou não incluir o motivo de estar a ser contactado pela escola.</p> <p>Maioritariamente os contatos são realizados pelos <u>atores da escola</u>: professora coordenadora PES; assistentes operacionais; assistente social; professores; professores DTs; adolescentes (individualmente ou pares); vice-diretores; Diretores; turmas (através dos DTs)</p> <p>***</p> <p>Os Enfs. SE recebem solicitações planeadas e inesperadas, a partir dos contatos estabelecidos por interpelação ou à distância. Apresentam características um pouco distintas, mas independentemente das suas diferenças, têm a característica comum de surgirem para a escola fazer pedidos de ajuda aos Enfs. SE.</p> <p>As <u>solicitações planeadas</u>, podem acontecer por interpelação ou contato à distância e, conferem aos Enfs. SE uma base de conhecimento prévio quanto ao dia, hora, local da interação, atores intervenientes e motivo da solicitação.</p> <p>As <u>solicitações inesperadas</u>, podem ocorrer ocasionalmente em diversos <u>locais da escola</u>. Maioritariamente, a abordagem acontece nos <u>espaços informais</u> (corredores, sala de convívio, átrios ...), podendo ser desencadeadas por diferentes <u>atores da escola</u>.</p> <p>A principal propriedade diferenciadora, respeita ao carácter de imprevisibilidade da solicitação, que</p>	<p>Presencialmente na Escola;</p> <p>À distância: pode ser contactado por telefone, mail ou mensagem</p> <p>Surge o contato por solicitação inesperada</p> <p>***</p> <p>Ao longo do ano letivo Em diversos momentos</p>	<p>Sendo contactado presencialmente</p> <p>Interpelação: Através de interação direta com diversos atores da escola</p> <p>Sendo contactado à distância</p> <p>Através de contato por telefone, mensagem ou mail.</p> <p>* Nota: código <i>in vivo</i>, referente à designação que os próprios enfermeiros adotaram, quanto ao seu modelo de planeamento e intervenção na escola. Não foi designado como um “papal”, uma vez que os atores da escola não utilizaram esta designação.</p> <p>***</p> <p>Recebendo solicitações planeadas*</p> <p>Recebendo Solicitações inesperadas*</p> <p>Conhecendo Motivos e Atores da Escola que realizam as solicitações</p>

	<p>acontece frequentemente, quando os enfermeiros <u>estão na escola</u> e ficam a conhecer os motivos da solicitação.</p>		<p>(*Nota: ver em apêndice a este quadro as propriedades das subcategorias)</p>
<p>Recebendo Pedidos de Ajuda</p>	<p>É a partir da colocação de <u>pedidos de ajuda</u> (que atores da escola solicitam) que se acentua a ação dos Enfs. SE no contexto escolar. Esta categoria revelará as dez tipologias de pedidos de ajuda que emergiram dos dados.</p> <p>Identificamos que por via da relação de parceria estabelecida entre os dois setores, a práxis dos Enfs. SE no contexto escolar é entendida por nós sempre em colaboratividade com os <u>atores da escola</u>.</p> <p>Porém, uma vez que a subcategoria dos <u>atores da escola</u> se constitui como muito abrangente, integrando todos os intervenientes: os pais/EE`s, as entidades locais, os atores docentes e não docentes, e os adolescentes, surgem pedidos de diferente natureza.</p> <p>Entendemos todos estes <u>atores da escola</u> como parceiro(s) nos cuidados, pelo que as propriedades dos pedidos, assumem esta característica na designação das subcategorias.</p> <p>Assim, pela complexidade desta categoria, neste quadro apresenta-se a caracterização estrutural da tipologia dos pedidos de ajuda, com apêndice síntese da comparação sistemática dos mesmos no final, à semelhança da categoria anterior. Seguindo-se a apresentação sumária dos conceitos de cada tipologia de pedidos.</p>	<p>Sistematicamente ao longo do ano letivo. Mas também ao longo do ano civil, nas períodos de pausas do tempo escolar, em particular os pedidos de ajuda quanto a formação dos atores da escola</p>	<p>Recebendo pedidos de ajuda (através das solicitações dos atores da escola)</p> <p><u>Recebendo Pedidos de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaboração em complementaridade pedagógica e planeamento (PES/EpS e Eventos); ▪ Colaboração para Formação aos atores da escola; ▪ Co-educacionais; ▪ Colaboração para articulação; ▪ Colaboração para resolução de problemas dos adolescentes r/c experiências de sofrimento; ▪ Colaboração para atendimentos; ▪ Colaboração na obtenção de Informação de saúde; ▪ Colaboração em Pedidos de confirmação; ▪ Colaboração em Pedidos de Suporte; ▪ Colaboração em Pedidos de Recursos; <p>*Nota: ver apêndice a esta categoria no final do quadro com comparação sistemática dos pedidos de ajuda</p>

<p>Pedidos Co-educacionais</p>	<p>Tal como referimos a práxis dos Enfs. SE no contexto do Mundo da Escola é intercolaborativa. Sendo profissionais de saúde os Enfs. SE. Têm conhecimentos de saúde que podem mobilizar na educação dos <u>atores da escola</u>. Porém, também os Enfs. SE aprendem com todos estes atores, justificando-se a designação de pedidos co-educacionais. Os princípios da interação e as teorias de aprendizagem referem-se à co-construção do conhecimento e, nesse sentido designámos esta subcategoria não como pedido de colaboração educacional, mas antes como pedidos co-educacionais.</p> <p>É a maior subcategoria dos pedidos de ajuda e, por via de facilitar a compreensão e, somente, por este motivo, será apresentada subdividida quanto aos atores da escola. Iniciamo-la com os pedidos co-educacionais dos adolescentes.</p>	<p>Ao longo do ano letivo</p>	<p>Pedidos Co-educacionais Adolescentes</p>
<p>Pedidos Co-educacionais dos Adolescentes</p>	<p>Os pedidos dos adolescentes têm particularidades diferentes dos pedidos dos adultos e, sendo a sua forma de expressão, são aceites pelos Enfs. SE que já vão conhecendo a mesma, embora cada adolescente utilize diferentes formas de o fazer.</p> <p>Este pedido é não personalizado e alocado na terceira pessoa, está relacionado com necessidade de validar dúvidas, adquirir conhecimentos, ou expressão de problemas. Muitas vezes querem validar se estão a pensar bem nas “opções/decisões” que querem fazer ou experimentar, e precisam colocar essas dúvidas para prevenirem problemas.</p> <p>Salientam os Enfs. SE como profissionais credíveis para educarem sobre temas da saúde em geral e, em específico sobre temas da saúde sexual. Referem que é relevante conhecerem o conhecimento correto em saúde para saberem promovê-lo não só no âmbito de fazerem o que é</p>		<p>Conhecendo o Formato do Pedido de Ajuda dos Adolescentes</p> <p>Pseudo-Pedido</p> <p>Pedido indireto</p> <p>Conferindo credibilidade aos Enfs. SE para os ensinarem, porque são experientes na saúde</p> <p>Sentindo importância do conhecimento da saúde em geral para a promoção da saúde, para a vida.</p>

<p>certo para a saúde, mas também como uma prática para a vida.</p> <p>Reconhecem que estando a desenvolverem-se como seres humanos, têm ainda muito desconhecimento sobre assuntos da saúde. Uma preocupação transversal surge com a necessidade de educação sexual porque apreendem a possibilidade de existência de riscos e, problemas com os pais.</p> <p>Sentem insegurança relativamente à pesquisa de informação sobre educação sexual na internet, porque reconhecem que qualquer pessoa pode escrever e “postar” textos lá. Mas identificam a possibilidade de pesquisar na internet, salvaguardando a importância de validarem esta com pessoas. Destacam os Enfs. SE como pessoas idóneas a quem podem recorrer para realizar este processo de validação da informação da internet, e como profissionais que aceitam todas as suas questões, respondendo com normalidade a estas.</p> <p>Outros pedidos que os adolescentes fazem referem-se à abordagem da Educação para a Saúde poder ser sobre doenças. Pedem para obter conhecimentos sobre doenças como o cancro, a diabetes, a SIDA, os consumos, todos os tipos de violência (...), para poderem ajudar as pessoas.</p> <p>Enfatizam a abordagem específica relacionada com as doenças comuns da adolescência e, também ser muito importante abordar a saúde mental na escola.</p> <p>Pedem igualmente para se adequar os temas da Educação para a Saúde, assim como a intervenção em função da idade dos adolescentes. Referindo que os adolescentes que estão no ensino secundário dão importância à abordagens, assuntos</p>		<p>Identificando desconhecimento sobre assuntos da saúde</p> <p>Pedem conhecimento na área da educação sexual para prevenirem riscos</p> <p>Sentindo insegurança com as informações da internet, que precisam validar com pessoas</p> <p>Atribuindo aos Enfs. SE idoneidade para Poderem validar a informação da internet</p> <p>Aceitando todas as questões e respondendo com normalidade</p> <p>Pedindo outros temas Para as SEpSs nomeadamente conhecimento sobre várias doenças, consumos, todos os tipos de violência</p> <p>Pedindo abordagem particular sobre as doenças comuns da adolescência nas SEpSs</p> <p>Atribuindo importância à Saúde Mental a ser abordada na escola e não ser só a dimensão física</p>
--	--	---

	<p>e colocam questões. Mas os adolescentes que mais novos não atribuem importância à EpS.</p> <p>Referem também que aprendem com os Enfs. SE a irem aos serviços de saúde, porque os enfermeiros os orientam e lhes explicam com quem podem ir ter para serem atendidos.</p>		<p>Referindo necessidade de adequar os temas e a intervenção em função da idade</p> <p>Pedindo ajuda para aos Enfs. SE para saberem como proceder nos serviços de saúde</p>
<p>Pedidos Co-educacionais dos Pais/EE`s</p>	<p>Os pais/EE`s dos adolescentes também conferem credibilidade aos Enfs. SE para poderem complementar o papel destes em educar os seus filhos em assuntos de saúde. Reconhecem que os Enfs. SE sabem as necessidades em saúde para cada idade e, consideram que são os profissionais mais habilitados para o fazer.</p> <p>Os principais pedidos co-educacionais dos pais/EE`s surgem no âmbito destes os ajudarem a compreender as necessidades dos filhos adolescentes em cada uma das idades. Assim como contam com os Enfs. SE para estes os educarem quanto a hábitos promotores da saúde explicando-lhes o que devem fazer e como.</p> <p>Em particular, reconhecem que os filhos não se sentem à vontade em falar com os pais sobre sexualidade, pelo que surge um pedido indireto para que os Enfs. SE se disponibilizem para responderem às dúvidas ou perguntas que estes possam ter.</p>	<p>Ao longo do ano letivo</p>	<p>Pedidos Co-educacionais dos Pais/EE`s</p> <p>Conferindo credibilidade aos Enfs. SE educarem os filhos em Promoção da saúde</p> <p>Ajudando os Pais a focar atenção na saúde dos filhos a cada faixa etária</p> <p>Pedindo para os Enfs. SE Educarem os filhos sobre hábitos Promotores da saúde Explicarem de acordo com cada idade</p> <p>Ajudando a veicular o conhecimento em saúde, através da informação que os filhos levam para casa</p>

			Pedindo disponibilidade para poderem responder às dúvidas ou perguntas Dos filhos sobre sexualidade
Recebendo Pedidos de Colaboração em complementaridad e pedagógica e planeamento PES/EpS, orientações e Eventos;	<p>Outra tipologia de pedidos que emerge dos dados relaciona-se com pedidos dos professores para os Enfs. SE colaborarem na dimensão pedagógica e no planeamento da Promoção e Educação para a Saúde, assim como na construção de orientações e planeamento de grandes eventos.</p> <p><u>Pedidos de Colaboração em Complementaridade Pedagógica</u></p> <p>Os professores diretores de turma (DTs) têm a obrigatoriedade por lei, de abordarem a educação para a sexualidade saudável com as suas turmas, porém referem não dominar a área específica (Ed. Sexual) na formação cívica. Os Grupos disciplinares de outras áreas (sem serem da área de ciências) têm maiores dificuldades e pedem ajuda na abordagem da Educação para uma sexualidade saudável com os adolescentes das suas turmas; DTs aderem e pedem mais colaboração Enfs. SE</p> <p><u>Pedidos de Planeamento PES/EpS, Orientações e Eventos</u></p> <p>A participação no planeamento de atividades com a escolas extrapola a participação na realização de EpS, uma vez que esta pede que os Enfs. SE ajudem a construir algumas orientações normativas e técnicas para saberem como intervir, mas também que colaborem na realização de grandes eventos sobre saúde na escola.</p>	<p>Ao longo do ano letivo.</p> <p>Mas também ao longo do ano civil, nas períodos de pausas do tempo escolar, em particular os pedidos de ajuda quanto a formação dos atores da escola</p>	<p>Compreendendo dificuldades dos professores na concretização da abordagem letiva da educação sexual e outras abordagens de saúde</p> <p>Colaborando na ajuda da abordagem de temas em saúde na dimensão pedagógica do mundo da escola</p>

	abertura da escola à comunidade e maior conhecimento de pessoas e entidades.		Ajudando a escola a abrir-se à comunidade e começando a criar interconectividade
Recebendo Pedidos de Colaboração para Formação aos Atores da Escola Docentes Não Docentes Pais	<p><u>Colaboração para Formação aos Atores da Escola</u></p> <p>A responsabilidade que a Escola tem com os adolescentes quando estão no mundo físico da escola, tem vindo a implicar que esta venha a assumir outros papéis, assim como a requerer preparação para os mesmos.</p> <p>A escola refere que muitas famílias quando inscrevem os filhos nas escolas, não informam sobre as situações saúde destes. Outras famílias informam e exigem intervenção da escola perante situações de acidente ou agudização da doença crónica.</p> <p>Nesse sentido, a Escola apreende Risco(s) para a Saúde e pede Formação à SE para os seus atores.</p>	<p>Ao longo do ano letivo.</p> <p>Mas também ao longo do ano civil, nas períodos de pausas do tempo escolar, em particular os pedidos de ajuda quanto a formação dos atores da escola</p>	<p>Recebendo as necessidades de formação identificadas para os atores da escola</p> <p>Ajudando a escola a preparar-se para conhecer e saber intervir em situações agudas da doença crónica, ou crises dos adolescentes</p>
Recebendo Pedidos de Colaboração para articulação	<p>Os pedidos de colaboração para articulação, diferem da complexa teia de interações que os Enfs. SE realizam em cada um dos mundos, por via da explicitação concreta de situações de adolescentes que necessitam de uma resposta em outros “mundos” ou intramundo, para efetivarem a ajuda.</p> <p>Os Enfs. SE concretizam as articulações entre estes diferentes mundos, e desoculta-se uma característica de <u>condutibilidade da ajuda</u>, a partir dos contatos estabelecidos por estes. A ajuda concretiza-se porque os Enfs. SE mobilizam muito tempo no estabelecimento de vários contatos entre diferentes organizações e atores, assegurando uma “rede invisível” de ajuda.</p> <p>As articulações entre setores realizam-se para os adolescentes ou os pais poderem ter acesso a consultas no sistema de saúde, ou para serem encaminhados para outros profissionais (outros</p>		<p>Articulando a ajuda entre O Mundo da escola e da comunidade</p> <p>Conhecendo as situações vivenciais dos adolescentes e Explicitando os motivos da sinalização</p> <p>Articulando com o mundo da comunidade-tribunal Adolescente em risco</p> <p>Articulando a ajuda entre O Mundo da comunidade e o mundo da saúde</p> <p>Articulando a ajuda</p>

	<p>Enfermeiros que atendem os adolescentes sem ser uma consulta), ou para os tribunais, EMAT, CPCJ.</p> <p>As articulações intramundos surgem para ajudar os adolescentes por diversos motivos: situações clínicas, educacionais, encaminhamentos, mediação entre pais/EE's e adolescentes.</p>		<p>marcando consultas ou encaminhando para o Mundo da Saúde</p> <p>Recebendo adolescente referenciada por professora Articulação entre mundo da escola e da saúde</p> <p>Explicitando as diferentes Articulações que Enfs. SE realizam Na escola</p> <p>Mediando a articulação de Informação entre os adolescentes e Pais ou EE's</p>
<p>Recebendo Pedidos de Colaboração para Resolução de Problemas</p>	<p>Decorrente da caracterização do mundo da escola, foram identificados elementos caracterizadores que refletem vasta complexidade de problemas. Quando a escola não consegue sozinha resolver os problemas, pede ajuda.</p> <p>Os Enfs. SE ajudam presencialmente ou à distância a resolver os problemas que a escola lhes apresenta, a partir dos recursos que tem. Muitos problemas na escola (escolas com muitos problemas) ficam sem resposta.</p> <p>Estes podem se inscrever em situações de saúde, sociais ou educacionais, pessoais dos adolescentes, familiares ou grupais.</p>		<p>Recebendo Pedidos institucionais (escola e entidades) para resolução conjunta de problemas dos adolescentes</p> <p>Sendo presença de ajuda com quem podem falar quando vivem problemas reais</p> <p>Estando disponíveis à distância para ajudar a escola a resolver problemas dos adolescentes</p> <p>Respondendo aos problemas com Os recursos existentes Muitos problemas ficam sem resposta</p> <p>Recebendo pedido de turma Sobre um problema</p>
<p>Recebendo Pedidos de Colaboração</p>	<p>Os Enfs. SE realizam atendimento na escola, como caracterizado anteriormente.</p> <p>Os adolescentes por via do dever de sigilo dos Enfs. SE confiam mais no atendimento por estes</p>		<p>Ajudando os adolescentes Pelos atendimentos</p>

<p>Para atendimentos</p>	<p>profissionais. Elegem-nos para abordarem assuntos pessoais, assumindo ser um adulto de suporte para a procura de ajuda pelos adolescentes.</p> <p>Maioritariamente os adolescentes têm um primeiro atendimento pelos professores da equipa PES que asseguram os gabinetes, mas perante situações de maior complexidade, os Enfs. SE são chamados para realizarem atendimentos posteriores.</p> <p>Quando não têm possibilidade de atender, delegam em outro colega, a realização destes.</p>		<p>Escolhendo abordar os assuntos Pessoais com os Enfs. SE</p> <p>Sendo adulto de Suporte para procura de ajuda na escola</p> <p>Atendendo os adolescentes após o Primeiro atendimento pelos professores</p> <p>Conferindo confiança ao atendimento Pelos Enfs. SE devido ao dever de sigilo</p> <p>Mantendo os Enfs. SE nos Atendimentos</p> <p>Delegando atendimento a colega perante impossibilidade</p>
<p>Recebendo Pedidos de Informação de saúde</p>	<p>Na realização das suas funções como representante de saúde, no mundo da comunidade junto das entidades, os Enfs. SE asseguram a informação relevante sobre os adolescentes (que a equipa de saúde, decidiu poder ser partilhada). Ter os Enfs. SE com duplo assento: na escola e nas entidades, permite ganho de informação complementar, à informação de saúde, que é relevante para compreender e enquadrar as situações de adolescentes sinalizados.</p>		<p>Pedidos de informação em saúde</p> <p>Ajudando a aceder e Compreender a informação de saúde</p> <p>Ajudando a monitorizar o cumprimento do acesso à saúde pelas famílias</p> <p>Ajudando a conhecer Informação adicional para discussão em reunião multiprofissional</p>
<p>Recebendo Pedidos de Confirmação</p>	<p>Pedido que surge por via da necessidade dos adolescentes poderem confirmar com os Enfs. SE o enquadramento para as suas tomadas de decisão. Mas também por pedido das entidades da escola quando precisam confirmar que ocorreu</p>		

	cumprimento ou incumprimento de medidas decididas para a saúde dos adolescentes		
Recebendo Pedidos de Colaboração em Suporte	<p>Os pedidos de colaboração em suporte surgem por via dos Enfs. SE ajudarem os Adolescentes com doença crónica, ou com dificuldade educativa na escola dando expresso às suas necessidades. Em particular quando estes têm dificuldades ou vergonha em pedir ajuda.</p> <p>Também ao longo do tempo, no processo de ajuda aos adolescentes com diabetes insulino-tratada, ajudam a ir aceitando a doença.</p> <p>As entidades pedem que os Enfs. SE continuem a colaborar com a escola como entidade de 1ª linha junto dos adolescentes que já não estão em perigo.</p> <p>Também ajudam os pais/EE`s a compreenderem a complexidade dos assuntos da cpcj, dando suporte ao nível da informação, mas também económico, para ida a consultas.</p>		<p>Apoiando os adolescentes Com NSE`s e NEE`s na escola</p> <p>Revelando dificuldades em Pedir Ajuda</p> <p>Ajudando a aceitar a doença</p> <p>Apoiando os adolescentes como Entidade de 1º linha</p>
Recebendo Pedidos de Colaboração em Recursos	<p>Os pedidos de colaboração em recursos surgem por via da necessidade que as escolas têm em querer colaboração deste parceiro a vários níveis. Pedem para estarem mais tempo na Escola. Para serem alocados só a um AE. Mas, enquanto não há estas possibilidades em termos de recursos humanos, que possam continuar disponíveis à distância.</p>		<p>Pedindo para os Enfs. SE terem mais tempo para estar na escola</p> <p>Pedindo para alocar-se 1 Enf. SE por escola</p> <p>Pedindo para permanecerem Disponíveis à distância</p>

Fonte: Adaptado de Scott, KW (2004).

APÊNDICE IV – Quadros síntese de caracterização dos Dados

APÊNDICE 1. Natureza dos Pedidos de Ajuda

Pedidos dos Adolescentes	Pedidos dos Pais	Pedidos da Escola (todos)	Pedidos das entidades Comunidade
<p><u>Pedidos Educacionais (dimensão teórica)</u> Pedem conhecimentos em Promoção da Saúde (para adotarem hábitos saudáveis, tendo por base o conhecimento em saúde, por estarem a começar a construir a vida); Querem outros assuntos [alimentação (o que não comer), 1ºs socorros Pedem conhecimentos específicos sobre saúde Sexual (conhecimentos p/ prevenirem problemas aos pais); Pedem conhecimentos sobre prevenção de doenças gerais: cancro, SIDA, diabetes; Pedem conhecimentos sobre as doenças ou assuntos específicos da adolescência: doenças/comportamentos comuns na adolescência em particular abordar-se a S. Mental (consumos, mutilações, anorexia...), sofrimento dos adolescentes, distúrbios alimentares, (...) questões da saúde mental], Pedem conhecimentos sobre o serviço de saúde: como aceder, a quem se dirigir...</p> <p><u>Pedidos Educacionais (dimensão prática)</u> Pedem p/ participar na escolha dos temas da EpS Pedem respostas personalizadas e em grupo/turma sobre esclarecimento de dúvidas (saúde/outras) ou questões; Pedem para aprender a saber intervir para ajudar os outros: saber intervir em 1ºs socorros); Pedem para aprender a tomar decisões: aprender a utilizar o conhecimento para tomarem decisões; Pedem outras metodologias pedagógicas sem ser palestras e caixinha das perguntas. Querem ver e</p>	<p><u>Pedidos Educacionais</u> Pedem conhecimentos sobre a etapa da adolescência Necessitam conhecimento para compreenderem a fase da adolescência dos filhos (nas diferentes idades); Pedem conhecimentos para aumentar os conhecimentos em saúde de forma indirecta, através dos temas que os filhos falam em casa ou em palestras na Escola</p> <p><u>Pedidos Co-educacionais</u> Sobre Saúde Global (PS e Bem-estar) Pedem para os Enfs. SE ajudarem a educar filhos na Promoção da Saúde (Global); Sobre Saúde sexual Pedem para os Enfs. SE ajudarem a educar filhos, em particular na área da sexualidade responsável;</p> <p><u>Pedidos de Formação p/ Atores da Escola</u> Pedem ajuda para realizarem formação em saúde aos docentes e não docentes; Pedem para ter Enfs.SE na Escola apesar da capacitação dos atores da escola;</p> <p><u>Pedidos de Atendimentos</u> Pedem ajuda para estarem disponíveis para atenderem os filhos na Escola perante vivência de problemas (conferindo-lhes substituição de papel); Pedem atendimento para os pais;</p>	<p><u>Pedidos Colaboração em Planeamentos:</u> Pedidos para planeamento da EpS: Ensino básico 2º 3 eºs CEBs. Educação especial. Em específico pedem a colaboração para planeamento de projeto sobre sexualidade e gestão de emoções com adolescentes da Ed. Especial (EE`s. recusam abordagem do assunto c/ professores); Planeamento Feira da Saúde</p> <p><u>Pedidos de colaboração em complementaridade Pedagógica</u> DTs pedem aos enfs.SE para dinamizarem as aulas sobre educação sexual através das SEpSs.</p> <p><u>Pedidos de Formação</u> em diversos temas de saúde no âmbito do 1º socorro, mas também na área das necessidades de saúde especiais: diabetes, epilepsia, hemofilia, espinha bífida) para poderem ajudar os alunos com NSE`s ou NEEs em situações agudas da doença ou situações de crise.</p> <p><u>Pedidos de Colaboração p/ resolução problemas dos adolescentes</u> Pedido para discussão das situações dos adolescentes, sob o olhar da saúde, para definição de estratégias e tomada de decisão futura.</p> <p><u>Pedidos de Articulação</u> Articulação com o Sistema de Saúde Articulação com Sistema Familiar</p>	<p><u>Pedidos de Articulação</u> Articulação com o Sistema de Saúde para marcação de consultas (para pais e/ou filhos): - nos Cuidados de Saúde Primários - nos Centros Hospitalares Articulação com o sistema educativo Articulação com o sistema familiar</p> <p><u>Pedidos de informação</u> Sobre a saúde dos adolescentes sinalizados (a informação é decidida na equipa de saúde e, definem a que pode ser transmitida às entidades);</p> <p><u>Pedidos de Confirmação</u> Pedido para verificação dos cumprimentos/incumprimentos dos pais na satisfação de necessidades dos adolescentes Pedido de verificação sobre os cumprimentos/incumprimentos dos pais sobre idas às consultas marcadas</p> <p><u>Pedidos de Suporte</u> Pedidos para continuar a estar presente e apoiar como entidade de 1ª linha na monitorização dos adolescentes em risco na Escola Articulação com Sistema Familiar</p>

<p>discutir vídeos ou filmes; fazer jogos dinâmicas de grupo);</p> <p><u>Pedidos de Confirmação de informação em saúde</u> Do conhecimento em saúde (porque ou não existe, ou o que existe não é credível: pesquisam na internet e ficam c/ dúvidas e sabem que é um risco) <u>Sobre consequências de decisões</u> <u>Sobre garantia de sigilo</u></p> <p><u>Pedidos de Atendimento</u> Querem alguém que os ajude perante a vivência de problemas reais, presencialmente (alguém confiável: Enfs.SE) Pedem ajuda aos Enfs. SE para conversarem sobre outras situações pessoais, sem ser sobre a doença crónica e, quando não podem recorrer aos pais);</p> <p><u>Pedido de Suporte Alunos com NSEs</u> Pedem apoio para clarificação das doenças aos atores da escola (incluindo colegas turma): através de SEpSs ou Formação dos atores da Escola; Pedem apoio para concretizarem atividades de sensibilização e desmistificação sobre as doenças; Pedem apoio para confrontarem saberes (senso comum v/s científico)</p> <p><u>Pedido de Suporte Alunos com NEEs</u> Pedem ajuda para resolver problemas Pedem para ser compreendidos e não julgados Pedem apoio para protecção dos outros (Bullying) Pedem conforto e que os acalmem Pedem ajuda para adquirirem competências na relação com os outros</p> <p><u>Levantamento de Necessidades a partir dos Pedidos de Ajuda dos adolescentes</u></p>	<p><u>Pedidos de Suporte aos filhos c/ NEEs ou NSEs</u> Pedem ajuda (apoio) para os pais e filhos em situação de vivência de crise; Pedem ajuda para clarificarem/mediarem as situações dos filhos com entidades e Escola; Pedem ajuda para desconstruírem estereótipos dos filhos na escola: combaterem estigma e preconceito. Pedem ajuda para assumirem a defesa dos filhos em situações de complexidade</p> <p><u>Pedidos de Recursos</u> Terem enfermeiros na Escola 1Enf.SE/AE</p>	<p><u>Pedidos de Atendimentos (por sinalização)</u> Pedido para atendimento de pais no sentido de pedirem para conversarem com pais/EEs que têm dificuldades em cumprir a satisfação de necessidades básicas humanas de alimentação, higiene, de segurança, e vigilância de saúde dos filhos. Pedidos para atendimentos de adolescentes perante alterações de saúde ou comportamentais;</p> <p><u>Pedidos de Recursos</u> Pedido para estarem mais tempo na Escola; Pedido para estarem só numa Escola;</p>	
--	--	---	--

<p>Necessidades Educativas: Querem obter conhecimentos de saúde em geral de fonte credível. Querem aprender conhecimentos de saúde sexual e reprodutiva fidedignos: o corpo humano; a reprodução, os métodos anticoncepcionais (MACs) Querem aprender a saber utilizar (MACs)</p>			
--	--	--	--

Necessidades	Tipologia de Necessidades Identificadas que conferem Pedidos
Saúde Física	Adolescente c/ Hemorragia (devido a toma de terapêutica abortiva); Adolescentes grávidas; Adolescentes c/ asma; Adolescentes c/ Epilepsia; Adolescentes com diabetes; Alterações visão; Alterações audição; Cansaço; Escabiose; Pediculose; Perturbação do espectro do autismo Trissomia 21 (doença cromossómico-genética)
Saúde Mental	<u>Necessidades Saúde Mental:</u> Adolescentes irrequietos; Adolescentes calados; Adolescentes c/ agressividade/impulsividade; Alterações na auto-estima, Ansiedade/ Pânico, Comportamento automutilação; Consumos; Desatenção; Distúrbios; alimentares; Furtos; Dificuldades Relação Interpessoal; Medo; Mutismo; Saúde mental dos professores; tristeza (...)
Familiares	Adolescentes e irmãos que passam fome; Filha adolescente cuidadora informal de pai, em fase terminal; Absentismo às consultas psicologia: família não leva adolescente a estas; absentismo escolar; Famílias Cuidadoras que sentem dificuldades na comunicação c/ a escola (pais de adolescentes com NSEs e NEEs)
sociais	Autismo (pertub.neurodesenvolvimento c/ fortes implicações na comunicação e socialização) Crianças à guarda dos avós (c/ idades avançadas) Estigma, Preconceito, Desrespeito, Inaceitação, Dificuldades de Aprendizagem; Insucesso escolar, Pobreza, Questões comportamentais dos adolescentes: Bullying intra-turma, Bullying inter-turma, Riscos (associados à internet)
Educativas	Suporte ao projeto Educação para a Saúde da turma; âmbito Sexualidade: tema "aborto"; Necessidade de esclarecimento(s) ou informação sobre patologias (Diabetes...); Educar p/ aceder à Internet segura; Educação Relacional

Ciclo temporal Atividade	Cuidado Co-educando Formação Atividades Realizadas pela Escola	Cuidado Co-educando Formação Atividades Realizadas pelos Enfermeiros SE
Antes das Formações	<p><u>Escola Identifica Necessidades Formativas</u></p> <p>Escola apreende Risco(s) para a Saúde. Escola pede Formação, porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Famílias não informam sobre situações saúde dos filhos; - Famílias informam e exigem intervenção da escola 	<p><u>Acolhendo</u> Recebendo solicitações p/ formação (planeadas e imprevistas) Escutando os atores e narrativas das situações</p> <p><u>Conhecendo</u> Apreendendo elementos caracterizadores das necessidades de formação Conhecendo os pedidos específicos de Formação para os diferentes atores da escola</p> <p><u>Compreendendo</u> Compreendendo Necessidades e Referindo disponibilidades para a realização do cuidado formação</p> <p><u>Registando os Pedidos de Ajuda/Formação</u> Formação (assistentes operacionais) Formação para os Professores Previsibilidade de datas para a concretização da Formação Local da Escola para a realização da formação</p> <p><u>Marcando Reunião Equipa SE no ACeS e Realizam Reunião</u> Reúnem Eq.ª SE no ACeS e tomam-se decisões sobre os profissionais saúde que vão participar na formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos profissionais de saúde formadores - Formação individual ou conjunta - Definição do planeamento da formação (objetivos, público-alvo, metodologias) <p><u>Preparando a Formação</u></p>
	<p><u>Escola Identifica Temas para a Formação: Aprendizagem Teórica</u></p> <p>Cuidar de adolescentes c/ espinha bífida: esvaziamento vesical; Cuidar de adolescentes com crise psicótica Cuidar de adolescentes com crises epiléticas Cuidar de adolescentes com crises ansiedade Cuidar de adolescentes com diabetes</p>	
	<p><u>Escola Identifica Necessidades em Formação: Aprendizagem Prática</u></p> <p>Formação no procedimento de esvaziamento vesical; Formação no procedimento de avaliação glicémia capilar; Formação no procedimento de administração de insulina ou glucagon; Formação em 1ºs socorros; Formação em SBV;</p> <p><u>Escola Convoca os atores da escola:</u> Conselhos de Turma; grupo dos assistentes operacionais; por vezes os pais.</p>	
Durante as Formações	<p>Disponibilizando Local formal da escola Garantindo condições para a concretização da reunião Realizando a avaliação da Formação</p>	<p><u>Co-educando em Formações</u></p> <p>Realizando Formações com duas partes: (1) <u>dimensão Teórica</u></p> <p>Adotando estratégia de Formações curtas, sobre doenças crónicas que os adolescentes têm diagnosticadas, e a partir das quais, podem ter crises na escola.</p> <p>Seguindo uma sequência de conteúdos teóricos: Etiologia da doença Sinais e sintomas intervenção e</p>

		<p>complicações</p> <p>(2) <u>dimensão prática</u></p> <p>Reforçando a importância de agir numa complicação (exp.:situação de hipoglicémia) Realizando demonstração do procedimento; Definindo metodologia de trabalho a pares, para realização do procedimento; Respondendo a dúvidas e questões</p> <p>Realizando a avaliação da Formação</p> <p><u>Produzindo Orientações documentais</u></p> <p>Produzindo documentos com passos dos procedimentos a realizar; 2º documento c/ informação sobre valores que permitem a realização de exercício físico ;</p> <p>Sugerindo uma Localização do documento Localização do documento (livro de ponto);</p> <p>Apresentando folha de registos Folha para registo das situações de crise;</p>
Após as Formações		
contatando colegas da consulta de diabetes hospitalar para intervenção conjunta.	<p>Planeando Formação conjunta 1º momento de formação: Enfs. Consulta</p> <p>Momentos de Formação seguintes: Enfs. SE Avaliando o processo e resultados</p>	<p>Replicando a formação Com outros grupos de professores nos anos letivos seguintes</p>

Cuidado Co-educando em Promoção e Educação para a Saúde

	Identificando (De)sencontros (Equipas PES/SE-Adolescentes)	Dando voz aos Adolescentes (Pedidos Coeducacionais-SEPS)
<p>Sensibilidade Empírica das Necessidades EpS</p> <p>Inexiste Diagnóstico de Situação da Comunidade</p> <p>Inexiste Identificação dos problemas na comunidade e, nesse sentido, ocorre intervenção avulso, e não dirigida ou planeada para responder aos efetivos problemas da comunidade alargada, nem da comunidade educativa em particular.</p> <p>Esta realidade também se estende ao diagnóstico das Necessidades em educação em saúde na Escola. Identificámos que o planeamento da EpS é realizado a partir de sensibilidade(s) empírica dos atores das equipas PES e da SE durante as reuniões de planeamento da EpS, não estando implicados no processo, os adolescentes.</p>	<p>“(Des)encontro(s) de Necessidades em temas”</p> <p><u>Temas definidos Eq.ªs PES e SE</u></p> <p>De acordo com os dados relativos aos temas da EpS a serem abordados com os adolescentes na Escola, identificámos alguma (Des)sintonia de necessidades, uma vez que os temas definidos pelas equipas PES e da SE, diferem dos temas que os adolescentes gostariam de abordar.</p> <p>(Nota: Importámos das Reuniões de Planeamento da EpS, decisões sobre os temas em saúde a serem abordados por anos nos 2º e 3º CEBs. definidos a partir da sensibilidade empírica dos atores das equipas PES e SE)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5ºs anos – <i>Higiene do Sono</i> ▪ 6ºs anos - <i>dependência dos videojogos</i> ▪ 7ºs anos – <i>e-stop (projecto de prevenção de consumo de tabaco)</i> ▪ 8ºs anos – <i>outros consumos</i> ▪ 9ºs anos – <i>sexualidade.</i> 	<p>“(Des)encontro(s) de Necessidades em metodologias”</p> <p><u>Metodologias escolhidas Eq.ª SE</u></p> <p>Palestras (apresentação de temas com e sem power-point) Palestras com perguntas Respostas às perguntas da “Caixinha das perguntas” Colocação de situações-cenário Feira da Saúde (banca em que os Enfs.SE se disponibilizam a responder às solicitações de quem passa. Divulgam e promovem ações)</p> <p><u>Temas escolhidos pelos adolescentes</u></p> <p>Educação Física: importância p/ a saúde Educação Sexual Gravidez Alimentação Distúrbios alimentares Primeiros-socorros</p> <p><u>Temas de saúde mental</u> Abordar temas da S. Mental para não serem tabú Abordar os temas da S. Mental na escola reduz estigma/preconceito e são importantes</p> <p>Importância de pedir Ajuda Abordagem comportamentos nocivos à saúde: Automutilação depressão, comportamentos de gozo/humilhação de Violência no namoro Violência doméstica Todos os tipos de violência</p> <p><u>Metodologias escolhidas pelos adolescentes</u></p> <p>Os adolescentes referem sentir-se incapacitados para intervir ou ajudar alguém. Não sentem ter conhecimentos, nem sabem agir e, querem ambos os processos: i) ter conhecimentos do que podem fazer; ii) ser capacitados Palestras acompanhadas de ppt Demonstrações (de MACs) Jogos Jogos de decisões Visualização de vídeos Discussão e debates</p>

Cuidado Co-educando em Promoção e Educação para a Saúde – Tipologias de SEpS

(1) SEpS pontual não planeada	(2) SEpS pontual planeada	(3) Sessões de Educação para a Saúde (1 a 3 SepSs)	(4) Sessões de Educação para a Saúde (SEpSs projeto com planeamento)	Sessões de Educação para a Saúde co-construída com os adolescentes
<p>Temas Diabetes (esclarecer questões e dúvidas) Educar para a sexualidade responsável Educar para a aceitação da diferença</p> <p>Tipologias: 1 SEpS pontual Turma vai ver filme ao gabinete Clarificação de dúvidas de colegas de turma de adolescente com DmiT Conversa c/ turma 6º ano c/ adolescente com trissomia 21</p> <p>Metodologias Expositiva Participativa</p> <p>Estratégias pedagógicas/educativas Visualização de filme Debate Resposta a questões e dúvidas Conversa sensibilizadora – clarificação causas da(s) doenças genéticas</p>	<p>Temas Articulação c/serviços de saúde; Explicação sobre marcação de consultas e acompanhamento de saúde (de forma a garantir o acompanhamento clínico ao longo processo desenvolvimento jovens c/ doença neurodesenvolvimental: - cons. adolescência, - consulta P. Familiar, - vacinação</p> <p>Sexualidade de jovens c/ NEEs Prevenção comportamentos risco Educação sexual Violência no namoro</p> <p>Tipologia: SEpS em metodologia de pequenos grupos SEpS em grande auditório (várias turmas)</p> <p>Metodologias Expositiva Participativa</p> <p>Estratégias pedagógicas/educativas Palestras com e sem Power point Colocar questões p/ reflexão Debates</p>	<p>Temas Educação sexual; Alimentação; E. autismo; Trissomia 21</p> <p>Tipologia: Entre 1 a 3 sessões Convite a parceiros</p> <p>Metodologias Recurso a métodos expositivos/participativos Estratégias: colocação de questões e demonstração de métodos, visualização de filmes Estratégia de storytelling por mãe de jovem autista.</p> <p>1ª SEpS: Foi ocasional a partir do pedido da adolescente com trissomia 21 <u>Abordagem da doença</u> <i>O que era a Trissomia 21?</i></p> <p><u>Conhecer Expectativas</u> <i>O que é que eles esperavam?</i></p> <p><u>Sensibilizar para compreender o outro</u> <i>Como é que aquela jovem se sentia?</i></p> <p><u>Sensibilizar p/ tomada de consciência dos seus sentimentos</u> <i>O que que eles sentiam em relação à jovem?</i></p>	<p>Temas Educação sexual (tema escolhido pelas turma: o aborto)</p> <p>Tipologia: Por projeto curricular de turma: várias sessões Participação psicóloga + Enf. SE</p> <p>Metodologias Expositiva Demonstrativa Participativa</p> <p>Estratégias pedagógicas/educativas visualização de filmes realização de debates realização de dinâmicas de grupo realização de jogos</p> <p>SEpSs por projeto curricular turma Turmas Ensino profissional Tema decidido pelos alunos Várias sessões/ano letivo Metodologias Ativas Diferentes estratégias/sessão</p> <p>Metodologia Reflexiva Estratégia de literacia em saúde: : realizaram pesquisa</p>	<p>Tema Educar para a aceitação da diferença Educar para integrar todos os adolescentes na Escola Educar para pertencer um grupo de pares</p> <p>Tipologia: Várias sessões/ano letivo Sequência semanal Convite a parceiros Definição de temas semanais Metodologias Ativas/experienciais</p> <p>Metodologia Trabalho por projeto. <i>Projeto integrar</i> Método experiencial</p> <p>Estratégias pedagógicas/educativas colocação de questões demonstração de métodos, visualização de filmes, realização de jogos desempenho de papeis</p> <p>Intervenção educativa em várias áreas: Educação Sexual Alimentação Reciclagem Acessibilidade(s) Respeito pelo outro Aquisição de competências</p> <p>Obtém elementos caracterizadores: dos adolescentes</p>

		<p>2ª SEpS: Processo pedagógico com o grupo de adolescentes das turmas dos colegas com NEEs: Enf.SE convida individualidade de Referência no autismo, para ir à escola. Apresenta o tema Implementa metodologia participativa Aplica quest.º antes da apresentação Realiza a intervenção Aplica quest.º após intervenção. Estratégia de Storytelling (pessoas em geral e jovens gostam de histórias, convidada tem forma cativante de contar as histórias do filho (autista), devagarinho identificaram-se comportamentos de jovens c/ E. autismo nas turmas e escola, ocorreu compreensão)</p> <p>3ª SEpS: Visualização de filme com história de Sra. c/ autismo</p> <p>Consolidação da aprendizagem sobre pessoas com autismo, dos adolescentes das turmas de colegas com NEE devido à condição de saúde do espectro do autismo destes. (processo de aprendizagem da senhora ao longo da sua vida, no filme)</p>	<p>: Obtiveram informação : criaram argumentos com a informação que obtiveram : Debateram ideias : Discutiram várias possibilidades para responder ao problema : consideraram todos os argumentos : coconstruíram uma compreensão diferente sobre o problema em análise</p>	<p>Patologia associada Os problemas <u>Compreende as necessidades educativas</u> : existência de limitações : mobilidade reduzida (adolescentes em cadeira de rodas) : Dificuldades na escrita Da Escola: Inacessibilidade(s) a espaços Estigma Preconceito da família: Desconhecimento de recursos locais importantes e menos dispendiosos Pais colaboram na promoção do ganho de autonomia Estratégias Incluir todos os adolescentes no processo de identificação das suas necessidades na Escola Opção pela expressão verbal dos adolescentes Projeção no écran do texto escrito em computador a partir da expressão verbal Enf. SE escreve carta em ppt. Realização jogos (jardim) bom tempo: atividades outdoor Repetição dos processos p/ consolidação das aprendizagens Aprendizagem experiencial Peça de teatro</p>
--	--	---	--	---

Fases da SEpSs (SEpSs Pontual Planeada e SEpSs 1 a 3)

Antes (SEpSs)	Durante (SEpSs)			Depois (SEpSs)
	Início	Meio	Fim	
<p>Acolhendo Recebendo solicitações para SEpSs As perguntas das turmas (Cx. Perguntas)</p> <p>Conhecendo Conhecendo os pedidos específicos dos DTs e coordenador PES</p> <p>Compreendendo As necessidades educacionais dos Adolescentes</p> <p>Preparando a sessão (pesquisas, definição da estrutura da SEpS, definição da metodologia e estratégia pedagógica, objetivos, recursos materiais e humanos: p/ cumprir o tempo definido)</p> <p>Chegando à Escola Chegando à Sala Contatando com a Turma Cumprimentando todos Apresentando-se pessoal e profissional</p> <p>Dependendo das salas, os Enfs. SE costumam posicionar-se perto das secretárias dos professores, ao centro das salas. Umhas salas têm estrado e eles sobre o mesmo,</p>	<p>Acolhendo o ambiente da turma Apresentando objetivos da SEpSs Clarificando conceitos</p> <p>Estabelecendo interação com a turma colocando questões fáceis e acessíveis sobre o tema Testando conhecimentos dos adolescentes</p> <p>Em SEpSs com características diferentes: - com preletores convidados - integradas num projeto - através de aprendizagem experiencial</p> <p>Pode ocorrer o pedido de preenchimento de questionários sobre os temas; ou alteração do espaço de realização da SEpSs; ou recurso a estratégias educativas inclusivas</p>	<p>Situando-se face à comunicação da turma Iniciando aprofundamento dos temas por fases e, com mudanças de assuntos, dentro do tema.</p> <p>Mantendo interação apresentando diapositivos do ppt . ou colocando questões “provocatórias”</p> <p>Obtendo participação dos adolescentes</p> <p>Estimulando a discussão (quando há perspetivas diferentes dos adolescentes sobre os assuntos)</p> <p>Moderando as discussões</p> <p>Estando atentos, sorridentes e mostrando interesse Dependendo das estratégias educativas adotadas p/ cada SEpSs os Enfermeiros SE, ou: Respondem às perguntas que os adolescentes fizeram e colocaram na “caixinha” das perguntas; Expõem situações-cenário, permitindo que os adolescentes estabeleçam um raciocínio, reflexão e compreensões da situação</p> <p>Perante colocação de questão personalizada, nenhum adolescente da turma, responde.</p>	<p>Preparando o fim da sessão</p> <p>Disponibilizando tempo para responder a questões ou esclarecer dúvidas</p> <p>Despedindo-se dos adolescentes da turma</p> <p>Trocando impressões Enfs.SE com os professores sobre: - a SEpS (avaliação sumária de como decorreu) - a participação dos adolescentes - alguma situação que tenha despoletado preocupação com adolescentes apreendida pelos professor ou Enfs. SE - eventual necessidade de realizar mais SEpSs</p> <p>Ocorrendo a despedida entre Enfs. SE e os professores</p>	<p>Dependendo da tipologia e características definidas para cada SEpSs pode haver: - tratamento de dados sobre respostas a questionários de conhecimento - tratamento de dados face a instrumentos de medida (em SEpSs integradas em projetos de investigação)</p> <p>Ocorrendo conversas informais com a investigadora (por via dos momentos de observação) <u>sobre</u>:</p> <p>- a SEpSs; - as dificuldades face a recursos materiais, humanos e temporais; - as opções metodológicas e estratégias pedagógicas; - Necessidades formativas</p>

<p>outras não têm. Alguns circulam por parte da sala para ficarem mais próximos dos adolescentes)</p>		<p>Explorando os temas, Realçando os benefícios para a saúde e vida do ser humano</p> <p>Principais estratégias pedagógicas e comunicacionais utilizadas:</p> <p>Realizando Palestra com ppt (exposição do tema) com interação dos adolescentes; Utilizando a Caixinha das Perguntas</p> <p>Utilizando questões abertas Devolvendo perguntas (passa da dimensão singular para a dimensão coletiva, abrindo a oportunidade a todos os adolescentes de participarem) Parafraseando Clarificando Explicando</p>		
---	--	--	--	--

Designação	Conceitos	Qualidades humanas dos Enfermeiros SE
Atitudes Relacionais		
Atitude de Amabilidade		Consistindo num conjunto de qualidades comunicacionais (verbais e não verbais) que abrem e mantêm a relação com os atores da escola. Em particular, destaca-se a disponibilidade em estar com diferentes atores da escola, dedicar atenção ao outro, ter boa disposição, cumprimentar (sorrir, acenar aos atores da escola), conhecer os nomes dos atores da escola, ser simpática(o) e agradecer.
Atitude de Consideração		consistindo num conjunto de qualidades assentes no respeito pelas pessoas, espaços, tempo e a logística organizacional; revelar interesse e disponibilidade para estar com elas; ser flexível e adaptar-se às condições situacionais do contexto; não pre-julgar ou manter neutralidade; e considerar os significados atribuídos pelas diferentes pessoas; escutá-las atentamente,
Atitude de Acolhimento		consistindo num conjunto de qualidades assentes na preparação de um ambiente humano num espaço (local da escola) facilitador à revelação de pedidos de ajuda. Considerar um local para estar com/receber os atores da escola, em particular os adolescentes, aceitar o outro tal como ele é, clarificar o dever de sigilo, revelar disponibilidade, ser humildade, ser autentico, demonstrar interesse, estabelecer uma distância adequada (proxémica de distância interpessoal), estabelecer tempo, escutar ativamente, compreender o pedido.
Atitude de Compromisso	de	consistindo num conjunto de qualidades assentes na criação da relação de confiança (dual, grupal, ou organizacional; ser congruente, co-estabelecer e cumprir acordo; ser flexível; consciencializar-se de limites: espaço/tempo/esfera de competências

<p>Atitude Terapêutica</p>	<p>consistindo num conjunto de qualidades assentes (em todas as anteriores, acrescidas das seguintes:</p> <p><u>Dimensão da Comunicação Não verbal</u></p> <p>Ser Presença para o outro (colaborar-ajudar-melhorar situações); criar ambiente seguro e contentor; acolher expressão sentimentos (choro, riso, raiva); Dar atenção ao adolescente; Manter contato visual sereno; garantir disponibilidade; estar em proximidade afetiva com proximidade adequada à distância aceite pelo adolescente;</p> <p><u>Dimensão da Comunicação Verbal</u></p> <p>Disponibilizar-se como recurso; Acolher pedido de ajuda; Garantir sigilo; clarificar a confidencialidade do relato do adolescente (explicitando quando não o pode fazer); co-definir limites/regras com os adolescentes (construindo a relação); Clarificação dos termos da relação; Não julgar; Abordagem centrada no adolescente, compreensiva do que ele vive e experimenta; Decisão do adolescente escolher o que quer trabalhar no atendimento; Não diretividade,</p> <p><u>Dimensão Atitudinal</u></p> <p>Aceitação incondicional; Compromisso; Interesse genuíno pelos</p> <p>Adolescentes; Acompanhar - dar atenção ao longo do processo de cuidado, Permanecer no cuidado, ser autêntico; ser sincero e honesto com o adolescente;</p> <p><u>Trabalho com Grupos</u></p> <p>Investir na aprendizagem com grupos de adolescentes</p>
-----------------------------------	---

