

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

GILVAN BROLINI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ASSISTENCIA AO ESTUDANTE NO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RORAIMA

São Paulo

2014

GILVAN BROLINI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ASSISTENCIA AO ESTUDANTE NO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RORAIMA

Dissertação apresentada à UNIFESP –  
Universidade Federal de São Paulo/  
CEDESS – Centro de Desenvolvimento  
do Ensino Superior em Saúde, para  
obtenção do título de Mestre Profissional  
em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis  
da Silva

São Paulo

2014

Brolini, Gilvan

Educação em saúde no contexto da assistência ao estudante no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima – IFRR / Gilvan Brolini ; Orientador Gilberto Tadeu Reis da Silva. - São Paulo, 2013.

68 f.

Tese (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS, 2013.

Título em inglês: Health Education in assistance to the student in the Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima.

1. Educação em saúde. 2. Educação. 3. Práticas educativas. 4. Promoção da saúde. 5. Equipe multiprofissional.

GILVAN BROLINI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ASSISTENCIA AO ESTUDANTE NO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RORAIMA

São Paulo, 13 de dezembro de 2013.

---

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva

---

Membro: Prof. Dr. Paulo Cobellis Gomes

---

Membro: Profa. Dra. Vitória Helena Cunha Espósito

---

Membro: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

---

Membro Suplente: Profa. Dra. Lidia Ruiz Moreno

*Aos estudantes, professores e técnicos administrativos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima que, mesmo com todas as dificuldades, se mantêm firmes na luta por uma educação pública e de qualidade.*

## AGRADECIMENTOS

*“O que a gente não pode mesmo, nunca, de jeito nenhum... é amar mais ou menos, sonhar mais ou menos, ser amigo mais ou menos, namorar mais ou menos, ter fé mais ou menos, e acreditar mais ou menos. Senão a gente corre o risco de se tornar uma pessoa mais ou menos.”*

*Chico Xavier*

É chegado o fim de mais um desafio, difícil, como a maioria é, de ser vencido. Sabe-se, entretanto, que é preciso enfrentá-los e superá-los para que possamos alcançar o objetivo maior de nossa existência: o crescimento moral e intelectual.

Porém, este caminho e o processo de enfrentamento são possíveis apenas quando temos ao nosso lado pessoas com as quais podemos contar e, a elas, desejo agradecer.

Antes de tudo, agradeço a Deus e a toda a espiritualidade por terem me possibilitado vivenciar este momento de tão valioso crescimento.

Agradeço também aos meus pais, Valdemar Brolini (*in memoriam*), um “mestre não alfabetizado” que, com sua simplicidade e humildade, ajudou a moldar o meu caráter e que hoje me observa e me apoia em outro plano, e à Sueli Amália Brolini, mulher simples, guerreira e destemida, que apesar de todas as dificuldades sempre demonstrou sua fé e perseverança, por todos os seus esforços que me fizeram chegar até aqui.

À minha amada esposa Leila, paciente, dedicada e lutadora, suportando os momentos de minhas ausências e afastamentos, conseguindo atender a tudo, sabendo que havia um importante propósito.

Às minhas pequenas Yara e Sofia, princesas maravilhosas da minha vida, que muitas vezes não entendiam porque o papai não podia “parar para brincar” e o motivo de “viajar tanto.”

Aos amigos do MP Norte, os quais, de uma forma ou outra, deram sua parcela de contribuição para que este sonho se tornasse realidade. De modo especial, ao Cleson Moura e Lagerson Mauad, grandes parceiros nessa caminhada.

Aos Companheiros do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima que me auxiliaram e me apoiaram, especialmente à Sonia Maria Castro, coordenadora da CAES pelo seu apoio incondicional.

Aos professores e técnicos da Universidade Federal de São Paulo, com seus jeitos “CEDESS de ser”, especialmente ao meu orientador Gilberto Tadeu. Sua paciência, dinamismo e persistência foram muito importantes para que chegasse ao final desta etapa da minha vida.

A todos, o meu muito obrigado.

*“A vida é aquilo que você deseja diariamente.”*

*André Luiz*



## RESUMO

A presente pesquisa objetivou analisar a prática de educação em saúde enquanto estratégia de atenção à saúde de estudantes matriculados no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima – IFRR, contexto desta investigação, onde há um ambulatório de atendimento a alunos e servidores no qual atua uma equipe multiprofissional. Com o intuito de ampliar o olhar sobre as práticas educativas em saúde desenvolvidas por estes profissionais, a equipe foi caracterizada, identificando-se o conceito de saúde que norteia sua atuação e quais práticas de educação em saúde ela desenvolve e em quais contextos. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde que atuam na Coordenação de Assistência ao Estudante do IFRR. Os dados foram obtidos por meio de respostas a questionários elaborados segundo um roteiro semiestruturado. A pesquisa foi desenvolvida segundo a modalidade Estudo de Caso, com abordagem qualitativa. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo, do tipo temática. Os resultados revelam que entre os membros da equipe há distintas concepções e entendimentos, o que evidencia a necessidade de um direcionamento destes profissionais. Assim, sugere-se a implementação de um projeto de capacitação que permita aprimorar práticas educativas voltadas à educação em saúde como estratégia primeira na atenção à saúde dos estudantes desta Instituição Federal de Ensino.

**Palavras-Chave:** Educação em saúde; Educação; Práticas educativas; Promoção da Saúde; Equipe multiprofissional.

## **ABSTRACT**

This research had the aim of analyzing the practice for health education as a strategy for health attention, concerning the students who are enrolled at IFRR (Federal Institute of Education, Science and Technology in Roraima State), where there is an ambulatory with a multiprofessional team for students and civil workers' attendance. In order to broaden perspectives upon the educational practices in health developed by these professionals, the team was distinguished, identifying themselves as the concept of health which guides their performance and the practices of education in health they develop as well as the areas. All individuals involved in this research were the healthcare providers who work in the assistance coordination to students at IFRR. The data were obtained by means of responses to questionnaires elaborated in accordance with a semistructured view. Also, the research was made according to the Case Study method based on a qualitative approach. Those data were analyzed by means of contents analysis, which are thematic. The results reveal that, among the members of the team, there are different conceptions and understandings, which shows those professionals need a guidance. Thus, one suggests to implement a training project program that allows to improve educational practices towards health education as a main strategy in healthcare attention of the students from this institution.

**KEYWORDS:** Health education; Education; Educational practices; Health promotion; Multiprofessional team.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Atribuição das categorias profissionais.....	32
Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos, segundo sexo, nível de escolaridade e tempo de atuação no serviço.....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAES	Coordenação de Assistência ao Estudante
CEDESS	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
CEFET-RR	Centro Federal de Educação Tecnológica de Roraima
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTE	Conselho Territorial de Educação
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
ETFRR	Escola Técnica Federal de Roraima
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IFRR	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MS	Ministério da Saúde
MES	Ministério da Educação e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
PROEJA	Programa de Educação de Jovens e Adultos
PSE	Programa Saúde na Escola
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SETEC	Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNED	Unidade Descentralizada
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO – CONTEXTUALIZANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>LINHA TEMPORAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Contextualização: os três movimentos.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>A educação em saúde segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) .....</b>	<b>24</b>
<b>3.3</b>	<b>Política pública: educação em saúde e o Programa Saúde na Escola.....</b>	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento da pesquisa.....</b>	<b>28</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário da pesquisa.....</b>	<b>29</b>
<b>4.2.1</b>	<i>O estado de Roraima.....</i>	<i>29</i>
<b>4.2.2</b>	<i>O IFRR – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima.....</i>	<i>29</i>
<b>4.3</b>	<b>O contexto da pesquisa.....</b>	<b>32</b>
<b>4.4</b>	<b>Sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>32</b>
<b>4.5</b>	<b>Observância à dimensão ética.....</b>	<b>34</b>
<b>4.6</b>	<b>A coleta de dados.....</b>	<b>34</b>
<b>4.7</b>	<b>Sobre a análise dos dados.....</b>	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>37</b>
<b>5.1</b>	<b>Núcleo Direcionador I – Entendimento sobre educação em saúde.....</b>	<b>37</b>
<b>5.2</b>	<b>Núcleo Direcionador II – Práticas educativas desenvolvidas.....</b>	<b>41</b>
<b>5.3</b>	<b>Núcleo Direcionador III – Em quais contextos ocorrem as práticas educativas.....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
	<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>50</b>

<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>67</b>

## APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional em enfermagem teve início em 2002, no curso de graduação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, em Foz do Iguaçu. Minha prática profissional iniciou-se também no Paraná, na condição de enfermeiro assistencial em uma Santa Casa de Misericórdia e também ministrando aulas teóricas e práticas em cursos técnicos de enfermagem.

Neste percurso, as dificuldades próprias do início da atividade profissional foram surgindo, algumas sendo transpostas sem dificuldades, outras, porém, com maiores obstáculos, causando certo desconforto e até insatisfação.

Todavia, as insatisfações impulsionaram minha busca por novos desafios profissionais, quando, após me cadastrar em um site de empregos na internet, fui selecionado para trabalhar em projeto de assistência à população indígena na região Norte, mais especificamente em Roraima. Ser selecionado, no entanto, colocou-me diante de um novo e grandioso desafio, agora distante cerca de cinco mil quilômetros de minha cidade de origem, o que exigiu uma decisão segura.

Atuei por dois anos e meio na assistência à saúde do povo ianomâmi, tendo ali vivenciado, certamente, uma de minhas maiores experiências profissionais e de vida, só interrompida quando aprovado em concurso público para a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. Atuando como enfermeiro assistencial em um hospital geral, segui em busca de oportunidades profissionais e, assim, em 2008, fui aprovado para o cargo de enfermeiro no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima - IFRR.

Se por um lado as aprovações em concurso público representavam maior segurança profissional, favorecendo a convivência familiar, significavam, por outro, deixar para trás uma atividade extremamente prazerosa e o convívio com um povo que muito tem a nos ensinar.

A minha atuação profissional como enfermeiro no IFRR também tinha um diferencial - a possibilidade de atuar com estudantes, considerando que minha prática é exercida na Coordenação de Assistência ao Estudante - CAES, setor que funciona nos moldes de um ambulatório de saúde e presta atendimento a estudantes e servidores desta Instituição Federal de Ensino.

Contudo, atento ao tipo de atendimento oferecido na unidade, passei a atentar para possibilidades de propor melhorias e, principalmente, reorientar o foco

de atuação, visto que as ações realizadas eram quase que integralmente voltadas para um atendimento clínico segundo um olhar na doença, voltando-se pouco, ou quase nunca, para a prevenção e promoção à saúde.

O atendimento na unidade é realizado por uma equipe multiprofissional, da qual fazem parte, além deste pesquisador, enfermeiro, duas médicas, dois odontólogos, duas assistentes sociais, uma psicóloga, quatro técnicos de enfermagem, uma pedagoga e uma assistente de alunos.

A atuação da equipe baseia-se, na maioria das vezes, nas competências previstas em edital do concurso público para cada um dos cargos, não permitindo, portanto, inovar em ações que possam redirecionar o foco da atenção.

O trabalho desenvolvido por esta equipe tem por objetivo, além das atribuições específicas de cada cargo, prestar atendimento de saúde aos estudantes e servidores e desenvolver ações de educação em saúde direcionadas a esta clientela.

Apesar de contar com esta equipe multiprofissional com grande potencial, as atividades no setor não são realizadas de forma integrada e coordenada, fazendo com que cada profissional desenvolva seu trabalho de forma isolada, muitas vezes comprometendo o bom andamento das ações educativas em saúde.

Considerando que a educação em saúde é componente primeiro da promoção da saúde, entendemos que a equipe multiprofissional envolvida nesse processo deva buscar reorientar a sua atuação para incluí-la como esteio em sua atividade.

Neste sentido é que minha atenção voltou-se para o desenvolvimento da presente pesquisa com o intuito de caracterizar a equipe multiprofissional que atua na CAES do IFRR e analisar suas possibilidades de inverter a lógica de um modelo médico curativo, centrado na doença, para um modelo direcionado ao novo paradigma da saúde, que visa à autonomia dos sujeitos, utilizando, como estratégia, a educação em saúde.



## 1 INTRODUÇÃO – CONTEXTUALIZANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Historicamente, a educação em saúde tem início no final do século XIX e começo do século XX. Entretanto, seus objetivos foram sofrendo transformações ao longo dos anos face às mudanças ocorridas no mundo, em várias esferas nos âmbitos da educação e da saúde.

No Brasil, ela surgiu com o objetivo fundamentalmente econômico de combater as endemias que tanto prejudicavam as exportações de café e, por possuir caráter essencialmente autoritário, desconsiderou por muito tempo o papel do sujeito em suas ações.

Neste contexto, atendendo unicamente aos interesses de uma classe economicamente dominante, a educação em saúde pautou-se por medidas impositivas, verticalizadas, em relação aos temas da saúde da população, não respondendo, portanto, às demandas daqueles que sempre representaram a maior parcela e apresentavam as grandes carências em relação à saúde, ou seja, a população economicamente desfavorecida.

Já em meados do século XX, a educação em saúde avançou no sentido de envolver a população, buscando superar algumas barreiras que distanciavam os serviços de saúde do seu maior público. Superando barreiras culturais, sociais e principalmente políticas, vem avançando como instrumento de participação popular, buscando aproximar cada vez mais o usuário da saúde pública, valorizando seus saberes e possibilitando-lhe maior autonomia em relação à sua própria saúde.

Entretanto, apesar dos avanços, o que ainda se observa é a clara manutenção de um modelo hegemônico biomédico que privilegia o atendimento clínico baseado na demanda das pessoas em unidades de atendimento em detrimento de ações que busquem atender ao novo paradigma, ou seja, com enfoque na prevenção e promoção da saúde.

Entendendo a educação em saúde como uma junção de duas ciências com objetivo de educar para promover melhoria na qualidade de vida das pessoas, devemos nos reportar aos conceitos que definem cada um dos termos. Para Resende (1986, p. 87), “a educação é um instrumento de transformação social, de reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimula a criatividade”. Já o conceito mais atual e ampliado de saúde, definido pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080) de 1990, em seu artigo 3.º, é que ela tem como fatores determinantes

e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Dessa forma, entendemos que deva atender aos princípios da educação e da saúde, promovendo uma transformação social de modo que o indivíduo e a coletividade possam ter atendidos, de forma satisfatória, suas necessidades, obtendo níveis satisfatórios de saúde.

Promover a educação em saúde, tanto em comunidades como em instituições, significa instrumentalizar as pessoas para que alcancem níveis satisfatórios de saúde, tornando-os sujeitos ativos e autônomos em relação à sua saúde e de sua comunidade.

A educação em saúde é definida por Gavidia (1998) como um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Tem lugar em vários espaços sociais, formais e informais.

No que tange ao âmbito do espaço escolar, a educação em saúde só faz sentido quando há alinhamento da proposta com um programa/ projeto maior, que evidencie a participação e promoção na emancipação dos sujeitos envolvidos. Vale mencionar que os Parâmetros Curriculares Nacionais possibilitam indicativos neste sentido.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais concebem educação em saúde como fator de promoção e proteção à saúde e estratégia para conquista dos direitos de cidadania (BRASIL, 1997).

A escola, na condição de agente transformador da sociedade, desempenha um papel preponderante na proposição de estratégias que visem melhorar a qualidade de vida dos seus alunos e, conseqüentemente, de comunidades adstritas.

Para Mainardi (2010), a escola existe ou deveria existir em função do aluno, para ajudá-lo a adquirir conhecimentos, novas habilidades e assumir posturas mais comprometidas com a sociedade. Enquanto espaço de produção de conhecimento, é também ambiente fecundo para a discussão dos temas que envolvem e interferem na vida das pessoas, entre os quais se destaca a temática da saúde. Para tal, faz-se necessário o envolvimento de toda a comunidade escolar, incluindo equipes multiprofissionais de saúde, pais, professores, gestores, representações da sociedade e, certamente, os alunos.

Segundo Brito Bastos (1979),

A educação para a saúde escolar não deve se limitar a simples informações de assuntos de saúde. A educação para saúde só pode ser efetiva se promover mudança no comportamento da criança, tornando-a consciente do que é necessário à conservação da saúde.

A respeito da pouca efetividade do ensino, o que inclui as ações descontextualizadas de educação em saúde desenvolvidas nas escolas, cabe mencionar Freire (1987, p. 58) quando se refere ao processo de ensino - aprendizagem. Diz esse educador: “dessa maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante”.

Do exposto, com base na compreensão de que por meio da educação é possível realizar as transformações sociais tão almeçadas e que a educação em saúde é, sem dúvida, um caminho viável para que os indivíduos conquistem autonomia em relação à sua própria saúde e de sua comunidade, propusemos o presente estudo.

Nesse sentido, procuramos responder a alguns questionamentos que fundamentaram nossa atividade de pesquisa:

- Qual o papel da educação em saúde na assistência ao estudante no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima - IFRR?
- Como é composta a equipe que atua com educação em saúde no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima - IFRR?
- Segundo qual concepção de educação em saúde esta equipe trabalha?
- Quais as práticas educativas desenvolvidas?
- Em quais contextos são desenvolvidas as ações de educação em saúde no Instituto Federal de Roraima?

Responder a estes questionamentos e analisar a educação em saúde como estratégia de atenção à saúde dos estudantes no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima (IFRR) requereu uma análise do uso da educação em saúde dirigida a alunos de uma Instituição Federal de Ensino e de sua eficácia enquanto estratégia de promoção da saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a educação em saúde como estratégia de atenção à saúde dos estudantes no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima – IFRR, sob a perspectiva dos profissionais envolvidos.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar a equipe multiprofissional que atua com educação em saúde no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima - IFRR.

- Apreender a concepção de educação em saúde norteadora das ações da equipe multiprofissional do IFRR.

- Identificar as práticas educativas desenvolvidas, caracterizar o contexto onde ocorrem e analisá-las frente às concepções de educação em saúde no contexto do IFRR.

- Analisar e caracterizar o contexto em que são desenvolvidas as ações de educação em saúde no IFRR.

- Apresentar proposta de intervenção, através de programa de capacitação da equipe multiprofissional, com vistas a reorientar o modelo de assistência prestada.

Com este intuito, passamos a tecer algumas considerações sobre aspectos da educação em saúde no Brasil, abordando sua temporalidade, os movimentos que a circundam e os Parâmetros Curriculares Nacionais.

### **3 LINHA TEMPORAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL**

#### **3.1 Contextualização: os três movimentos**

Os primeiros passos em direção a programas de educação em saúde no Brasil foram dados por Carlos Sá e Cesar Leal Ferreira, os quais, em 1924, criaram no município de São Gonçalo, no estado do Rio de Janeiro, o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual. No ano seguinte, Antônio Carneiro Leão, Diretor de Instrução Pública, determinou que as escolas primárias do antigo Distrito Federal adotassem o mesmo modelo.

Em 1925, foi criada, por Horácio de Paula Souza, a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo com o objetivo de promover consciência sanitária da população e dos profissionais atuantes em serviços de profilaxia geral e específica. Surgia, então, a figura do educador sanitário, cuja responsabilidade principal era divulgar noções de higiene para alunos das escolas primárias estaduais.

Nesse mesmo período, em Pernambuco, era criada, por Amaury Medeiros, a Inspetoria de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência.

Na década seguinte, cristalizou-se, na saúde, a centralização administrativa advinda do processo revolucionário de 1930, o que acabou gerando, além do sufocamento de todas as iniciativas estaduais, a concentração das atividades sanitárias nas cidades, notadamente nas capitais.

Com a reestruturação, o Departamento Nacional de Saúde do MES deixou de ser "Serviço de Propaganda e Educação Sanitária" para se tornar "Serviço Nacional de Educação Sanitária", com o objetivo de "formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde". No âmbito dos estados, o modelo adotado em serviços federais foi reproduzido nos respectivos órgãos de saúde pública.

O Ministério da Educação e Saúde, reunindo estas duas funções paralelas, tinha condições de proporcionar aos administradores as oportunidades de conjugá-las e, conseqüentemente, prover um campo educacional fecundo para o propósito de tornar a vida mais saudável.

Brito Bastos, em seu relatório datado de 1969, destaca:

Essa oportunidade, porém, não foi explorada na prática. Os Serviços de Educação Sanitária, quando muito, limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes; distribuíam na imprensa do país pequenas notas e artigos sobre assuntos de saúde; editavam periódicos sobre saúde; promoviam concursos de saúde e lançavam mãos dos recursos audiovisuais para difundir os conceitos fundamentais da saúde e da doença. Os esforços se concentravam, dessa forma, na propaganda sanitária e, neste setor, já bastante reduzido, dava-se preferência às formas escritas, visuais, de propaganda, sem considerar o grande número de analfabetos no país, que era de 60%, em 1940. Esses analfabetos se concentravam, como era de se esperar, nas baixas camadas das populações urbanas e no campo (BRITO BASTOS, 1969).

A primeira grande transformação de mentalidade nas atividades da educação sanitária ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública. Desde seu início, o SESP reconheceu a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde, a responsabilidade pelas tarefas educativas direcionadas a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral.

Neste período, o SESP desencadeou o processo que preparava professores da rede pública de ensino para atuarem como agentes educacionais da saúde, exemplo seguido pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, e pelo Departamento Nacional da Criança, os quais passaram a também expandir essas ações para além dos limites dos órgãos de saúde.

A clivagem do Ministério da Educação e Saúde em duas instituições autônomas poderia ter propiciado o fortalecimento da área de Educação Sanitária, mas isto só ocorreria alguns anos depois: primeiro com Ruth Marcondes e, posteriormente, com Brito Bastos, quando houve nova transformação, marcada pela reformulação da estrutura do Serviço Nacional de Educação Sanitária e integração das atividades de educação no planejamento das ações dos demais órgãos do Ministério da Saúde.

Estas mudanças foram reflexo, também, de dois eventos internacionais: a 12ª Assembleia Mundial da Saúde (1958), em Genebra, reafirmando o conceito

[...] que a educação sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações (BRASIL, 1996).

Na 5ª Conferência de Saúde e Educação Sanitária, realizada em Filadélfia, em 1962, durante a qual o diretor-geral da Organização Mundial de Saúde assinalou que:

Os serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobrimentos científicos da medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade (BRASIL, 1996).

Nas diversas reorganizações administrativas do Ministério da Saúde no período de 1964 e 1980, devem ser assinaladas a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM (pela fusão do DNERu com a CEM, Campanha de Erradicação da Malária), da Fundação SESP e, já em fins da década de 70, da Divisão Nacional de Educação em Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. É importante ressaltar que mais do que uma mudança terminológica, de educação sanitária para educação em saúde, tentava-se uma nova transformação conceitual. Todas essas mudanças, entretanto, não contribuíram para o essencial, que seria a introdução do componente educação nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (as municipais só realizavam atividades de assistência, quando o faziam).

Isto ocorreu devido às antigas práticas de centralização, veladas ou explícitas, tanto nas atividades dos programas ditos verticais quanto nas ações de planejamento e coordenação elaboradas e dirigidas pelo nível central, sem que os executores das ações finalísticas delas participassem.

A terceira transformação começou a ocorrer, no entanto, ainda em meados da década de 70, quando da implantação dos primeiros sistemas nacionais de informações de saúde - o Sistema de Informações sobre Mortalidade (1976) e o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (1979), sendo que, durante a implantação dos mesmos, os veículos de comunicação de massa foram chamados a colaborar na divulgação da importância de se contar com dados confiáveis sobre estes temas e dos prazos de implementação dos sistemas. Aproveitou-se, assim, uma medida administrativa para informar à população sobre condições de saúde e rede de atendimento. Utilizou-se, também, pela primeira vez e de forma bastante tímida, a propaganda (ou marketing) subliminar, por meio de uma cena de preenchimento de atestado de óbito em uma novela de televisão.

Esta "terceira onda" da educação em saúde se explicitou em 1989, ao se incorporar ao Projeto Nordeste II o financiamento, pelo Banco Mundial, de vultuosa verba para as ações de IEC - Informação, Educação e Comunicação. Ao mesmo tempo em que se tornava evidente que os métodos e meios de educação em saúde tradicionalmente utilizados não mais demonstravam eficiência, aprofundava-se o fosso do desentendimento entre seus defensores e aqueles que propugnavam a adoção da transmissão do conhecimento pelos modernos meios e técnicas de comunicação de massa.

Nestas discussões entre os partidários da ação direta da educação em saúde – a que contempla a influência do contato humano e considera a outra apenas propaganda, com os partidários da ação indireta – que se utiliza em grande escala dos meios de comunicação de massa, perderam todos. O Ministério da Saúde porque restringiu a área da educação a um serviço da Fundação Nacional de Saúde, sem estrutura administrativa, sem programa e sem pessoal técnico. Os programas do MS porque não há mais um setor especializado para suporte de suas atividades, e a população porque deixou de receber importantes insumos para conhecer, entender e modificar sua condição de saúde.

A perda só não foi mais significativa porque, enquanto o Brasil e o mundo passavam por profundas modificações, principalmente no quadro político, nosso país redigia sua nova carta magna, assegurando o direito à saúde a toda população.

O novo texto Constitucional de 1988 declarou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas. Tais medidas intencionavam reduzir o risco de doença e de outros agravos e favorecer o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação de saúde.

Porém, apesar das garantias constitucionais, o direito ainda não havia se concretizado na prática e, assim, a população não percebia um incremento nas ações voltadas para promoção da saúde de modo que esse direito permanecia restrito ao atendimento, ainda precário, nos serviços de atenção secundária.

Foi apenas em 1996, com muito empenho, embora sem grande coordenação e resultados, que as atividades de educação em saúde voltaram a receber alguma atenção por parte dos dirigentes do Ministério da Saúde. Outro passo importante dado pela gestão do MS foi a criação, em 1998, de uma Diretoria de Programas para a área, o que naturalmente ampliava a abrangência da proposta, fazendo-a evoluir



da condição de um Projeto Saúde na Escola para a de um Programa de Educação em Saúde.

Ainda em 1998, a Secretaria de Educação Fundamental apresentou os parâmetros curriculares nacionais, para terceiro e quarto ciclos, divulgando temas transversais que traziam em seu bojo meio ambiente e orientação sexual, situando a saúde como um tema transversal, indicando, inclusive, sua forma de inclusão nos currículos e o seu tratamento didático, além de outros tópicos, como ética (BRASIL, 1998).

### **3.2 A educação em saúde segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)**

A discussão de temas relacionados à saúde na escola é recorrente tanto em publicações da área de educação como da saúde; ganhou força, porém, a partir de 1997, com a estruturação dos Parâmetros Curriculares Nacionais pelo Ministério da Educação e do Desporto.

Os PCNs trazem a temática saúde como um tema transversal, atribuindo-lhe o caráter de importância que merece no contexto de saúde dos escolares.

Inseridas nos currículos das escolas como temas transversais, a saúde, a ética, a orientação sexual passam a ser discutidas em diversas disciplinas, o que confere maior grau de importância e uma nova roupagem à educação para a saúde.

Intervir no processo saúde/doença, possibilitando que indivíduos e coletividades se tornem autônomos na busca por melhores condições de saúde e qualidade de vida é objetivo recorrente dos programas de saúde pública. Todavia, como intervir de forma eficiente tem sido também objeto de contínuo questionamento.

Ao longo de décadas, diversas foram as concepções que permearam a saúde no Brasil e no mundo. Distintos conceitos de saúde foram elaborados e adotados, passando pelo da Organização Mundial da Saúde – OMS, de 1948, concebendo a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, até o conceito ampliado da Constituição Federal, de 1988. Neste período, muito foi discutido sobre o tema e diversos caminhos foram trilhados.

Segundo Brasil (1990), a concepção abrangente de saúde expressa no texto constitucional sinaliza para uma mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde que incorpore, progressivamente, ações de promoção e de proteção paralelamente àquelas de recuperação.

Considerando que por meio da educação é possível intervir no processo de adoecimento da população e que esse processo é permeado por determinantes de várias naturezas, os PCNs apontam a educação em saúde como estratégia de intervenção nesta realidade.

No capítulo em que os PCNs tratam da saúde, procura-se caracterizar determinantes do processo saúde/doença e reforçar o papel da educação em saúde como estratégia capaz de instrumentalizar pessoas e coletividade para intervir sobre esses determinantes.

Ao reforçar sua importância no contexto escolar, a Secretaria de Educação Fundamental destaca que quando ações de educação em saúde são realizadas de forma contextualizada e sistemática, professor e comunidade escolar contribuem, de maneira decisiva, para a formação de cidadãos capazes de atuar em favor da melhoria de seus próprios níveis de saúde e também da coletividade.

Gavidia (1998), procurando definir a educação em saúde, menciona:

[...] entendida como processo, procura capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante da realidade cotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores formais e informais, tendo sempre em vista a integração, continuidade, democratização do conhecimento e o progresso no plano social. É um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, tanto das áreas da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo.

Assim, neste contexto, compreendemos a educação em saúde como uma das estratégias capazes de tornar os indivíduos autônomos em relação à sua saúde e não apenas “replicadores” de experiências ou atitudes de profissionais da área, professores e outros, que muitas vezes tendem a impor à população, por meio de equivocadas práticas educativas, sua visão de mundo, não favorecendo que se utilize de suas experiências pessoais para refletir sobre seus comportamentos e aprimorar suas práticas diárias.

Entendemos que pelo desenvolvimento de uma consciência crítica, estimulado por profissionais da saúde e/ou da educação, os atores sociais passarão a incorporar a ideia de cuidar da própria saúde, adotando hábitos e práticas saudáveis, o que resultará em melhores condições de vida das comunidades.

Sabemos, porém, também ser necessária uma ação continuada no que diz respeito ao papel do Estado na construção, implementação e avaliação de políticas públicas que objetivem o fortalecimento dos indivíduos, grupos ou populações para que não sucumbam às dificuldades enfrentadas, encontrando nelas, por outro lado, o estímulo necessário para o enfrentamento e organização.

### **3.3 Política pública: educação em saúde e o Programa Saúde na Escola**

A escola deve ser entendida como um espaço de relações e ambiente privilegiado para desenvolvimento crítico e político, que contribui para construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer e se apropriar do mundo, também interferindo, portanto, diretamente na produção social de saúde (BRASIL, 2009).

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído por decreto presidencial, em 2007, após trabalho integrado dos Ministérios da Saúde e da Educação, com o intuito de ampliar a realização de ações específicas de saúde direcionadas aos alunos da rede pública, no âmbito do ensino fundamental e médio, bem como da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos.

A escola, durante muito tempo, omitiu-se de discutir as temáticas relacionadas à saúde em decorrência, por um lado, da dificuldade de inserção, por parte de muitos educadores, de temas a ela relacionados nos conteúdos de suas disciplinas e, por outro, da ausência de estudos que pudessem capacitá-los para esta discussão. Entretanto, nos últimos anos, tem ganhado força a ideia de utilizar o espaço escolar para reproduzir boas práticas de saúde por meio da educação.

Por décadas, o modelo de educação em saúde desenvolvido nas escolas foi alvo de severas críticas, principalmente de setores da educação. Estudos têm indicado que a educação para a saúde baseada no modelo médico tradicional e focalizada no controle e na prevenção de doenças tem sido pouco eficaz para gerar

mudanças de atitudes e propor alternativas mais saudáveis de vida que minimizem as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos (BRASIL, 2006a).

Em nossa prática profissional, na condição de integrantes de uma equipe multiprofissional, atuando com estudantes do ensino médio, técnico e tecnológico, temos testemunhado e participado de recorrentes ações que cumprem o papel institucional de promover atividades relacionadas à educação em saúde; porém elas têm-se demonstrado pouco efetivas por desconsiderarem o contexto em que vivem os estudantes, pouco atentando para a intersecção entre suas condições de vida e sua situação de saúde/adoecimento.

Diante das críticas e da pouca efetividade do modelo de educação em saúde vigente, o Ministério da Saúde, no início dos anos 90, recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas com o objetivo de integrar as ações de saúde na comunidade educativa (BRASIL, 2006a).

Neste contexto, nota-se que o Programa Saúde na Escola, aliado a outras políticas de saúde, muito tem contribuído para potencializar as ações de educação em saúde no espaço escolar por meio de ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde.

Ressalta-se ainda a necessidade premente de valorização do conhecimento dos estudantes, suas experiências vividas e suas práticas, de forma a estabelecer conexões entre aquilo que é “ensinado” pelos profissionais de saúde enquanto conhecimento teórico elaborado e os problemas de saúde que enfrentam em suas comunidades.

Finalizando, consideramos essencial a criação de um efetivo canal de comunicação que favoreça o diálogo entre escola e família, professores e pais, gestores e professores, explicitando os objetivos e as metodologias a serem empregadas para identificar aspectos que afetam a saúde e, sobretudo, onde seja possível, de maneira conjunta, buscar soluções.

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 4.1 Delineamento da pesquisa

A pesquisa desenvolveu-se sob forma de estudo de caso. Os dados coletados foram analisados segundo abordagem qualitativa, considerando a natureza do “objeto” de investigação e a forma de abordá-lo. Foi construído um questionário por meio do qual os participantes entrevistados puderam expressar suas percepções.

Segundo Yin (2001), o estudo de caso constitui um método abrangente, que possibilita uma investigação empírica e imprime lógica ao planejamento – da coleta à análise de dados. Pode incluir tanto estudos de caso único quanto de múltiplos, assim como abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa.

De acordo com Keen (2009), os estudos de caso podem recorrer a uma variedade de métodos qualitativos, incluindo entrevistas, análise de documentos e observação não-participante, podendo ainda associar métodos qualitativos e quantitativos.

Para Pope e Mays (1995, p. 42):

Os métodos qualitativos e quantitativos não se excluem. Embora difiram quanto à forma e à ênfase, os métodos qualitativos trazem como contribuição ao trabalho de pesquisa uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo capazes de contribuir para a melhor compreensão dos fenômenos.

A opção por utilizar o estudo de caso justifica-se pela possibilidade de maior aprofundamento do objeto de estudo e, ainda, em nosso estudo, por permitir apreender a realidade vivida por profissionais de uma equipe multiprofissional que atua na assistência à saúde de estudantes no atual contexto do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima, possibilitando-nos analisar este modelo de assistência e a adoção de ações de educação em saúde como estratégia de atendimento à saúde desta população.

## 4.2 Cenário da pesquisa

### 4.2.1 O estado de Roraima

Roraima é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localiza-se na região Norte, sendo o estado mais setentrional da federação.

Tem por limites a Venezuela, ao norte e noroeste; República Cooperativista da Guiana ao leste; Pará ao sudoeste; e Amazonas ao sul e oeste. Ocupa uma área aproximada de 224,3 mil km<sup>2</sup>, pouco menor que a Romênia, sendo o décimo quarto maior estado brasileiro. Em Boa Vista, única capital brasileira totalmente no hemisfério Norte, encontra-se a sede do governo estadual.

Situa-se em uma região periférica da Amazônia Legal, no noroeste da região Norte do Brasil. Em Roraima, predomina a floresta amazônica, havendo ainda uma enorme faixa de savana no Centro-Leste. Encravada no Planalto das Guianas, uma parte ao sul pertence à Planície Amazônica.

Seu ponto culminante, o Monte Roraima, empresta-lhe o nome. Etimologicamente resultado de contração de roro (verde) e imã (serra ou monte), foi batizado por indígenas pemons da Venezuela (RORAIMA, 2013).

### 4.2.2 O IFRR – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima (IFRR) passou por várias mudanças desde sua origem, assim como ocorreu com outras instituições de ensino em nosso País. Atualmente, o IFRR possui estrutura multicampi, sendo composto por quatro *campi*: Amajari, Boa Vista, zona oeste (em fase de implantação), e Novo Paraíso, além da Reitoria. Atualmente, em 2013, o IFRR conta com um quadro de 481 servidores efetivos, dentre técnico-administrativos e docentes.

Sua história é contada em cinco etapas, as quais correspondem às mudanças realizadas no decorrer de seus 22 anos de existência.

Inicialmente, em 1986, foi implantado como Escola Técnica, tendo iniciado suas atividades em 1987, a princípio com apenas com dois cursos técnicos: Eletrotécnica, atendendo 105 alunos, e Edificações, com 70 inscritos. Nesta época, as instalações funcionavam em dois blocos cedidos pela Escola do Magistério.

Em 21 de dezembro de 1989, por meio do Parecer nº 26/89, o Conselho Territorial de Educação (CTE/RR) autorizou e reconheceu a Escola Técnica de Roraima, aprovando seu regimento interno, as grades curriculares dos dois cursos até então oferecidos, tornando válidos todos os atos escolares anteriores ao regimento. Até o ano de 1993, funcionava nas instalações da Escola Técnica de Roraima. Seu quadro funcional era composto por 12 docentes e 11 técnicos-administrativos.

Em 30 de junho de 1993, após a Lei nº 8.670, de 1º de julho do mesmo ano, durante o governo de Itamar Franco, foi criada a Escola Técnica Federal de Roraima, cuja implantação, na prática, se deu pela transformação da Escola Técnica do Ex-território. Eram 226 servidores, sendo 113 professores e 113 técnicos. A partir de 1994, a Escola Técnica Federal de Roraima, por meio do Programa de Expansão de Cursos, implantou o curso técnico em Agrimensura e Magistério em Educação Física, assim como o ensino fundamental – de 5ª a 8ª séries – atendendo a 213 alunos, distribuídos em seis turmas. No entanto, durante o período de 1996 a 1999, esta modalidade de ensino foi gradativamente extinta.

Com a transformação desta Instituição em CEFET-RR – Centro Federal de Educação Tecnológica de Roraima, por meio de Decreto Presidencial de 13 de novembro de 2002, publicado no Diário Oficial da União no dia subsequente, a comunidade interna preparou-se para fazer valer o princípio da verticalização da Educação Profissional, oferecendo cursos profissionalizantes em nível básico, técnico e superior.

Assim, o curso superior de Tecnologia em Gestão de Turismo foi o primeiro a ser criado e teve sua proposta de implantação vinculada à de transformação da ETFRR em CEFET-RR.

Em 2005, o governo federal, por meio do Ministério da Educação, instituiu o Plano de Expansão da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica no País, estabelecendo a implantação de Unidades Descentralizadas – UNEDs, em diversas unidades da Federação, sendo o estado de Roraima contemplado na fase um, com a Unidade de Ensino Descentralizada de Novo Paraíso, no município de Caracaráí, localizado ao sul.

Em agosto de 2007, iniciaram-se as atividades pedagógicas desta Unidade, com 210 alunos matriculados no curso técnico em Agropecuária Integrado ao Ensino Médio, incluindo uma turma de PROEJA. Já na segunda fase do Plano de

Expansão, o CEFET RR foi contemplado com outra UNED, sendo, desta vez, escolhido o município de Amajari, ao norte do estado.

No dia 29 de dezembro de 2008, o então Presidente da República sancionou a lei nº 11.892, a qual criou 38 Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, possibilitando, assim, um salto qualitativo na educação voltada a milhares de jovens e adultos em todas as unidades da federação. A partir desta data, o CEFET RR passou a ser chamado de IFRR – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima – com três *campi*: Boa Vista, Novo Paraíso e Amajari.

Em 2011, o IFRR, por meio do Plano de Expansão da Rede Federal de Educação Tecnológica, foi contemplado com mais um *campi*: o da zona oeste, com sede na cidade de Boa Vista.

O IFRR é uma Instituição autônoma, de natureza autárquica, integrante do Sistema Federal de Ensino; possui organização administrativa, didática e patrimonial definida em estatuto próprio, e está vinculada ao Ministério da Educação, sendo supervisionada pela Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica/SETEC.

Os objetivos principais dos Institutos federais são: ministrar educação profissional, técnica de nível médio e cursos de formação inicial e continuada de trabalhadores, realizar pesquisas e desenvolver atividades de extensão, além de oferecer cursos de pós-graduação *lato sensu* de aperfeiçoamento, especialização e de pós-graduação *stricto sensu* de mestrado e doutorado.

Têm por finalidade ofertar a educação profissional e tecnológica, em todos os seus níveis e modalidades, no intuito de qualificar cidadãos com vistas à educação profissional nos diversos setores da economia, com ênfase no desenvolvimento local, regional e nacional. Muito bem inserido no contexto local e regional, o IFRR é um centro de referência educacional que vem contribuindo, há 20 anos, para o processo de desenvolvimento do estado de Roraima por promover a inclusão social de jovens e adultos por meio das ações de formação profissional.

Atualmente o IFRR possui implantados 27 cursos, distribuídos entre diferentes modalidades do ensino médio e técnico, além de licenciaturas na área de tecnologia, onde estão matriculados 3005 alunos - a grande maioria no Câmpus Boa Vista, o mais antigo, que possui a maior estrutura física e comporta o maior número de cursos, alunos e servidores, tendo sua estrutura organizacional dividida em diretorias, departamentos e coordenações.



A Coordenação de Assistência ao Estudante – CAES, setor onde esta pesquisa foi desenvolvida, está atualmente subordinada ao Departamento de Apoio Pedagógico – DAPE, do Câmpus Boa Vista.

### 4.3 O contexto da pesquisa

A Coordenação de Assistência ao Estudante (CAES), responsável pelas ações na área da saúde, conta com uma equipe de 14 servidores, sendo assim distribuídos, conforme sua formação profissional: duas assistentes sociais, quatro auxiliares de enfermagem, um enfermeiro, duas médicas, dois odontólogos, uma pedagoga, uma psicóloga e um profissional de nível médio sem formação específica.

As atribuições de cada um desses profissionais que compõem a equipe estão especificadas nos editais de seleção, conforme quadro:

Quadro 1 – Atribuição das categorias profissionais

<p><b>Assistente Social</b> – Exerce atividade de nível superior de natureza técnica, relacionada à atuação no âmbito do Serviço Social. Elabora, coordena, executa e avalia programas e projetos na área de Serviço Social. Planeja, coordena e avalia planos, programas e projetos sociais.</p>
<p><b>Enfermeiro</b> – Presta assistência ao paciente e/ou usuário do ambulatório, coordena a equipe de enfermagem, realiza consultas e procedimentos de maior complexidade, prescrevendo ações e medicamentos conforme protocolos; implementa ações para a prevenção, promoção e proteção da saúde dos alunos, servidores e comunidade.</p>
<p><b>Médico</b> – Realiza consultas e atendimentos médicos; assiste pacientes, implementa ações para promoção da saúde; coordena programas e serviços em saúde, efetua perícias, auditorias e sindicâncias médicas; elabora documentos para difundir conhecimentos da área médica.</p>
<p><b>Odontólogo</b> – Executa tratamento odontológico, realizando, entre outras atividades, radiografias e ajuste oclusal, aplicação de flúor, exodontias, tratamento de doenças gengivais, tratamentos estéticos restauradores; orienta, diagnostica e avalia pacientes; realiza auditorias e perícias odontológicas.</p>
<p><b>Psicóloga</b> – Contribui para promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida, nos mais diversos contextos: no atendimento individual ou em grupo, em ações institucionais, na promoção de atividades informativas e de discussão, além de atuar em outros âmbitos da Psicologia. Nos espaços onde existem pessoas, sempre há possibilidade de atuação do psicólogo.</p>

**Técnico de Enfermagem** – Desempenha atividades técnicas de enfermagem em nível ambulatorial; executa ações previstas nos programas de saúde pública; presta assistência ao paciente, executando procedimentos como curativos simples, medicações, nebulizações, dentre outros, atuando sob supervisão de enfermeiro; organiza o ambiente de trabalho.

**Atribuições comuns** – Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Fonte: Coordenação da CAES

#### 4.4 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os integrantes da equipe multiprofissional que atuam na Coordenação de Assistência ao Estudante no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima.

Do total de quatorze integrantes da equipe, dez disponibilizaram-se a participar respondendo ao questionário, sendo que um deles respondeu apenas a primeira parte do instrumento, que consistia na caracterização dos sujeitos. Todavia, este questionário foi aproveitado considerando que a parte respondida atendia a um dos objetivos desta pesquisa.

Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos, segundo sexo, nível de escolaridade e tempo de atuação no serviço

Respondente	Sexo	Nível de escolaridade	Tempo de atuação no serviço
R1	F	Superior	Entre 5 - 10 anos
R2	F	Superior	Entre 11 - 20 anos
R3	F	Médio	Mais de 21 anos
R4	M	Superior	Mais de 21 anos
R5	F	Médio	Mais de 21 anos
R6	F	Superior	Mais de 21 anos
R7	F	Superior	Entre 5 – 10 anos
R8	F	Superior	Entre 11 - 20 anos
R9	F	Superior	Menos que 05 anos
R10	F	Médio	Mais de 21 anos

Fonte: Questionários respondidos

Em relação à caracterização dos sujeitos, podemos definir alguns dos principais perfis encontrados, sendo que, em relação ao gênero, houve apenas um do sexo masculino, representando 10% da amostra; quanto ao nível de escolaridade, houve sete respondentes com formação superior e três de nível médio; já em relação ao quesito que abordava o tempo de atuação no serviço, tivemos a maior parte da amostra situada na faixa acima de 10 anos, havendo apenas três com tempo inferior, e, entre eles, somente um com menos de cinco anos de atuação.

#### **4.5 Observância à dimensão ética**

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, tendo sido por ele aprovado, segundo parecer de número 32620, de 06 de junho de 2012 (ANEXO A). Foram respeitados os critérios e determinações contidos na Resolução nº 196/96, a qual foi revogada durante a realização desta pesquisa pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, resguardando a vontade e o anonimato dos participantes.

Salientamos que a proposta não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima por este ainda não estar devidamente estruturado para emitir pareceres; porém, fora solicitada a devida autorização institucional para realização da pesquisa. (APÊNDICE C).

#### **4.6 A coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado (APÊNDICE A), entregue pessoalmente pelo pesquisador a cada um dos integrantes da equipe multiprofissional que atuam na Coordenação de Assistência ao Estudante no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima. Eles concordaram em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B).

Devemos destacar aqui, inicialmente, que a primeira opção para a coleta de dados consistia na aplicação de questionário e realização de entrevistas, porém, em virtude da resistência dos sujeitos da pesquisa e de suas preferências por respostas escritas, optamos por apenas um instrumento de coleta de dados, o questionário, respondido por escrito pelos sujeitos participantes.

Destaca-se que a resistência, por parte dos profissionais, em participar de entrevistas relaciona-se ao fato do pesquisador integrar a equipe multiprofissional do local onde a pesquisa foi desenvolvida, o que, segundo eles, poderia gerar constrangimentos ou inibição.

Em relação ao instrumento, Martins (2008) destaca:

O questionário é um importante e popular instrumento de coleta de dados para uma pesquisa social. [...] Em pesquisas orientadas por Estudo de Caso, a aplicação do questionário não é tão comum, visto que o trabalho de levantamento de dados e informações é realizado pelo próprio pesquisador [...]. Obviamente, dependendo da situação, e evidentemente do propósito do estudo, o questionário poderá ser um dos instrumentos de coleta de dados e evidências.

#### **4.7 Sobre a análise dos dados**

Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, do tipo temática, com vistas a apreender, de forma rigorosa, nas falas dos entrevistados, aspectos que possibilitassem ao pesquisador uma análise fidedigna.

A análise de conteúdo é definida como um

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

O método foi escolhido por se mostrar pertinente à natureza do objeto de investigação.

Para Franco (2008, p. 12): “o ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela falada (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada”.

Martins (2008) assinala que a análise de conteúdo pode ser utilizada tanto para fins exploratórios, ou seja, de descoberta, quanto de verificação, confirmando, ou não, proposições e evidências de um Estudo de Caso.

Os dados obtidos possibilitaram o necessário embasamento para o desenvolvimento desta pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, propusemo-nos responder a uma série de questões iniciais de pesquisa que nos levaram a considerar a proposta de utilizar a educação em saúde como estratégia de atenção à saúde, especificamente em uma Instituição Federal de Ensino. Por meio das respostas ao questionário aplicado aos integrantes da equipe multiprofissional que atuam na atenção à saúde de estudantes e servidores, foi possível alcançar os objetivos propostos.

Com base nas respostas, emergiram três núcleos direcionadores desta pesquisa: *Entendimento sobre educação em saúde*; *Práticas educativas desenvolvidas*; e *Em quais contextos ocorrem estas práticas*; por suas categorizações, ilustradas em um quadro analítico (APÊNDICE D), foi possível melhor analisar as respostas obtidas.

### 5.1 Núcleo Direcionador I – Entendimento sobre educação em saúde

No primeiro núcleo direcionador foi abordado o entendimento sobre educação em saúde de cada um dos componentes da referida equipe multiprofissional. Neste núcleo, foram obtidas nove unidades de contexto, 16 unidades de registro e emergiram cinco núcleos de significado.

Os núcleos de significado sinalizaram para um entendimento homogêneo de educação em saúde como um conjunto de ações e práticas voltadas à prevenção de doenças ou agravos na população atendida, com vistas à melhoria de sua qualidade de vida.

O conceito que se apresenta abriga uma visão cujo foco reside na doença, quando deveria ir além, como bem explicita Pereira (2003, p. 1528)

Saúde não são apenas processos de intervenção na doença, mas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, sócio-econômicos e espirituais.

Prosseguindo com os discursos dos sujeitos da pesquisa, podemos visualizar outros pontos da concepção de educação em saúde, expressando a compreensão de se tratar de um processo educativo. Vejamos algumas falas:

*“Educação em saúde são ações estratégicas para orientação das práticas de saúde [...]”. R1*

*“[...] Ato de educar [...]” R5*

*“[...] são ações que têm como objetivo principal orientar/esclarecer [...]” R7*

*“A educação em saúde envolve a realização de atividades de caráter educativo e preventivo [...]” R9*

*“Educação em saúde, no meu entendimento, é feita através de palestras, oficinas, sendo educativas e preventivas. [...]” R10*

O que fica bastante explícito na análise das respostas é o predomínio do conceito baseado em um paradigma de transmissão de informações de forma verticalizada, denominada por Freire de “educação bancária”, no qual o profissional de saúde se coloca como o detentor do saber e o usuário apenas como depositário das informações acerca da prevenção de doenças individuais e coletivas.

Durante muito tempo esta foi a visão dos profissionais da área de saúde acerca do princípio da educação em saúde, que se resumia ao repasse de informações, acreditando estarem assim gerando, de forma automática, mudanças de comportamentos e, conseqüentemente, uma ruptura na transmissão/proliferação de doenças naquelas comunidades.

Este conceito engloba o entendimento da saúde pública tradicional, segundo o qual, para Oliveira (2001 apud SOUZA et al., 2005, p. 149), a educação em saúde tinha, basicamente, a finalidade de prevenir doenças.

A crítica constante a esse modelo se embasa em uma proposta que almeja o envolvimento comunitário e a valorização do saber popular e, principalmente, que se propõe a seguir em busca de um projeto de construção da autonomia dos sujeitos, entendendo que a solução para os problemas de saúde não reside na mudança de comportamentos individuais, mas no desenvolvimento da consciência crítica coletiva.

Para Souza et al. (2005, p. 149):

Considerada a ampliação do conceito de saúde para além da ausência de doença, as discussões em torno da questão de como educar indivíduos e grupos para que estes atinjam um nível desejável de saúde tem gerado propostas de mudança nas formas mais tradicionais de se educar para a saúde.

É com base nessa nova visão de educar para a saúde que tecemos nossas críticas ao entendimento dos profissionais desta equipe multiprofissional sobre o que pensam ser educação em saúde.

Nesse sentido, apresentamos algumas falas:

*“[...] dando orientações e convencendo-as sobre ações que melhorem a qualidade de suas vidas [...]” R2*

*“[...] orientar/esclarecer de forma coletiva um determinado público sobre temáticas que envolvem cuidados e prevenção em saúde [...]” R7*

*“Tornar o educando consciente das questões envolvendo a sua saúde e da comunidade que está inserido [...]” R8*

*“[...] realização de atividades de caráter educativo e preventivo com o objetivo de promover a saúde humana [...]” R9*

*“[...] Além disso, possibilita a difusão e multiplicação de informações, bem como suscita o interesse acerca dos temas abordados de modo a possibilitar uma melhor qualidade de vida pela aplicação dos conhecimentos adquiridos”. R9*

As respostas evidenciam claramente que as práticas educativas em saúde ocorrem de forma verticalizada, não privilegiando o envolvimento comunitário em todas as suas fases - tanto de programação quanto de execução.

Vasconcelos et al. (2009) assinalam o risco do profissional se considerar a autoridade máxima e, portanto, o único responsável pelo processo educativo; há ênfase na repetição e, geralmente, não há preocupação com a realidade social nem com as crenças e valores daquele que “deve” aprender. A expectativa é que o outro mude seu comportamento com base no que lhe foi ensinado.

Freire (2011) teceu severas críticas a este modelo de abordagem por entender que “o homem deve ser sujeito de sua própria educação. Não pode ser objeto dela”, concluindo que “ninguém educa ninguém”.



Todavia, algumas respostas apontam para uma preocupação inicial com o envolvimento popular no processo. Vejamos:

*“[...] que compreendem a produção de conhecimentos compartilhados que visa à adesão de grupos populacionais, numa perspectiva de abordagem coletiva e ampliada [...]” (R1)*

*“[...] é conhecer a maneira correta de cuidar da sua saúde e da saúde das pessoas que estão em sua volta, [...]” (R2)*

*“São conhecimentos ministrados que ajudam a melhorar a qualidade de vida das pessoas [...]” R4*

*“[...] processo de troca de experiências e saberes entre os profissionais, gestores de saúde e a população [...]” (R6)*

*“[...] são ações (1) que têm como objetivo principal orientar/esclarecer de forma coletiva um determinado público (2) sobre temáticas que envolvem cuidados e prevenção em saúde (3) [...]” (R7)*

*“Tornar o educando consciente das questões envolvendo a sua saúde e da comunidade que está inserido [...]” (R8)*

*“[...] Além disso, possibilita a difusão e multiplicação de informações, bem como suscita o interesse acerca dos temas abordados de modo a possibilitar uma melhor qualidade de vida pela aplicação dos conhecimentos adquiridos (3)”. (R9)*

O despertar para a importância de compartilhar conhecimentos, a possibilidade de avançar para uma troca de experiências e o envolvimento comunitário deixam claro, em algumas respostas, que há perspectivas de trabalho que vislumbram um novo horizonte e que propostas visando à autonomia dos sujeitos tornam-se mais viáveis quando ocorrem mudanças de atitudes.

Sob uma perspectiva humanista, com o ensino centrado no aluno, estaríamos avançando no sentido do que Oliveira e Leite (2011) consideram:

A aprendizagem se constrói por meio da resignificação das experiências pessoais. O aluno é o autor de seu processo de aprendizagem e deve realizar suas potencialidades. A educação assume um caráter mais amplo e organiza-se no sentido da formação total do homem, e não apenas do estudante.

Portanto, se considerarmos que as experiências das pessoas envolvidas no processo possam estar sendo valorizadas, estaremos nos aproximando da proposta que leva ao exercício de suas autonomias.

## 5.2 Núcleo Direcionador II – Práticas educativas desenvolvidas

No segundo núcleo foram analisadas as práticas educativas que os sujeitos da pesquisa relataram desenvolver ou já terem desenvolvido com os estudantes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima – IFRR, especificamente na Coordenação de Assistência ao Estudante – CAES, onde realizam suas atividades.

O segundo núcleo possibilitou a identificação de nove unidades de contexto, quinze de registro, tendo emergido três núcleos de significado.

Novamente é possível observar que as ações desenvolvidas pelos profissionais, de maneira individual ou coletiva, baseiam-se predominantemente no modelo tradicional, com práticas que não privilegiam a participação dos sujeitos como atores, não conduzindo para uma atitude reflexiva que possibilite sua autonomia no que se refere à sua saúde e de sua comunidade:

*“Atendimento em saúde [...]. Palestras sobre temas em saúde [...]” R1*

*“\*Procedimentos preventivos: - Profilaxia, palestras educativas.\*  
Procedimentos curativos: - Restaurações, exodontias”. (R2)*

*“Noções de higiene bucal e prevenção da cárie dentária e doença periodontal”. (R4)*

*“[...] informações que os mesmos têm buscado, como agendamento odontológico, aferir PA, informação de agendamento da Psicologia”. (R5)*

*“\*Palestras educativas. \* Atendimento ambulatorial (assistência médica) com orientação e conduta no posto médico do IFRR”. (R6)*

*“[...] através da palestra: Bullying não é brincadeira enquanto tema transversal”. (R7)*

*“Informando-os das maneiras preventivas de DST, verminoses e tuberculose e outras doenças infectocontagiosas, como hanseníase”. (R8)*

*“Difusão de informações acerca de saúde, atendimentos individuais e em grupo [...] palestras e oficinas.” (R9)*

*“[...] palestras com médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e auxiliar em serviços bucais. Professores e pedagogos”. (R10)*

Podemos mais uma vez observar o predomínio de um modelo clínico de atendimento centrado na doença, com a utilização de métodos e estratégias tradicionais que favorecem a verticalização por meio de ações impositivas, as quais, em sua grande maioria, tendem a cumprir apenas um papel institucional de executar ações e elevar estatisticamente o número de atendimentos realizados.

Neste sentido, muitos autores destacam que a concepção problematizadora proposta por Paulo Freire pode constituir importante subsídio para o campo da educação em saúde (FREIRE, 1998 apud LIMA; COSTA, 2005, p. 35). O educador assinala:

A educação problematizadora permite que os educandos passem de um estágio onde atuam apenas como receptores de informações, para um estágio crítico do seu processo educacional. Existe uma relação dialógica entre o educador e o educando e vice-versa. A população torna-se consciente do seu papel na sociedade e busca através de ferramentas próprias autonomia frente à resolução dos problemas que enfrenta.

Porém, a busca por ações mais efetivas deve englobar também aspectos como inovação e emprego de métodos capazes de provocar maior envolvimento das pessoas com o processo, compreendendo seu papel social enquanto atores e buscando, em suas próprias experiências, as soluções para seus problemas.

Vasconcelos et al. (2009) referem que, independentemente da metodologia educacional a ser empregada, é necessário considerar os profissionais de saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem e presentes em todos os momentos do planejamento, do desenvolvimento e da avaliação do projeto político, tecnoassistencial e pedagógico da equipe.

Considerando que as respostas apontam no sentido de ações que privilegiam o atendimento clínico, tendo nas palestras seu principal referencial de atividades de educação, consideramos que essas práticas trazem arraigado um conceito do modelo hegemônico de educação em saúde.

Por outro lado, pudemos observar que algumas falas, ainda que com menor ocorrência, sinalizam para práticas voltadas ao envolvimento comunitário. Vejamos algumas:

*“Apresentação de mostras pedagógicas de oficinas em saúde [...]” (R1)*

*“[...] projetos de extensão em saúde envolvendo comunidade interna e externa, atividades de sensibilização, [...] reflexão e incentivo a atitudes saudáveis, [...] produção de materiais educativos (físicos e virtuais), [...]” (R9)*

Estas falas parecem evidenciar um processo embrionário e a possibilidade do envolvimento comunitário nas práticas educativas desenvolvidas pela equipe. Demonstram também, porém, haver necessidade de maior mobilização e interação com o seu público-alvo, com vistas à inserção da equipe nas comunidades.

Avançando nesta direção, estaríamos também nos aproximando de uma prática fundamentada em um conceito mais abrangente de educação em saúde, descrito por Vasconcelos (2001 apud LIMA; COSTA, 2005, p. 33), em que assim define:

A educação em saúde deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços de saúde para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas aí realizadas. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade.

Desta forma, ainda que o processo contenha poucas e tímidas ações iniciais no sentido de mudanças de comportamento e atitudes por parte dos profissionais envolvidos, é certamente o despertar para um novo conceito de educação em saúde que atenda ao princípio de constituir um importante instrumento de construção da participação popular.

### **5.3 Núcleo Direcionador III – Em quais contextos ocorrem as práticas educativas**

O terceiro núcleo direcionador busca identificar onde ocorrem as práticas educativas em saúde que os sujeitos desta pesquisa relataram desenvolver ou terem desenvolvido no núcleo anterior.

Neste núcleo foram obtidas nove unidades de contexto, quatorze unidades de registro, tendo emergido dois núcleos de significado.

As respostas apresentaram-se bastante convergentes, apontando para a realização de atividades educativas no próprio espaço escolar, restringindo-o ao setor de atendimento de saúde e às salas de aulas.

*“[...] junto aos estudantes através de diálogos reflexivos, sistematizados [...] (R1)*

*“Os eventos curativos e orientações sobre higiene bucal são feitos no consultório odontológico da Instituição”. (R2)*

*“Diariamente no consultório odontológico, e no pretérito [...] nas salas de aula”. (R4)*

*“[...] em salas de aula, na comunidade, projeto sinal verde educação para a vida, desenvolvido pela psicologia”. (R5)*

*“\* O atendimento ambulatorial diariamente”. (R6)*

*“[...] através de dialogo reflexivo no auditório do IFRR e/ou em salas de aulas junto aos discentes de diferentes modalidades de ensino [...]”. (R7)*

*“[...] durante a assistência (consulta) [...] (R8)*

*“[...] em salas de aula, auditório, biblioteca, pátio e salas de atendimento. Além disso, há disponibilização de material na internet, criação de sites e blogs.” (R9)*

*“[...] em salas de aula, auditório e teatro. [...] (R10)*

Podemos constatar a pouca diversificação dos espaços de realização de atividades/ações educativas em saúde, o que pode vir a representar um desestímulo por parte daqueles que são convidados a participar destas práticas.

A diversificação dos espaços, as estratégias e metodologias utilizadas certamente têm reflexos diretos no maior ou menor interesse dos participantes em se envolverem na atividade e, ainda, interferem na efetividade das ações educativas propostas.

Nesse sentido, Amorim et al. (2006, p. 244), discorrendo sobre as estratégias utilizadas, destacam: “observamos que as estratégias empregadas visam à participação, ao desenvolvimento da reflexão crítica e ao estímulo à criatividade e iniciativa, absorvendo suas vivências e potencializado seu crescimento de modo integral”.

As falas dos participantes apontam que grande parte das atividades é desenvolvida nas salas de aula ou, quando fora destas, no próprio setor de atendimento, onde são realizadas consultas e procedimentos e não propriamente ações educativas em saúde.

Por outro lado, há relatos que mencionam atividades extramuros:

*“[...] e ainda, em salas de aulas e IF Comunidades (locais organizados na comunidade externa, como escolas e centros comunitários)”. (R1)*

*“[...] em sala de aula e eventos feitos para a comunidade (IFRR Comunidade).” (R2)*

*“\* [...] em algum evento comemorativo pelo IFRR.” (R6)*

*“[...] algumas palestras já proferidas durante as campanhas de combate à tuberculose. [...]”. (R8)*

Porém, como podemos observar, atividades extramuros ocorrem com menor frequência, sendo, inclusive, pouco detalhado em quais espaços são desenvolvidas, apresentando, de forma ampla e genérica, situações de eventos comemorativos e voltados à comunidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a utilização da educação em saúde como estratégia de atenção à saúde dos estudantes no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima possibilitou-nos transitar pelo universo da Saúde, da Educação e das concepções que permeiam as práticas educativas em saúde, bem como compreender a abordagem de uma equipe multiprofissional em saúde que atua com estudantes em uma Instituição Federal de Ensino.

A pesquisa também permitiu compreender e analisar alguns momentos históricos da educação em saúde e, dessa forma, melhor compreender sua lógica enquanto instrumento que pode reprimir ou libertar as pessoas, dependendo da forma como é utilizado.

Possibilitou-nos, ainda, adentrar no universo de um setor de atendimento à saúde de uma Instituição Federal de Ensino, a qual, como tantas, possui essa estrutura e também, a exemplo de muitas outras, pouco utiliza a educação em saúde como importante instrumento para prevenção de doenças e promoção da saúde dos seus estudantes e servidores.

No campo prático da pesquisa, tivemos a oportunidade de enfrentar e superar diferentes problemáticas e barreiras, próprias de um estudo investigativo, alcançando, ao final do percurso, os objetivos propostos.

No tocante às dificuldades, podemos citar uma delas, a inicial, de contatar cada um dos sujeitos para entrega do instrumento de coleta, primeiras orientações e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, pois, mesmo atuando em um mesmo setor, os profissionais cumprem horários distintos e somente alguns trabalham com agendamentos prévios. Este foi, inclusive, um dos motivos que nos levaram a, durante a trajetória desta pesquisa, alterar a proposta inicial de aplicar questionário e realizar entrevistas, optando apenas pelo questionário.

Outro ponto que merece ser assinalado refere-se à demora no retorno dos questionários, apesar do acompanhamento e cobrança constantes por parte do pesquisador. Isso gerou atrasos no cronograma da pesquisa.

Porém, mesmo com essas dificuldades, consideramos ter alcançado os objetivos propostos, ou seja, caracterizar a equipe multiprofissional que atua no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima, identificando o conceito de educação em saúde que norteia as atividades realizadas neste espaço,

segundo a perspectiva dos profissionais entrevistados. Identificamos também, por meio das respostas aos questionários, quais práticas educativas eram desenvolvidas e em quais espaços, analisando-as segundo as concepções de educação em saúde presentes no contexto do IFRR.

A análise apontou para várias direções, sinalizando haver distintas concepções e entendimentos em uma mesma equipe, requerendo, portanto, um direcionamento de forma que os profissionais possam se apropriar de novas metodologias e implementar propostas que atendam ao novo conceito de educação em saúde.

Sugerimos que este direcionamento seja norteado pelos resultados obtidos no presente trabalho. Assim, propomos, como produto desta investigação, desenvolver um projeto de capacitação, com vistas a instrumentalizar os profissionais que compõem a referida equipe do IFRR para utilização desta importante ferramenta de promoção à saúde (APÊNDICE E). Acreditamos que a iniciativa possa preencher algumas lacunas observadas na forma de atuar da equipe no que se refere às práticas educativas direcionadas a estudantes desta Instituição Federal de Ensino.



## REFERÊNCIAS

AMORIM, V. L. et al. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 4, p. 244, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Educação para a saúde na escola. **Revista da FSESP**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 15-20, 1979.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas**. Décima Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude.html>>. Acesso em: 13 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais**. Brasília, DF, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009. (Cadernos de atenção básica).

BRITO BASTOS, N. C. **Educação sanitária: um relatório**. Semana Médica, nº 506. Rio de Janeiro, 1969. (Manuscrito).

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília, DF: Líber Livro, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 34. ed. rev. atual. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GAVIDIA, V. **Salud, educación y calidad de vida: de cómo las concepciones del profesorado inciden en la salud**. Santa Fe de Bogotá: Magistério, 1998.

LIMA, K. A.; COSTA, F. N. A. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 16, n. 1, p. 33-38, 2005.

MAINARDI, N. **Educação em saúde**: problema ou solução? 2010. 97 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

OLIVEIRA, L. M. P.; LEITE, M. T. M. **Concepções pedagógicas**. Módulo pedagógico. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. UNASUS UNIFESP, 2011.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

POPE, C.; MAYS, N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. **British Medical Journal**, London, n. 311, p. 42-45, 1995.

RESENDE, A. **Saúde dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986.

RORAIMA. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. 2013. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Roraima#cite\\_note-Roraima\\_2-8](http://pt.wikipedia.org/wiki/Roraima#cite_note-Roraima_2-8)>. Acesso em: 20 nov. 2013.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.

VASCONCELOS, M. et al. **Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

YIN, R. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.



2. Quais **práticas educativas em saúde** que você tem desenvolvido junto aos alunos do IFRR?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Descreva como e onde essas **práticas educativas em saúde** acontecem ou aconteceram:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Muito obrigado!

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você a participar da pesquisa intitulada **EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS ESTUDANTES NO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RORAIMA - IFRR** que está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A pesquisa será desenvolvida por meio da aplicação de questionários e entrevistas aos profissionais da equipe multiprofissional que atuam na Coordenação de Assistência ao Estudante – CAES, no Câmpus Boa Vista do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima.

Será aplicado um questionário para cada um dos profissionais que atuam com atendimento de alunos na CAES e, posteriormente, serão trabalhadas questões em forma de entrevista com dois servidores do mesmo setor. O questionário subsidiará as primeiras informações acerca do objeto de estudo para a elaboração do roteiro da entrevista. A entrevista semiestruturada será aplicada e sistematizada para posterior análise dos dados. Neste sentido, não há riscos, nem desconfortos previstos para os participantes.

Ao final do estudo poderemos levantar como está estruturada a equipe multiprofissional que atua com educação em saúde no IFRR; com que concepção de educação em saúde esta equipe atua; quais as práticas educativas desenvolvidas; como ocorrem estas práticas e em que contexto são desenvolvidas as ações de educação em saúde no IFRR – Campus Boa Vista.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Enf. Gilvan Brolini, que poderá ser contatado pelos telefones (95) 3621-8049 e (95) 9114-1429.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua

Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, 5571-1062, FAX: 5539.7162 – e-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br)

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado também o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há remuneração financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisador principal, a utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

### **CONSENTIMENTO**

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li, descrevendo o estudo **EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS ESTUDANTES NO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RORAIMA - IFRR.**

Eu concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Instituto Federal.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_                      \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste servidor para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Gilvan Brolini - Pesquisador

**APÊNDICE C****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

A pesquisa intitulada **EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS ESTUDANTES NO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RORAIMA - IFRR** está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para obtenção do título de mestre profissional em Ensino em Ciências da Saúde pelo enfermeiro **Gilvan Brolini**.

A pesquisa tem por objetivo avaliar o uso da educação em saúde como estratégia de atendimento à saúde dos alunos neste Instituto Federal de Ensino e será desenvolvida por meio da aplicação de questionários com roteiro semi-estruturado e entrevistas aos profissionais que atuam com atendimento de alunos na Coordenação de Assistência ao Estudante - CAES.

Ao final do estudo, será possível levantar como está estruturada a equipe multiprofissional que atua com educação em saúde no IFRR; com que concepção de educação em saúde esta equipe atua; quais as atividades desenvolvidas; como ocorrem estas práticas e em que contexto são desenvolvidas as ações de educação em saúde no IFRR – Campus Boa Vista.

Eu, **Edvaldo Pereira da Silva**, reitor pró-tempore do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima, autorizo a realização da pesquisa.

Boa Vista, 18 de maio de 2012.

Dayles Maria Ferreira de Souza

Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação

No Exercício da Retoria

**EDVALDO PEREIRA DA SILVA**

Reitor pró-tempore do IFRR



## APÊNDICE D

## QUADRO ANALÍTICO

## NÚCLEO DIRECIONADOR I – ENTENDIMENTO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Q1	Unidades de Contexto	Unidades de Registro	Núcleos de Significado
	<p>“Educação em saúde são ações estratégicas para orientação das práticas de saúde que compreendem a produção de conhecimentos compartilhados que visa à adesão de grupos populacionais, numa perspectiva de abordagem coletiva e ampliada: social, ética, política, cultural e científica, capazes de produzir novos sentidos nas relações entre necessidades de saúde da população e organização do cuidado da saúde. O componente educativo resgata o modelo do Sistema Único de Saúde - SUS, que efetiva o planejamento das ações de promoção, prevenção e recuperação centrada na participação dos indivíduos”. (R1)</p> <p>“Na minha opinião, é conhecer a maneira correta de cuidar da sua saúde e da saúde das pessoas que estão em sua volta, dando orientações e convencendo-as sobre ações que melhorem a qualidade de suas vidas, seja no âmbito domiciliar, trabalho ou na própria escola”.(R2)</p> <p>Não respondeu. (R3)</p> <p>“São conhecimentos ministrados que ajudam a melhorar a qualidade de vida das pessoas no que diz respeito à saúde física e mental e prevenir doenças”. (R4)</p> <p>– “Educação Ato de educar conjunto de normas pedagógicas aplicada ao</p>	<p>“Educação em saúde são ações estratégicas para orientação das práticas de saúde (1) que compreendem a produção de conhecimentos compartilhados (2) que visa à adesão de grupos populacionais, numa perspectiva de abordagem coletiva e ampliada(3)[...]” (R1)</p> <p>“[...] é conhecer a maneira correta de cuidar da sua saúde e da saúde das pessoas(1) que estão em sua volta, dando orientações e convencendo-as sobre ações que melhorem a qualidade de suas vidas (2)[...]” (R2)</p> <p>“São conhecimentos ministrados (1) que ajudam a melhorar a qualidade de vida das pessoas (2) [...]” (R4)</p> <p>“[...] Ato de educar [...]”</p>	<p>Ações e práticas</p> <p>Conhecimento compartilhado</p> <p>Abordagem coletiva e ampliada</p> <p>Cuidado próprio e do outro</p> <p>Melhoria da qualidade de vida</p> <p>Conhecimento compartilhado</p> <p>Melhoria da qualidade de vida</p> <p>Ações e práticas</p>

desenvolvimento geral do corpo e do espírito, instrução disciplina, para que haja o Estado do que é são”.(R5)	(R5)	
“Acredito que seja um processo de troca de experiências e saberes entre os profissionais, gestores de saúde e a população, os usuários recebendo sempre a promoção da saúde, a prevenção de doenças e compartilhando aprendizado”.(R6)	“[...] processo de troca de experiências e saberes entre os profissionais, gestores de saúde e a população [...]” (R6)	Conhecimento compartilhado
“Educação em saúde: são ações que têm como objetivo principal orientar/esclarecer de forma coletiva um determinado público sobre temáticas que envolvem cuidados e prevenção em saúde na perspectiva do bem-estar físico, mental e social do indivíduo”. (R7)	“[...] são ações (1) que têm como objetivo principal orientar/esclarecer de forma coletiva um determinado público (2) sobre temáticas que envolvem cuidados e prevenção em saúde (3) [...]” (R7)	Ações e práticas Conhecimento compartilhado Melhoria da qualidade de vida
“Tornar o educando consciente das questões envolvendo a sua saúde e da comunidade que está inserido, bem como dos principais agravos e as medidas preventivas para tais situações”.(R8)	“Tornar o educando consciente das questões envolvendo a sua saúde e da comunidade que está inserido [...]” (R8)	Cuidado próprio e do outro Abordagem coletiva e ampliada
“A educação em saúde envolve a realização de atividades de caráter educativo e preventivo com o objetivo de promover a saúde humana, considerada na perspectiva não somente da ausência de doenças, mas tendo em vista o ser integral e seu bem-estar, tanto físico quanto psíquico, e em seu contexto social e histórico. Além disso, possibilita a difusão e multiplicação de informações, bem como suscita o interesse acerca dos temas abordados de modo a possibilitar uma melhor qualidade de vida pela aplicação dos conhecimentos adquiridos”. (R9)	“A educação em saúde envolve a realização de atividades de caráter educativo e preventivo (1) com o objetivo de promover a saúde humana (2) [...]. Além disso, possibilita a difusão e multiplicação de informações, bem como suscita o interesse acerca dos temas abordados de modo a possibilitar uma melhor qualidade de vida pela aplicação dos conhecimentos	Ações e práticas Cuidado próprio e do outro Melhoria da qualidade de vida

<p>“Educação em saúde, no meu entendimento é feita através de, palestras, oficinas sendo educativas e preventiva. Os profissionais ministram cursos para prevenção, palestras sobre diversos tipos de doenças, cada um a seu tempo. Orientação para acompanhamento, caso tenha ou não alguma doença em ambulatório com profissionais qualificados e mais coleta de exames de rotina”. (R10)</p>	<p>adquiridos (3)”. (R9)</p> <p>“Educação em saúde, no meu entendimento é feita através de palestras, oficinas sendo educativas e preventiva. [...]” (R10)</p>	<p>Ações e práticas</p>
---	--	-------------------------

## NÚCLEO DIRECIONADOR II – PRÁTICAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS

Q2	Unidades de Contexto	Unidades de Registro	Núcleos de Significado
	<p>“1) Atendimento em saúde, através da equipe multidisciplinar com orientações e encaminhamentos, conforme demandas apresentadas. 2) Palestras sobre temas em saúde direcionadas à formação transversal dos estudantes com variedade de temáticas/ sexualidade, drogas, doenças juvenis mais recorrentes; prevenção da obesidade nos adolescentes, Alimentação Saudável “Bullying não é brincadeira”, Ações do projeto “Saúde na Escola”; saúde bucal; práticas de prevenção à acidentes com animais peçonhentos; 3) Apresentação de mostras pedagógicas de oficinas em saúde, apresentando as temáticas em saúde junto aos estudantes do IFRR”. (R1)</p> <p>“* Procedimentos preventivos: - Profilaxia, palestras educativas. * Procedimentos curativos: - Restaurações, exodontias”. (R2)</p> <p>Não respondeu. (R3)</p> <p>“Noções de higiene bucal e prevenção da cárie dentária e doença periodontal”. (R4)</p> <p>“Através das informações que os mesmos têm buscado como agendamento odontológico, aferir PA, informação de agendamento da Psicologia”. (R5)</p> <p>“* Palestras educativas. * Atendimento ambulatorial (assistência médica) com orientação</p>	<p>“Atendimento em saúde [...]. Palestras sobre temas em saúde (1)[...].</p> <p>Apresentação de mostras pedagógicas de oficinas em saúde (2)[...].(R1)</p> <p>“* Procedimentos preventivos: - Profilaxia, palestras educativas. * Procedimentos curativos: - Restaurações, exodontias”. (R2)</p> <p>Não respondeu. (R3)</p> <p>“Noções de higiene bucal e prevenção da cárie dentária e doença periodontal”. (R4)</p> <p>“[...] informações que os mesmos têm buscado como agendamento odontológico, aferir PA, informação de agendamento da Psicologia”. (R5)</p> <p>“* Palestras educativas. * Atendimento</p>	<p>Modelo tradicional</p> <p>Envolvimento comunitário</p> <p>Modelo tradicional</p> <p>Modelo tradicional</p> <p>Modelo tradicional</p>

<p>e conduta no posto médico do IFRR”. (R6)</p>	<p>ambulatorial (assistência médica) com orientação e conduta no posto médico do IFRR”. (R6)</p>	
<p>“A prática educativa em saúde acontece através da palestra: Bullying não é brincadeira enquanto tema transversal”. (R7)</p>	<p>“[...] através da palestra: Bullying não é brincadeira enquanto tema transversal”. (R7)</p>	<p>Modelo tradicional</p>
<p>“Informando-os das maneiras preventivas de DST, verminoses e tuberculose e outras doenças infectocontagiosas, como hanseníase”. (R8)</p>	<p>“Informando-os das maneiras preventivas de DST, verminoses e tuberculose e outras doenças infectocontagiosas, como hanseníase”. (R8)</p>	<p>Modelo tradicional</p>
<p>“Difusão de informações acerca de saúde, atendimentos individuais e em grupo, projetos de extensão em saúde envolvendo comunidade interna e externa, atividades de sensibilização, reflexão e incentivo a atitudes saudáveis, distribuição de materiais, desenvolvimento de atividades com realização de parcerias dentro e fora da instituição, visitas a outras escolas, produção de materiais educativos (físicos e virtuais), palestras e oficinas”. (R9)</p>	<p>“Difusão de informações acerca de saúde, atendimentos individuais e em grupo, projetos de extensão em saúde envolvendo comunidade interna e externa, atividades de sensibilização, reflexão e incentivo a atitudes saudáveis, distribuição de materiais, desenvolvimento de atividades com realização de parcerias dentro e fora da instituição, visitas a outras escolas, produção de materiais educativos (físicos e virtuais), palestras e oficinas”. (R9)</p>	<p>Modelo tradicional</p> <p>Envolvimento comunitário</p> <p>Práticas inovadoras</p> <p>Modelo tradicional</p> <p>Práticas inovadoras</p> <p>Modelo tradicional</p>
<p>“Nós do setor (CAES) já fazemos sempre, temos palestras com médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e auxiliar em serviços bucais. Professores e pedagogos”. (R10)</p>	<p>“[...] palestras com médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e auxiliar em serviços bucais. Professores e pedagogos”. (R10)</p>	<p>Modelo tradicional</p>

### NÚCLEO DIRECIONADOR III – ONDE ACONTECEM AS PRÁTICAS EDUCATIVAS?

Q3	Unidades de Contexto	Unidades de Registro	Núcleos de Significado
	<p>“A prática educativa em saúde acontece junto aos estudantes através de diálogos reflexivos, sistematizados através de palestras, oficinas, rodas de conversas, teatro escolar no auditório do IFRR, e, ainda, em salas de aulas e IF Comunidades (locais organizados na comunidade externa, como, escolas e centros comunitários)”. (R1)</p> <p>“As palestras educativas são realizadas em sala de aula e eventos feitos para a comunidade (IFRR Comunidade). Os eventos curativos e orientações sobre higiene bucal são feitos no consultório odontológico da Instituição”. (R2)</p> <p>Não respondeu. (R3)</p> <p>“Diariamente no consultório odontológico e no pretérito foram ministradas palestras sobre técnicas de escovação e prevenção de doenças bucais nas salas de aula”. (R4)</p> <p>“Acontece em IFRR através de palestras em salas de aula, na comunidade, projeto sinal verde educação para a vida, desenvolvido pela psicologia”. (R5)</p> <p>“ * As palestras acontecem quando programadas em algum evento comemorativo pelo IFRR. * O atendimento ambulatorial diariamente”. (R6)</p> <p>“A prática educativa em saúde acontece através de dialogo reflexivo no auditório do IFRR e/ou em salas de aulas junto aos discentes de diferentes modalidades de ensino enquanto tema transversal inserido na palestra:</p>	<p>“[...] junto aos estudantes através de diálogos reflexivos, sistematizados [...], e, ainda, em salas de aulas e IF Comunidades (locais organizados na comunidade externa, como, escolas e centros comunitários)”. (R1)</p> <p>“[...] em sala de aula e eventos feitos para a comunidade (IFRR Comunidade). Os eventos curativos e orientações sobre higiene bucal são feitos no consultório odontológico da Instituição”. (R2)</p> <p>Não respondeu. (R3)</p> <p>“Diariamente no consultório odontológico e, no pretérito, [...] nas salas de aula”. (R4)</p> <p>“[...] em salas de aula, na comunidade, projeto sinal verde educação para a vida, desenvolvido pela psicologia”. (R5)</p> <p>“* [...] em algum evento comemorativo pelo IFRR. * O atendimento ambulatorial diariamente”. (R6)</p> <p>“[...] através de dialogo reflexivo no auditório do IFRR e/ou em salas</p>	<p>Atividades internas</p> <p>Atividade extramuros</p> <p>Atividade extramuros</p> <p>Atividades internas</p> <p>Atividades internas</p> <p>Atividades internas</p> <p>Atividades internas</p> <p>Atividade extramuros</p> <p>Atividades internas</p> <p>Atividade extramuros</p> <p>Atividades internas</p> <p>Atividades internas</p>

<p>“Bullying não é brincadeira”. Nesta, é enfatizada a necessidade de se evitar a prática do bullying no convívio escolar, familiar e comunidade para a preservação do bem-estar coletivo e da saúde mental/psíquica de todos. Neste processo, os estudantes se envolvem emitindo opiniões e tirando dúvidas”. (R7)</p>	<p>de aulas junto aos discentes de diferentes modalidades de ensino [...]”. (R7)</p>	
<p>“Os alunos são abordados durante a assistência (consulta) ou algumas palestras já proferidas durante as campanhas de combate a tuberculose. Durante as consultas, sempre que há oportunidade, faço abordagem da importância da higiene das mãos, alimentos e outros, mostrando que são mais importantes do que do que ficar realizando exames laboratoriais, como exame parasitológico de fezes e, o mesmo paço é dado para as DST, alergias respiratórias, aqui ensinando a importância da limpeza do ambiente. Sem falar das orientações constantes para eles serem um aliado à Saúde Pública, identificando os sintomáticos respiratórios na comunidade. * Sintomáticos respiratórios são indivíduos com tosse por 3 semanas, sendo, assim, a forma mais rápida de identificarmos um possível paciente de tuberculose”. (R8)</p>	<p>“[...] durante a assistência (consulta) ou algumas palestras já proferidas durante as campanhas de combate à tuberculose. [...]”. (R8)</p>	<p>Atividades internas</p> <p>Atividade Extramuros</p>
<p>“As atividades são desenvolvidas no Campus Boa Vista, em salas de aula, auditório, biblioteca, pátio e salas de atendimento. Além disso, há disponibilização de material na internet, criação de sites e blogs. Eventualmente, são realizadas visitas a escolas para multiplicar as informações e conhecimentos adquiridos no Campus. Além de distribuição de materiais produzidos, para a comunidade. Parte das atividades em grupo são conduzidas por um ou mais participantes da equipe de saúde ou convidados (palestras, oficinas, discussões em grupo...). Outras realizadas pelos</p>	<p>“[...] em salas de aula, auditório, biblioteca, pátio e salas de atendimento. Além disso, há disponibilização de material na internet, criação de sites e blogs. Eventualmente, são realizadas visitas a escolas [...]. Além de distribuição de materiais produzidos para a comunidade. [...]”. (R9)</p>	<p>Atividades internas</p> <p>Atividade extramuros</p>

	<p>grupos formados. As atividades de atendimento individual são realizadas em salas de atendimento, onde são possíveis fornecer orientações e encaminhamentos”. (R9)</p> <p>“No setor em educação, acontecem em salas de aula, auditório e teatro. Acontece também grande movimentação programada e preparada para grande público em praças e outras entidades com parcerias de outros órgãos e forças armadas, exército, aeronáutica, etc.”. (R10)</p>	<p>[...] em salas de aula, auditório e teatro. [...] em praças e outras entidades com parcerias de outros órgãos e forças armadas, exército, aeronáutica, etc.”. (R10)</p>	<p>Atividades internas</p> <p>Atividade extramuros</p>
--	---	--	--



## APÊNDICE E

### INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RORAIMA COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

#### PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a educação em saúde no Brasil e no mundo tem sofrido grandes transformações, o que também exige mudanças de atitudes e comportamentos por parte dos profissionais que atuam com práticas educativas em saúde.

Os novos cenários e os diversificados contextos onde a educação em saúde se faz presente, um deles o espaço escolar, tornam necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para atuar nestes locais em consonância com essas transformações. Para tanto, devem zelar, constantemente, por seu aprimoramento pessoal e profissional de forma a atender tantas demandas. Conforme assinala L'Abbate, S. (1994):

“É possível dividir a demanda dos profissionais pela área da **Educação em Saúde** em duas direções: a primeira, voltada para a instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas, e a segunda, para o desenvolvimento do papel profissional”.

Assim, atendendo à nossa proposta de utilizar a educação em saúde enquanto estratégia de atenção à saúde dos estudantes matriculados no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima, apresentamos este projeto de capacitação com vistas a instrumentalizar os profissionais da equipe multiprofissional do IFRR para o uso desta importante estratégia de promoção da saúde.

## 2 OBJETIVOS:

### 2.1 Objetivo Geral

Capacitar os profissionais integrantes da equipe multiprofissional que atua na assistência à saúde dos alunos e servidores do IFRR para a utilização da educação em saúde com vistas à reorientação do modelo de atenção de assistência prestada.

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Promover oficinas de capacitação dirigidas aos profissionais que atuam com assistência à saúde na CAES do IFRR com base em uma proposta de um novo modelo de atenção à saúde.
- Estimular produção de material pedagógico para práticas educativas em saúde que atendam aos princípios do modelo dialógico de educação em saúde.
- Constituir um grupo de discussão sobre novas metodologias de ensino em saúde, envolvendo a equipe pedagógica com vistas a estimular a participação dos alunos e servidores nas ações educativas propostas.

## **3 DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO**

### **3.1 Equipe**

Será composta uma equipe com profissionais das áreas de saúde e educação que tenham experiência no desenvolvimento de práticas educativas inovadoras e, principalmente, que atuem segundo o conceito norteador desta proposta com vistas a reorientar o modelo de atenção, propondo o uso da educação em saúde como principal estratégia para a atenção à saúde dos estudantes no IFRR.

Para sua estruturação, a equipe poderá contar com o apoio da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, através do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS.

### **3.2 Local**

As atividades de capacitação serão desenvolvidas no Campus Boa Vista do IFRR, no próprio espaço da CAES ou em outros que possibilitem reunir a equipe e que disponibilizem salas de aulas, de multimeios, biblioteca e outros espaços pedagógicos.

### **3.3 Público-Alvo**

Profissionais da equipe multiprofissional que atuam na assistência à saúde no IFRR. Atualmente esta equipe é composta por cinco técnicos de enfermagem, um técnico em higiene dental, duas médicas, duas assistentes sociais, dois odontólogos, um enfermeiro, uma psicóloga, duas pedagogas e uma assistente de alunos.

### **3.4 Atividades**

As atividades atenderão ao propósito de privilegiar práticas inovadoras, adotando metodologias diversificadas visando à apropriação da equipe durante seu processo de capacitação. As estratégias pedagógicas incluirão oficinas, rodas de conversa, discussões coletivas, jornadas e seminários.

### **4 AVALIAÇÃO**

O projeto será avaliado durante todo o processo de capacitação com base no envolvimento dos profissionais nas atividades propostas, bem como por meio de um rigoroso acompanhamento do desenvolvimento das propostas dirigidas aos estudantes e servidores do IFRR.

### **5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. CAD. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (4): 481-490, out-dez, 1994.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. CAD. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (5): 1527-1534, set-out, 2003.

## ANEXO A

Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima para a realização da pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado acatou o parecer do relator. Projeto pendente.

SAO PAULO, 14 de Maio de 2012

---

*Assinado por:*

José Osmar Medina Pestana

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS ESTUDANTES NO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE

**Pesquisador:** GILVAN BROLINI

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo  
(UNIFESP)

**CAAE:** 01832112.0.0000.5505

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 21369

**Data da Relatoria:** 04/05/2012

#### Apresentação do Projeto:

A educação em saúde deve atender aos princípios da educação e da saúde, promovendo uma transformação social, através da qual o indivíduo possa buscar atender as suas necessidades de forma satisfatória, e com isso atingir níveis satisfatórios de saúde. Promover a educação em saúde, tanto em comunidades como em instituições, significa instrumentalizar as pessoas para que alcancem esses níveis satisfatórios de saúde, tomando-os desta forma sujeitos ativos e autônomos em relação a sua saúde e da sua comunidade. Avaliar a utilização da Educação em Saúde como estratégia de atenção à saúde dos estudantes no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima - IFRR possibilitará uma análise de um contexto do uso da educação em saúde com alunos de uma instituição federal de ensino e a sua eficiência enquanto estratégia de promoção da saúde. Pretende-se a partir de uma ampliação do olhar sobre as práticas educativas desenvolvidas, caracterizar a equipe que as desenvolve, identificar o conceito de educação em saúde com que se trabalha, identificar as práticas desenvolvidas e analisar o contexto em que estas ocorrem. Este será um estudo de caso com abordagem qualitativa e para a obtenção de informações que subsidiarão a presente pesquisa serão utilizados questionários com roteiro semi-estruturado e entrevistas.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a utilização da Educação em Saúde como estratégia de atenção à saúde dos estudantes no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima - IFRR.  
Caracterizar a equipe multiprofissional que atua com educação em saúde no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima - IFRR. Identificar o conceito de Educação em Saúde com que atua esta equipe multiprofissional. Analisar as práticas educativas desenvolvidas. Identificar como ocorrem as práticas educativas. Analisar e caracterizar o contexto em que são desenvolvidas as ações de Educação em Saúde no IFRR.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo, sem procedimento intervencionista.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa observacional, com realização de entrevistas com profissionais da equipe multiprofissional que atuam na Coordenação de Assistência ao Estudante - CAES no Campus Boa Vista do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima. Apresenta autorização do local onde a pesquisa será conduzida. O estudo será conduzido sem financiamento externo, com custo declarado de R\$ 300,00.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto está preenchida de maneira adequada. Apresenta TCLE, contemplando a resolução 196/96.

#### Recomendações:

Nada consta

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentar o instrumento/ questionário que será aplicado na entrevista.  
Apresentar autorização do Instituto Federal de